

Die neuen DMP: Was kommt da auf uns zu?

Die DMP in Nordrhein – aktuelle Zahlen und neue Programme

Bernd Hagen, Fachbereich Evaluation und Qualitätssicherung, Köln
Fortbildungskongress Ärztliche Akademie Nordrhein
5. Juni 2021

Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen

A. Erklärung zu finanziellen Interessen

- I. Ich habe Forschungsförderung erhalten (persönlich oder zu meiner persönlichen Verfügung) unmittelbar finanziell oder in Form geldwerter Leistungen (Personal, Geräte usw.)
- Nein**
 Ja von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)
- II. Ich bin Referent der o.g. Veranstaltung und habe als solcher in den letzten 5 Jahren ein Honorar oder geldwerte Vorteile, zum Beispiel eine Kostenerstattung (Reise-/Übernachungskosten) oder die Übernahme von Teilnehmergebühren als passiver Teilnehmer einer Veranstaltung erhalten oder werde dies in den kommenden 12 Monaten erhalten (hierzu zählt auch die Teilnahme an nicht für das Fortbildungszertifikat anerkannten Fortbildungen)
- Nein**
 Ja von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)
- III. Ich bin bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger o.ä. gewesen:
- Nein**
 Ja von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)
- IV. Ich bzw. mein Ehepartner/Partner/Kinder halte(n) ein Patent/Geschäftsanteile/Aktien o.ä. (hierzu zählt auch, wenn ein Ehepartner/Partner/Kind Angestellte(r) einer solchen Firma ist, ausgenommen sind fondgebundene Beteiligungen)
1. an einer im Bereich der Medizin aktiven Firma, die aber nicht zu den Sponsoren dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen nicht vom Thema dieser Fortbildung berührt werden.
- Nein** **Ja**
2. an einer Firma, die zu den Sponsoren dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen vom Thema dieser Fortbildung berührt wird
- Nein** **Ja**

B. Weitere Erklärungen/Erklärung zu nicht-finanziellen Interessen

(Bitte machen Sie Angaben zu insgesamt den letzten 5 Jahren und den nächsten 12 Monaten.)

- z.B. Organisation, für die Sie tätig sind:
- Position in dieser Organisation:
- Mitgliedschaft und Position in wissenschaftlichen Gesellschaften/Berufsverbänden und ggf. anderen, für diese Fortbildungsmaßnahme relevanten Vereinigungen:

Arbeitgeber: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Position: Fachbereichsleiter, Fachbereich Evaluation und Qualitätssicherung

Mitgliedschaft: Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte

Medizin, Fachbeiräte: Diabetes-Surveillance in Deutschland (RKI), Nationale Aufklärungs-

und Kommunikationsstrategie Diabetes mellitus (BZgA)

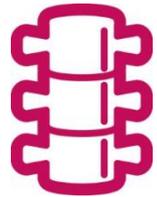
Vorlage: Ärztekammer Nordrhein, 13.11.2018

Hintergrund: Beschlossene neue DMP



DMP Herzinsuffizienz

G-BA Beschluss: April 2018



DMP Chronischer Rückenschmerz

G-BA Beschluss: April 2019



DMP Depression

G-BA Beschluss: August 2019



DMP Osteoporose

G-BA Beschluss: Januar 2020



DMP Rheumatoide Arthritis

G-BA Beschluss: März 2021

DMP Herzinsuffizienz: Zielgruppe und Therapieziele

- **Zielgruppe:** Patienten mit gesicherter Diagnose einer chronischen Herzinsuffizienz bei systolischer Dysfunktion und eingeschränkter linksventrikulärer Auswurfleistung (LEVF \leq 40 %, durch bildgebendes Verfahren bestimmt), mit nachgewiesener LEVF \leq 40 % können auch asymptomatische Patienten teilnehmen
- **Therapieziele:** Steigern der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, insbesondere Steigern oder Erhalt der Belastungsfähigkeit mit dem Ziel einer selbstbestimmten Lebensführung
- Reduzieren der kardiovaskulären Morbidität, vor allem Vermeiden oder Verlangsamten einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung
- Reduzieren der Sterblichkeit
 - Vermeiden stationärer Aufenthalte und adäquates Behandeln der Komorbiditäten



DMP Herzinsuffizienz: Qualitätsziele

- (1) Hoher Anteil von Patienten mind. halbjährlicher eGFR- und Serum-Elektrolyt-Kontrolle
- (2) Hohe Quote einer ACE-Hemmer- / ARB-Verordnung
- (3) Hohe Quote einer Betablocker-Verordnung
- (4) Hohe Quote einer kombinierten ACE-Hemmer/ARB- und Betablocker-Verordnung
- (5) Bei Verordnen von ACE-Hemmern/ARB und/oder Betablockern: adäquater Anteil von Patienten mit erreichter Zieldosierung oder maximal tolerierter Dosis
- (6) Hoher Anteil geschulter Patienten (bei Einschreibung noch nicht geschult)
- (7) Niedriger Anteil von Patienten mit ungeplanter, herzinsuffizienzbedingter stationärer Beh.
- (8) Hoher Anteil von Patienten mit NYHA I–III, die regelmäßig körperlich trainieren



DMP Herzinsuffizienz: Koordination und Besonderheiten (1)

- Die **Langzeitbetreuung** inkl. Dokumentaton im DMP HI erfolgt grundsätzlich hausärztlich
- In Ausnahmefällen kann sie fachärztlich erfolgen: zugelassene oder ermächtigte FA oder qualifizierte, für die Erbringung dieser Leistungen zugelassene oder ermächtigte Einrichtung mit Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung
- **Besonderheiten (1), Monitoring (Case Management)**: intensiviertes, individuelles Betreuungsangebot mit proaktiver, strukturierter Begleitung durch geschulte, die ärztliche Behandlung unterstützende nichtärztliche Fachkräfte, bei leicht erkrankten Patienten in HA-Betreuung und bei schwer erkrankten Patienten in FA-Betreuung
- Inhalte: gemeinsames Erfassen und Beurteilen von Körperwarnsignalen; Erlernen angemessener Maßnahmen bei Warnsymptomen, bspw. selbstständiges Anpassen der Medikation; Fördern des konsequenten Einhaltens des vereinbarten Behandlungsplans, z. B. hinsichtlich Zieldosierungen; Hilfestellung bei Umsetzungsproblemen



DMP Herzinsuffizienz: Besonderheiten (2)

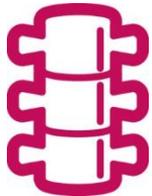
- **Besonderheiten (2):** HA-geführte Betreuung unterstützt vor allem Patienten im Zustand nach Dekompensation oder nach stationärem Aufenthalt wegen HI oder komplikationsträchtigen Komorbiditäten
- FA-geführte Betreuung unterstützt Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen bzw. hohem Risiko bei progredienter HI in den Stadien NYHA III und IV oder im Zustand nach Dekompensation / stationärem Aufenthalt in den Stadien NYHA III und IV
- Diese Angebote müssen durch eine kardiologische FA-Praxis, eine qualifizierte Einrichtung oder ein geeignetes Krankenhaus geleitet werden



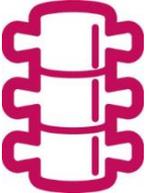
Quelle: <https://www.g-ba.de/richtlinien/83/>

DMP Rückenschmerz: Zielgruppe und Therapieziele

- **Zielgruppe:** Patienten mit chronischem (≥ 12 Wochen) unspezifischen Kreuzschmerz (Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten) und wesentlicher Funktionseinschränkung (CPG, Chronic Pain Grade, II–IV) unter andauernder Therapie
- Ausgeschlossen sind Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen aufgrund spezifischer Ursachen (Wirbelsäulentumor, Wirbelsäuleninfektion, instabil durchbaute Wirbelsäulenfraktur, autoimmunbedingte entzündlich rheumatische Erkrankung, symptomatische Radikulopathie, Kaudasyndrom) oder als Folge einer Berufserkrankung
- **Therapieziele:** Steigern der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Verbessern der Funktionsfähigkeit; Reduzieren der Schmerzintensität; Steigern der Aktivität und Belastungsfähigkeit; Vermitteln von Strategien zur Krankheitsbewältigung; Verringern kreuzschmerzbedingter stationärer Behandlungen; Erhalt und Wiedererlangen der Eigenständigkeit und Alltagskompetenz, ggf. Wiederaufnehmen der Berufstätigkeit oder Reduzieren der AU-Tage



DMP Rückenschmerz: Qualitätsziele

- (1) Niedriger Anteil von Patienten mit ungeplanter ambulanter oder stationärer Akutbehandlung des Kreuzschmerzes
- (2) Geringe Quote einer dauerhaften kreuzschmerzbedingten Opiodanalgetika-Verordnung
- (3) Geringe Quote einer dauerhaften kreuzschmerzbedingten Nicht-Opiodanalgetika-Verordnung
- (4) Hoher Anteil regelmäßig körperlich aktiver Patienten
- (5) Hoher Anteil von Patienten mit individueller Zielvereinbarung und Überprüfen von deren Erreichen
- (6) Hoher Anteil geschulter Patienten
-  • (7) Hoher Anteil von Patienten mit einer Verbesserung bei der kreuzschmerzbedingten Schmerzstärke
- (8) Hoher Anteil von Patienten mit einer Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Funktionsfähigkeit

DMP Rückenschmerz: Koordination und Besonderheiten

- Die **Langzeitbetreuung** inkl. Dokumentaton im DMP RS erfolgt grundsätzlich hausärztlich
- In Ausnahmefällen kann sie fachärztlich erfolgen: zugelassene oder ermächtigte FA für Orthopädie (und Unfallchirurgie), Physikalische und Rehabilitative Medizin oder qualifizierte, für die Erbringung dieser Leistungen zugelassene oder ermächtigte Einrichtung mit Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung
- Bei Multimorbidität sollte eine HA-Betreuung erfolgen
- **Besonderheiten:** regelmäßiges Erfassen und Beurteilen des Schmerzverlaufs und der Funktionsfähigkeit über zwei Fragen aus der CPG(Chronic Pain Grade)-Skala:
 - (1) Einstufen der stärksten Schmerzintensität der letzten sechs Monate;
 - (2) Einstufen der Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten durch den Schmerz in den letzten sechs Monaten



Quelle: <https://www.g-ba.de/richtlinien/83/>

DMP Depression: Zielgruppe und Therapieziele

- **Zielgruppe:** Patienten mit gesicherter Diagnose einer unipolaren Depression mittelgradiger oder schwerer Schweregradausprägung, ohne oder mit psychotischen Symptomen und einem persistierenden oder rezidivierenden Verlauf
- **Therapieziele:** Vermindern der depressiven Symptomatik mit dem Ziel einer vollständigen Remission der Erkrankung; Reduzieren der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Wiedererkrankung (Rezidiv); Verringern der Mortalität, insbesondere der Suizidalität, und der Komorbidität; adäquate Behandlung der Komorbidität; Verbessern psychosozialer Fähigkeiten zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung; Verbessern der gesundheitsbezogenen Lebensqualität



DMP Depression: Qualitätsziele

- (1) Hohe Quote einer Psycho- oder Pharmakotherapie (bei mittelgradiger depress. Episode)
- (2) Hohe Quote einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie (bei einer > 2 Jahre persistierenden depress. Episode, unabhängig von deren Schweregrad)
- (3) Hohe Quote einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie (bei schwerer depress. Episode)
- (4) Hohe Quote von Patienten mit angemessener Therapiedauer (bei Antidepressiva-Verord.)
- (5) Niedriger Anteil von Patienten ohne aktuell stattfindende depressionsspezifische Therapie (bei schwerer depressiver oder > 2 Jahre persistierender depress. Episode)
- (6) Hoher Anteil von Patienten mit verbesserter depressiver Symptomatik
- (7) Hoher Anteil von Patienten mit Einschätzung der Suizidalität
- (8) Hoher Anteil geschulter Patienten



DMP Depression: Koordination und Besonderheiten (1)

- Die **Langzeitbetreuung** inkl. Dokumentaton im DMP DEP erfolgt grundsätzlich hausärztlich
- In Ausnahmefällen kann sie fachärztlich erfolgen: zugelassene oder ermächtigte spezialisierte FA oder qualifizierte, für die Erbringung dieser Leistungen zugelassene oder ermächtigte Einrichtung mit Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung
- **Besonderheiten (1), Einschätzen des Suizidrisikos:** valides Abschätzen der akuten Suizidgefahr durch eine direkte Thematisierung dieser, Beurteilen vor dem Hintergrund bestehender Risikofaktoren und vorhandener sozialer Unterstützung



DMP Depression: Besonderheiten (2)

- **Besonderheiten (2), Erheben der Symptomausprägung**, PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), Beeinträchtigungsgrad durch folgende Beschwerden in den letzten zwei Wochen:
 - (1) Wenig Interesse oder Freude an eigenen Tätigkeiten
 - (2) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit
 - (3) Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder vermehrter Schlaf
 - (4) Müdigkeit oder Gefühl der Energielosigkeit
 - (5) Verminderter Appetit oder übermäßiges Essbedürfnis
 - (6) Schlechte Selbstmeinung, Versagensgefühl, Gefühl, die Familie enttäuscht zu haben
 - (7) Konzentrationsschwierigkeiten
 - (8) Auffällig hinsichtlich Bewegungen u. Sprache verlangsamt oder zappelig und ruhelos
 - (9) Gedanken daran, tot zu sein oder sich Leid zuzufügen



Quelle: <https://www.g-ba.de/richtlinien/83/>

DMP Osteoporose: Zielgruppe und Therapieziele

- **Zielgruppe:** Patientinnen ≥ 50 Jahre und Patienten ≥ 60 Jahre mit gesicherter Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose
- **Therapieziele:** Vermeiden von Frakturen, auch durch das Vermeiden von Stürzen; Erhöhen der Lebenserwartung; Verbessern oder Erhalten der osteoporosebezogenen Lebensqualität; Verbessern oder Erhalten einer selbstbestimmten Lebensführung; Verringern von Schmerzen; Verbessern oder Erhalten der Funktionsfähigkeit und Beweglichkeit; Verhindern der Erkrankungsprogredienz



DMP Osteoporose: Qualitätsziele

- (1) Niedriger Anteil von Patienten mit neu aufgetretenen osteoporosebedingten Frakturen
- (2) Hoher Anteil von Patienten, denen eine Maßnahme zur Sturzprophylaxe empfohlen wurde (bei bereits gestürzten Patienten oder solchen mit erhöhtem Sturzrisiko)
- (3) Hoher Anteil von Patienten, die regelmäßig körperlich trainieren (auch im Rahmen einer Maßnahme zur Sturzprophylaxe)
- (4) Hoher Anteil geschulter Patienten (bei Einschreibung noch nicht geschult)
- (5) Hohe Quote einer osteoporosespezifischen medikamentösen Therapie
- (6) Hohe Quote einer mindestens über drei Jahre fortgeführten osteoporosespezifischen medikamentösen Therapie



DMP Osteoporose: Koordination und Besonderheiten

- Die **Langzeitbetreuung** inkl. Dokumentaton im DMP OP erfolgt grundsätzlich hausärztlich
- Wenn keine Multimorbidität vorliegt, kann sie fachärztlich erfolgen: zugelassene oder ermächtigte FA für Orthopädie (und Unfallchirurgie) oder qualifizierte, für die Erbringung dieser Leistungen zugelassene oder ermächtigte Einrichtung mit Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung
- **Besonderheiten:** regelmäßige Erhebung einer Sturzanamnese; ab einem Alter ≥ 70 Jahren kann im Rahmen des geriatrischen Basis-Assessments ein Sturz-Assessment erfolgen; hierbei sollen standardisierte Testverfahren verwendet werden, z. B. „Timed Up & Go-Test“, „Chair-Rising-Test“ oder „Tandem-Stand-Test“



Quelle: <https://www.g-ba.de/richtlinien/83/>

DMP Rheumatoide Arthritis: Zielgruppe und Therapieziele

- **Zielgruppe:** Patienten ≥ 18 Jahre mit bereits gesicherter RA oder
- bei klinisch gesicherter Synovitis mind. eines Prädilektionsgelenks (Hand, Fingergrund, Fingermittel, außer Daumensattel) und eines Zehengrundgelenks (außer Großzehengrund) sowie fehlenden Hinweisen auf andere Ursache der Synovitis plus mind. 6 von 10 Punkten nach ACR/EULAR-Klassifikation
- Keine Einschreibung < 6 Punkte
- Bei weiter bestehendem Verdacht auf RA ist eine fachärztliche Vorstellung (Innere Medizin und Rheumatologie) erforderlich
- **Therapieziele**, die eine selbstbestimmte Lebensführung unterstützen: Erhalt und Verbesserung gesundheitsbezogener Lebensqualität; Mortalitätsreduktion; langanhaltende Remission oder niedrige Krankheitsaktivität; Vermeiden struktureller Gelenkschäden; verbesserte Funktionalität und Beweglichkeit; adäquates Behandeln der Komorbidität und Reduzieren von Schmerzen



DMP Rheumatoide Arthritis: Qualitätsziele

- (1) Erreichen und Erhalten einer Remission
- (2) Erreichen und Erhalten einer niedrigen Krankheitsaktivität
- (3) Hoher Anteil von Patienten, die auf die Therapie ansprechen
- (4) Hoher Anteil von Patienten, bei denen das Osteoporoserisiko bestimmt wurde
- (5) Hoher Anteil von Patienten mit arterieller Hypertonie, deren BD < 140/90 mmHg liegt
- (6) Vermeiden einer dauerhaften Therapie mit Glukokortikoiden
- (7) Hohe Quote einer DMARD-Therapie
- (8) Hoher Anteil geschulter Patienten
- (9) Niedriger Anteil rauchender Patienten
- (10) Hoher Anteil von regelmäßig körperlich aktiven Patienten



DMP Rheumatoide Arthritis: Koordination und Besonderheiten

- Die **Langzeitbetreuung** inkl. Dokumentaton im DMP RA erfolgt grundsätzlich hausärztlich
- In Ausnahmefällen kann sie fachärztlich erfolgen: FA für Innere Medizin und Rheumatologie, internistische FA mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie, FA für Orthopädie und Unfallchirurgie mit zusätzlicher Weiterbildung in orthopädischer Rheumatologie, qualifizierte, für die Erbringung dieser Leistungen zugelassene oder ermächtigte Einrichtung mit Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung
- **Besonderheiten:** Krankheitszustand und -fortschritt werden mittels DAS-28 (Disease Activity Score) beurteilt, anhand der Parameter Anzahl schmerzender sowie geschwollener Gelenke (Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Hand), Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen, Einschätzen des Krankheitszustands und der Krankheitsaktivität durch den Patienten auf einer visuellen Analogskala



Quelle: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4763/>

Resümee: Besonderheiten der neuen DMP

- Ansprache neuer FA-Gruppen aus der Kardiologie, Orthopädie etc.
- Erstmals Integration eines ärztlichen Case Managements / Monitorings in ein DMP (Herzinsuffizienz), differenziert nach Erkrankungsschweregrad
- Erstmals Integration patientenbeurteilter Outcome-Parameter in ein DMP: CPG bei Rückenschmerz, PHQ-9 bei Depression, DAS-28 bei Rheuma
- Erhebung des Suizidrisikos im DMP Depression
- Regelmäßige Sturzanamnese mithilfe standardisierter Tests im DMP Osteoporose
- Insgesamt werden dadurch die neuen DMP in Bezug auf die Untersuchungen und die Dokumentationen sehr anspruchsvoll



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

www.zi-dmp.de

**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
in Deutschland**

Fachbereich Evaluation und Qualitätssicherung

Sedanstr. 10–16

50668 Köln

Tel.: 0221 7763 6760

Fax: 0221 7763 6767

bhagen@zi.de

