GeDIG: Diabetesversorgung sichern, DMP digitalisieren

Stand: 12. November 2026 (aktualisierte Fassung)

Gemeinsame Stellungnahme: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) und Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen (BVKD)

zum Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG), BT-Drs. 21/8279 – Formulierungsvorschläge zur Digitalisierung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP)

Kernpunkte

Ausgangslage:

Die DDG begrüßt und unterstützt alle Aktivitäten zur Digitalisierung der Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang hatten wir das Ziel des Bundesministeriums für Gesundheit unterstützt, digitale DMP zu entwickeln. In diesem Sinne begrüßen wir den Vorschlag der unparteiischen G-BA Mitglieder, digitale Anwendungen in alle DMP zu integrieren.

Unser Zielbild:

Unser Ziel aus dem DDG Impulspapier vom März 2026 ist ein bundeseinheitliches, digitales und sektorenübergreifendes DMP Diabetes als digitaler Versorgungsprozess.

Wir wollen die heutige DMP-Sonderdokumentation durch einen interoperablen, versorgungsnahen und mehrfach nutzbaren Primärdatensatz ersetzen.

Mit den Entwicklungen der ePA für alle und dem GeDIG könnte die dafür nötige Infrastruktur jetzt allgemein bereitstehen.

Digitaler Behandlungspfad (Stufe 2):

Auf Basis eines verpflichtenden Datensatzes (MIO Diabetes) priorisieren KI-gestützte evaluierte Datenmanagementsysteme den Behandlungsbedarf und lenken Menschen mit Diabetes in die leitliniengerechte Versorgungsebene – ambulant wie stationär. Ihr Einsatz braucht eine Finanzierungsgrundlage und verbindliche Qualitätsanforderungen.

Unser Vorschlag zur Umsetzung:

- Bundesweiter Anspruch auf DMP Diabetes, einheitlicher Rahmenvertrag (§ 137f)
- Digitale Einschreibung und Dokumentation, telemedizinische Schulung in allen DMP (§ 137f)
- Strukturierte DMP-Daten in der ePA (§ 355)
- Standardisierte Daten aus Diabetestechnologie in Praxis- und Krankenhaussoftware (§§ 371, 374a)
- Datenaustausch zwischen Praxis und Krankenhaus (§ 39)
- Übergangsphase für laufende DMP (§ 137g)
- Grundlage für risikoadaptierte Betreuung und Patientensteuerung, PROMs und Entscheidungsunterstützung und Datenmanagementsysteme (§ 137f)
- Vergütung von Datenmanagementsystemen und Entscheidungsunterstützung im Rahmenvertrag, gebunden an Mindestanforderungen (§ 137f Abs. 2a, 2c)
- Vollständiger Datensatz: alle digital erhobenen Glukose- und Vitaldaten, patientennahe Laborwerte und applizierte Insulindosen (§§ 355, 374a)

Ergänzend: Risikohinweise der Krankenkassen qualitätssichern (§ 25b).

I. Ausgangslage

Diabetes betrifft jeden zehnten Menschen[1] und jeden fünften Krankenhausfall[2]. Das dDMP nach dem G-BA-Beschluss vom 20. März 2025 ist nie in Kraft getreten, weil die Rechtsverordnung nach § 370b SGB V fehlt. Als Zusatzmodul zum bestehenden DMP hätte es eine zweite Einschreibung und zusätzliche Dokumentation erfordert. Die bestehenden DMP sind nicht an die ePA angebunden: Die Einschreibung erfolgt auf Papier, die elektronische Dokumentation erreicht nur die Datenstellen. Zudem beruhen sie auf regional unterschiedlichen Verträgen ohne bundesweiten Teilnahmeanspruch. Daten aus Glukosesensoren, Insulinpumpen und AID-Systemen liegen überwiegend in Herstellerportalen.

Fazit: Weder ein dDMP noch die bestehenden DMP liefern heute strukturierte Daten für die Behandlung.

Vorschlag des G-BA und Risiko einer reinen Streichung

Die unparteiischen Mitglieder des G-BA schlagen vor, das dDMP zu streichen und digitale Anwendungen in alle DMP zu integrieren (Stellungnahme G-BA vom 08.10.2026). Diesen Vorschlag unterstützen wir. Ebenso unterstützen wir die vom G-BA vorgeschlagene Ausweitung der Datenfestlegungen nach § 355 Abs. 4b SGB V auf alle DMP.

Der G-BA-Vorschlag enthält jedoch keinen gesetzlichen Auftrag, Einschreibung und Dokumentation verbindlich und fristgebunden zu digitalisieren. Den Datenaustausch zwischen Praxis und Krankenhaus regelt er nicht. Bei Krankenhausaufnahme fehlen deshalb häufig Therapieschema und Glukosedaten in strukturierter Form, nach der Entlassung erreichen Therapieänderungen die Praxis als Freitext.

Das gefährdet die Patientensicherheit und die Behandlungskontinuität zwischen Praxis und Krankenhaus.

Zielbild: Jedes DMP wird ein digitales DMP

Unser Zielbild bleibt das unseres Impulspapiers vom März 2026: ein bundeseinheitliches, digitales und datengestütztes DMP Diabetes, das Praxis und Krankenhaus verbindet und Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene steuert.

Geändert hat sich der Weg, weil sich die digitale Entwicklung inzwischen verändert hat. Im März fehlten verbindliche Datenstandards und ein Weg in die Regelversorgung. Deshalb setzten wir im März 2026 auf ein eigenständiges dDMP mit eigener Rechtsverordnung nach § 370b SGB V.

Die ePA für alle und KIM bestehen bereits. Das GeDIG ergänzt das DMP-Kennzeichen auf der eGK. Ein Sonderweg würde nur Doppelstrukturen erzeugen.

Wir überführen die dDMP-Inhalte daher in das Regel-DMP: **Nicht ein zusätzliches Programm wird digital, sondern das DMP selbst.**

Die Digitalisierung folgt zwei Stufen.

Stufe 1 (GeDIG): digitale Einschreibung und Dokumentation, strukturierte Daten in der ePA, standardisierte Daten aus Diabetestechnologie und Datenaustausch zwischen Praxis und Krankenhaus.

Stufe 2 (auf dieser Datenbasis): risikoadaptierte Betreuungsintervalle, patientenberichtete Ergebnisse (PROMs), klinische Entscheidungsunterstützung und Patientensteuerung nach dem Grundsatz „Bedarf vor Zugangsweg“: Der medizinische Bedarf bestimmt die Versorgungsebene, digitale Daten verbinden alle Ebenen. Wie sich Patientinnen und Patienten und ihre Daten in Stufe 2 bewegen, beschreibt Abschnitt III.

Stufe 2 setzt Stufe 1 voraus. Deshalb muss die Datenbasis jetzt mit dem GeDIG gesetzlich verankert werden. Damit Stufe 2 nicht bei einer Kann-Regelung stehen bleibt, gehören auch die Vergütung der dafür nötigen Systeme und ihre Mindestanforderungen in das Gesetz.

Unser Umsetzungsvorschlag

Für Versorgungs- und Patientensicherheit sind fünf Punkte entscheidend:

- **Bundesweiter Zugang:** Jede Krankenkasse bietet DMP für Typ-1- und Typ-2-Diabetes in allen KV-Bezirken an. Ein bundeseinheitlicher Rahmenvertrag ersetzt den regionalen Flickenteppich.
- **Verbindlichkeit:** Einschreibung und Dokumentation erfolgen in allen DMP digital. Gesetzliche Fristen sichern die Umsetzung. Eine Übergangsphase schützt die laufenden DMP.
- **Datenaustausch zwischen Praxis und Krankenhaus:** Beide nutzen dieselben strukturierten Daten in der ePA. Das schließt die Informationslücke bei Aufnahme und Entlassung.

- **Diabetestechnologie:** Daten aus Glukosesensoren, Insulinpumpen und AID-Systemen werden standardisiert übertragen. Jede Praxis- und Krankenhaussoftware muss diese Daten übernehmen und verarbeiten können.
- **Patientensteuerung:** Die strukturierten Daten ermöglichen risikoadaptierte Betreuung – engmaschig bei hohem Risiko, digital und telemedizinisch, wo es die Situation erlaubt – und lenken in die richtige Versorgungsebene. Der Teilnahmestatus ist am Point of Care erkennbar und schafft Rechtssicherheit für Praxis und Krankenhaus. Datenmanagementsysteme und Entscheidungsunterstützung werden im Rahmenvertrag vergütet, wenn sie als Medizinprodukt in Verkehr gebracht, interoperabel und evaluiert sind.

Die Infrastruktur besteht (ePA, KIM) oder entsteht mit dem GeDIG (DMP-Kennzeichen auf der eGK). Den Anfang machen die DMP für Typ-1- und Typ-2-Diabetes: Das DMP Typ-2-Diabetes ist das teilnehmerstärkste DMP, und Diabetestechnologie erzeugt besonders viele Daten.

II. Formulierungsvorschläge

1. Bundesweiter Zugang, einheitlicher Vertragsrahmen, digitale Prozesse und Datenmanagementsysteme (§ 137f Abs. 2a bis 2d SGB V)

> Nach § 137f Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt: „(2a) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in den Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1 bis zum [18 Monate nach Inkrafttreten] für die Programme für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 und bis zum [36 Monate nach Inkrafttreten] für alle weiteren Programme, dass die Einschreibung der Versicherten (Absatz 2 Satz 2 Nummer 3) und die Dokumentation (Absatz 2 Satz 2 Nummer 5) ausschließlich elektronisch über die Telematikinfrastruktur erfolgen und die Dokumentationsdaten als Informationsobjekt nach § 341 Absatz 2 Nummer 13 in der elektronischen Patientenakte bereitgestellt werden, soweit die Versicherten nicht widersprochen haben. Die Teilnahme an einem Programm darf nicht von der Nutzung der elektronischen Patientenakte abhängig gemacht werden. Die Dokumentation ist bundeseinheitlich auszugestalten; Verträge zur Durchführung der Programme dürfen hiervon nicht abweichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt ferner, dass Schulungen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auch telemedizinisch erbracht werden können. Er regelt ferner, dass die Programme auf Grundlage der strukturierten Daten risikoadaptierte Betreuungsintervalle, die Erhebung patientenberichteter Ergebnisse (PROMs) und den Einsatz klinischer Entscheidungsunterstützung sowie digitaler Datenmanagementsysteme zur Priorisierung des Behandlungsbedarfs und zur Steuerung in die leitliniengerechte Versorgungsebene vorsehen können. Datenmanagementsysteme und Systeme zur klinischen Entscheidungsunterstützung nach Satz 5 müssen als Medizinprodukt nach der Verordnung (EU) 2017/745 in Verkehr gebracht sein, die Festlegungen nach § 355 Absatz 4b und die Anforderungen an Schnittstellen nach § 371 Absatz 1 Nummer 6 erfüllen und ihren Nutzen für die Versorgung in einer Evaluation belegen. Das Nähere zu Art und Umfang der Evaluation regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1; einer Bewertung nach § 135 bedarf es nicht.“
>
> Nach § 137f Absatz 2a werden folgende Absätze 2b, 2c und 2d eingefügt: „(2b) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten in jedem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung Programme für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 anzubieten. Versicherte haben Anspruch auf Teilnahme. Das Angebot ist in jedem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung sicherzustellen. Inhalt, Qualität und Behandlungsstandard der Programme sind bundesweit einheitlich; sie richten sich ausschließlich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 und nach dem Rahmenvertrag nach Absatz 2c und unterscheiden sich nicht nach dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, nach dem Sitz oder der Zuständigkeit der Krankenkasse. Versicherte haben Anspruch auf Teilnahme an einem Programm, das diesen bundeseinheitlichen Anforderungen entspricht. Die Krankenkassen stellen den Teilnahmestatus nach § 291a Absatz 2 Nummer 14 zusätzlich in der elektronischen Patientenakte bereit. Die Versicherten können ihn über die Benutzeroberfläche nach § 342 Absatz 2 einsehen. Dieser Status ist für die Leistungserbringer maßgeblich; eine Rückforderung wegen fehlender Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn der Status zum Zeitpunkt der Leistung als bestehend angezeigt wurde.
>
> (2c) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren bis zum [12 Monate nach Inkrafttreten] einen bundeseinheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Programme für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, insbesondere über die Anforderungen an die teilnehmenden Leistungserbringer, die Grundsätze der Vergütung einschließlich der Vergütung für den Einsatz digitaler Datenmanagementsysteme und klinischer Entscheidungsunterstützung nach Absatz 2a, die Dokumentation und die Datenstellen. Soweit die Einbindung der Krankenhäuser betroffen ist, ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu beteiligen. Der Rahmenvertrag regelt diese Gegenstände für das gesamte Bundesgebiet einheitlich und ist für

> die Krankenkassen und die teilnehmenden Leistungserbringer unmittelbar verbindlich. Regionale Verträge sind nur zulässig, soweit der Rahmenvertrag sie ausdrücklich vorsieht. Sie dürfen die bundeseinheitlichen Anforderungen weder unterschreiten noch inhaltlich abwandeln; zulässig sind ausschließlich Regelungen zur Umsetzung vor Ort, insbesondere zur Organisation der Durchführung und zur Höhe der Vergütung im Rahmen der bundeseinheitlichen Grundsätze. Abweichende Regelungen sind unwirksam; an ihre Stelle treten die Bestimmungen des Rahmenvertrags. Kommt der Rahmenvertrag nicht fristgerecht zustande, setzt das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 2 seinen Inhalt fest.
>
> (2d) Die Programme nach Absatz 2b sind in allen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen inhaltlich gleich. Örtliche Unterschiede in der Organisation der Durchführung berühren den bundeseinheitlichen Behandlungsstandard nicht."

✓ **Wirkung:** Jede Krankenkasse bietet DMP für Typ-1- und Typ-2-Diabetes in allen KV-Bezirken an, Versicherte haben Anspruch auf Teilnahme. Ein bundeseinheitlicher Rahmenvertrag ersetzt den regionalen Flickenteppich. Einschreibung und Dokumentation laufen elektronisch über die TI, Schulungen auch telemedizinisch. Die strukturierten Daten sind die Grundlage für risikoadaptierte Betreuung und Patientensteuerung. Der am Point of Care sichtbare Teilnahmestatus schafft Rechtssicherheit und schließt nachträgliche Regresse aus. Der Rahmenvertrag regelt auch die Grundsätze der Vergütung für Datenmanagementsysteme und Entscheidungsunterstützung; die Höhe bleibt Sache der Vertragspartner und kann regional ausgestaltet werden. Praxen und Kliniken erhalten so eine Finanzierungsgrundlage für Stufe 2, Hersteller Planungssicherheit. Vergütet wird nur, was als Medizinprodukt in Verkehr gebracht, interoperabel und evaluiert ist. Software, die Behandlungsbedarf priorisiert und in Versorgungsebenen steuert, ist nach der MDR (Anhang VIII, Regel 11) in der Regel mindestens der Klasse IIa zuzuordnen; die Anforderung schafft daher vor allem Rechtsklarheit. Die Evaluation ist verhältnismäßig auszugestalten; eine Methodenbewertung durch den G-BA ist nicht gemeint.

✓ **Vermeidet:** regionale Versorgungslücken und unterschiedliche Teilnahmebedingungen, eine Stufe 2 ohne Finanzierung, deren Kosten allein bei den Leistungserbringern liegen, sowie den Einsatz nicht validierter Software zur Patientensteuerung.

2. Strukturierte DMP-Daten in der ePA (§ 355 Abs. 4b SGB V)

> § 355 Absatz 4b wird wie folgt gefasst: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft in dem in Absatz 1 vorgesehenen Verfahren bis zum [12 Monate nach Inkrafttreten] für die Programme für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 und bis zum [30 Monate nach Inkrafttreten] für alle weiteren Programme die notwendigen Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten, die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f verarbeitet werden, als Informationsobjekt nach § 341 Absatz 2 Nummer 13. Für Diabetes mellitus umfassen die Festlegungen mindestens Therapieziele, alle digital erhobenen Glukosedaten einschließlich standardisierter Berichte aus der kontinuierlichen Glukosemessung, Daten der Insulinpumpentherapie einschließlich automatisierter Insulindosierung, applizierte Insulindosen, digital erhobene Vitaldaten wie Körpergewicht und Blutdruck, Laborwerte einschließlich patientennaher Sofortdiagnostik wie Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin und Ketone sowie kardiovaskuläre Risikofaktoren. Die DDG als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft und die Verbände BVKD und BVND stehen für die Abstimmungen zur Verfügung. Die Festlegungen sind so zu treffen, dass die Daten zwischen Leistungserbringern der ambulanten und der stationären Versorgung ausgetauscht werden können.
>
> In diesem Zusammenhang ist die Dokumentation grundsätzlich automatisiert aus den im Rahmen der Behandlung elektronisch erhobenen strukturierten Primärdaten zu erzeugen. Eine erneute manuelle Erfassung bereits elektronisch vorliegender Daten ist auszuschließen."

✓ **Wirkung:** Therapieziele, Laborwerte und Berichte aus Diabetestechnologie stehen strukturiert in der ePA und sind in Praxis und Krankenhaus einheitlich lesbar. Wir ergänzen die vom G-BA vorgeschlagene Ausweitung auf alle DMP um Fristen und Mindestinhalte. Der Datensatz umfasst alle digital erhobenen Glukose- und Vitaldaten sowie applizierte Insulindosen: Insulin ist ein Hochrisikoarzneimittel mit engem therapeutischem Fenster, das Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich dosieren. Gewicht, Blutdruck, Albumin-Kreatinin-Quotient und Ketone sind Zielgrößen für Therapieentscheidungen am Point of Care, etwa unter GLP-1-Rezeptoragonisten und SGLT2-Inhibitoren oder bei prandialer Insulintherapie.

3. Standardisierte Übertragung von Daten aus Diabetestechnologie (§§ 371, 374a SGB V)

> Dem § 374a wird folgender Absatz angefügt: „Hersteller von Hilfsmitteln, Implantaten und Medizinprodukten zur Glukosemessung, zur Insulinabgabe und zur Erfassung applizierter Insulindosen sowie zur Messung von Körpergewicht, Blutdruck und weiteren Vitalparametern einschließlich patientennaher Sofortdiagnostik haben die Daten dieser Produkte über offene und standardisierte Schnittstellen in einem interoperablen Format, für Berichte in dem nach § 355 Absatz 4b festgelegten Format, für die Übernahme in die informationstechnischen Systeme der Leistungserbringer einschließlich der Krankenhäuser und in die elektronische Patientenakte bereitzustellen. Dies gilt auch gegenüber dem Krankenhaus während einer stationären Behandlung."
>
> § 371 Absatz 1 wird um folgende Nummer 6 ergänzt: „6. Schnittstellen zur Übernahme und Verarbeitung der Daten aus Produkten nach § 374a sowie der Daten strukturierter Behandlungsprogramme nach § 355 Absatz 4b einschließlich der Systeme nach § 137f Absatz 2a Satz 5". Dem § 371 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt: „Für Schnittstellen nach Absatz 1 Nummer 6 sind die Festlegungen nach den §§ 372 und 373 für Daten nach § 374a und für die Programme für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 bis zum [15 Monate nach Inkrafttreten] zu treffen, für die übrigen Programme bis drei Monate nach den Festlegungen nach § 355 Absatz 4b."

✓ **Wirkung:** Daten aus Diabetestechnologie aller Hersteller stehen in einem einheitlichen Format für ePA, Praxis- und Krankenhaussoftware bereit. Diese Software muss sie übernehmen und verarbeiten können. Das umfasst auch vernetzte Insulinpens, Waagen, Blutdruckmessgeräte und Geräte der patientennahen Sofortdiagnostik.

✓ **Vermeidet:** Abhängigkeit von proprietären Herstellerportalen.

4. Datenaustausch zwischen Praxis und Krankenhaus (§ 39 Abs. 1a SGB V)

> Dem § 39 Absatz 1a werden folgende Sätze angefügt: „Bei Versicherten mit Diabetes mellitus berücksichtigt das Krankenhaus bei der Aufnahme die nach § 355 Absatz 4b in der elektronischen Patientenakte bereitgestellten Daten, soweit diese vorliegen. Das Entlassmanagement umfasst die Übermittlung der für die Fortführung der Behandlung erforderlichen Daten, insbesondere zu Therapieänderungen, Akutereignissen und Glukoseverläufen, in dem nach § 355 Absatz 4b festgelegten Format in die elektronische Patientenakte, soweit die Versicherten nicht widersprochen haben."

✓ **Wirkung:** Das Krankenhaus berücksichtigt die ePA-Daten bei Aufnahme und übermittelt Therapieänderungen bei Entlassung strukturiert in die ePA.

5. Übergangsphase für laufende DMP (§ 137g SGB V)

> Dem § 137g wird folgender Absatz angefügt: „Die Anforderungen nach § 137f Absatz 2a sind für die Zulassung und deren Verlängerung erst zwölf Monate nach Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinienregelung zu berücksichtigen. Stellt die Gesellschaft für Telematik bis drei Monate vor Fristablauf fest und veröffentlicht, dass die erforderlichen Dienste nicht flächendeckend verfügbar sind, verlängert sich die Frist bis zu deren Verfügbarkeit, längstens um zwölf Monate."

✓ **Wirkung:** Bestehende DMP behalten ihre Zulassung bis zwölf Monate nach der jeweiligen G-BA-Regelung, bei fehlender Technik bis zu 24 Monate (Aufgreifen einer zentralen Sorge des G-BA).

✓ **Vermeidet:** eine Gefährdung der bestehenden DMP (laut G-BA über 5 Mio. Versicherte) durch fehlende Technik.

Ergänzender Vorschlag

6. Qualitätsgesicherte Risikohinweise der Krankenkassen (§ 25b SGB V)

> In § 25b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach den Wörtern „Herz-Kreislauf-Systems" die Wörter „sowie von Diabetes mellitus Typ 2 und seinen Vorstufen" eingefügt.
>
> § 25b Absatz 4 wird folgender Satz angefügt: „Bei Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2, die an keinem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f teilnehmen, umfasst die Empfehlung den Hinweis auf die Möglichkeit der Teilnahme."

✓ **Wirkung:** Hinweise auf unerkannten Typ-2-Diabetes oder Prädiabetes führen in die ärztliche Abklärung. Bei bekanntem Diabetes ohne DMP-Teilnahme enthält die Empfehlung den Hinweis auf das DMP. Den G-BA-Vorschlag zu Auswertungsparametern unterstützen wir, bezogen auf § 25b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3.

✓ **Vermeidet:** eine Lenkung in kasseneigene Programme an den Richtlinienleistungen vorbei.

7. Folgeänderungen

> § 137f Absatz 9 und § 370b SGB V werden gestrichen.

III. Zielbild Stufe 2: Der digitale Behandlungspfad

Stufe 1 schafft die Infrastruktur. Stufe 2 beschreibt, wie sich Patientinnen und Patienten und ihre Daten darin bewegen: Der heute analoge und lückenhafte Behandlungspfad wird digital abgebildet, und die entscheidungsrelevanten Daten stehen sektorenübergreifend dort bereit, wo entschieden wird – am Point of Care.

- **Erkennen:** Risikohinweise nach § 25b und die Gesundheitsuntersuchung führen Menschen mit (Prä-)Diabetes in die ärztliche Abklärung und digital ins DMP.
- **Zuordnen:** Bei der Einschreibung wird die leitliniengerechte Versorgungsebene festgelegt – Hausarztpraxis, diabetologische Schwerpunktpraxis oder Klinik. Grundlage sind objektive Kriterien wie HbA1c, Zeit im Zielbereich, Hypoglykämien, Nierenfunktion, diabetisches Fußsyndrom, Schwangerschaft oder AID-Therapie.
- **Begleiten:** Glukose-, Vital- und Insulindaten fließen kontinuierlich und strukturiert über den verpflichtenden Datensatz (MIO Diabetes) in KI-gestützte Datenmanagementsysteme. Diese Systeme erkennen als regelbasierte oder algorithmisch unterstützte, validierte klinische Entscheidungsunterstützung unter ärztlicher Verantwortung einen Handlungsbedarf bevor er zum Notfall wird.
- **Priorisieren:** Ein Dashboard zeigt dem Behandlungsteam, welche Menschen mit Diabetes den dringlichsten Behandlungsbedarf haben. Wer stabil ist, wird digital und telemedizinisch betreut; wer entgleist, wird zeitnah einbestellt. So bleibt die Datenflut der Diabetologie beherrschbar und die Versorgung skalierbar.
- **Steuern:** Überschreiten objektiv gemessene Werte definierte Schwellen, leitet das System in die geeignete Ebene über – in der Regelversorgung durch Überweisung in die fachärztliche Versorgung, bei Notfällen und komplexem Behandlungsbedarf in die stationäre Diabetologie. Die Rückverlegung und die Entlassung folgen demselben Datensatz.
- **Auswerten:** Qualitätssicherung und Evaluation speisen sich aus denselben strukturierten Behandlungsdaten. Eine gesonderte DMP-Dokumentation und die heutigen Datenstellen werden damit verzichtbar: Jedes Datum wird einmal erhoben und mehrfach genutzt.

So wird die politisch gewollte Primärversorgung mit gezielter Lenkung in die fachärztliche Ebene praktisch umsetzbar: datenbasiert, algorithmisch unterstützt und ärztlich verantwortet. Die dafür nötigen Datenmanagementsysteme gibt es heute erst in Ansätzen. Nennt der Gesetzgeber sie ausdrücklich, regelt ihre Vergütung im Rahmenvertrag und bindet sie an Mindestanforderungen, setzt er für Hersteller den Anreiz, sie zu entwickeln – und sichert zugleich ihre Qualität.

IV. Fazit und Gesprächsangebot

Digitalisierung des DMP statt digitales Zusatz-DMP:

Die Parallelstruktur entfällt, alle DMP-Teilnehmenden profitieren von digitaler Einschreibung, bundeseinheitlicher Dokumentation und strukturierten Daten in der ePA – und Diabetes wird zum Vorreiter für die Digitalisierung chronischer Erkrankungen.

DDG, BVND und BVKD stehen für ein Gespräch und für weitere fachliche Ausarbeitung gern zur Verfügung.

Die Vorschläge sind der erste, kurzfristig umsetzbare Schritt zu dem Zielbild unseres Impulspapiers vom März 2026: einem bundeseinheitlichen, digitalen und sektorenübergreifenden DMP Diabetes.

Quellen:

[1] Hering R, et al. Kurzbericht: Prävalenz und Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 – Daten von 2011 bis 2023. Zi-Versorgungsatlas 24/02, 2024.

[2] Auzanneau M, et al. Diabetes in the Hospital: A Nationwide Analysis of All Hospitalized Cases in Germany With and Without Diabetes, 2015–2017. Dtsch Arztebl Int 2021;118:407–412. doi:10.3238/arztebl.m2021.0151