

**Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses  
zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestal-  
tung von strukturierten Behandlungsprogrammen  
nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL)  
und zur Zusammenführung der Anforderungen an  
strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f  
Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/  
DMP-A-RL) – Entwurfsfassung vom 12.03.2014**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer  
11.04.2014**

## Allgemeine Bewertung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt grundsätzlich, dass mit den vorliegenden Beschlussentwürfen Anforderungen an die Qualitätsberichte der Krankenkassen sowie an die Evaluation von Disease-Management-Programmen (DMP) geregelt werden. Mit dem Inkrafttreten dieser Regelungen wird der Grundstein für eine einheitliche und durchgängige Überprüfung der Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen, der Erreichung der Qualitätsziele sowie der Evaluation der Auswirkungen auf die Versorgung in den DMPs gelegt. Dies ermöglicht eine transparente Beurteilung der Umsetzung sowie der Wirksamkeit und des Nutzens von DMPs.

Relevant ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob die im Beschlussentwurf zur DMP-Anforderungen-Richtlinie formulierten Anforderungen an die Qualitätsberichte sowie die Evaluation ausreichen, um angemessen bewerten zu können, ob die Maßnahmen zur Qualitätssicherung ausreichend umgesetzt werden, ob die Qualitätsziele erreicht werden und ob das untersuchte Programm Wirkung auf die Gesundheit der eingeschlossenen Patientengruppe hat. Auf diese Fragen soll im Folgenden eingegangen werden.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich hierbei alle auf den Beschlussentwurf zur **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V**. Auf die Veränderungsvorschläge im Beschlussentwurf zur Richtlinie des G-BA zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 2 SGB V wird nicht eingegangen, weil die geplanten Änderungen in der DMP-Richtlinie lediglich den Verweis auf die Anforderungen in der DMP-Anforderungen-Richtlinie betreffen.

### § 2a Anforderungen an die Qualitätsberichte der Krankenkassen

Die BPTK stimmt weitgehend mit den im Beschlussentwurf formulierten Anforderungen an die Qualitätsberichte der Krankenkassen überein. Die BPTK begrüßt die Festlegung von Vorgaben für die inhaltliche Ausgestaltung der Qualitätsberichte, da hierdurch ein

Vergleich der durchgeführten Programme bezüglich der eingesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie der Erreichung der Qualitätsziele möglich wird.

Die BPtK stimmt dem Vorschlag 1 zu, den § 2a Absatz 1 Buchstabe h des Beschlussentwurfs um die Doppelbuchstaben aa, bb und cc zu ergänzen, da hierdurch die Darstellung der zu beschreibenden Qualitätssicherungsmaßnahmen konkretisiert wird.

Eine weitere Anmerkung der BPtK betrifft die Wahl des Kennwertes für die Häufigkeit der in § 2a Absatz 1 Buchstabe h Doppelbuchstabe aa, bb und cc des Beschlussentwurfs genannten Maßnahmen. Für den Kennwert „Anzahl der DMP-Teilnehmer, die mit der Maßnahme im Berichtsjahr versorgt wurden“ in § 2a Absatz 1 Buchstabe h des Beschlussentwurfs fehlt eine geeignete Bezugsgröße. In § 2a Absatz 1 Buchstabe f des Beschlussentwurfs wird die Anzahl der zum 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres in das DMP eingeschriebenen Versicherten angegeben. Dies ist jedoch keine angemessene Vergleichsgröße für die Anzahl der Teilnehmer, die im Berichtsjahr mit einer bestimmten Maßnahme versorgt worden sind. Hier bedarf es einer Angleichung.

Die BPtK schlägt in diesem Zusammenhang vor, in § 2a Absatz 1 Buchstabe f des Beschlussentwurfs neben der Angabe der Zahl, der am 31.12. des jeweiligen Jahres am DMP teilnehmenden Versicherten, auch die Anzahl der Versicherten anzugeben, die zu irgendeinem Zeitpunkt im Berichtsjahr in das Programm eingeschrieben waren, und damit die angemessene Bezugsgröße für die Angaben in § 2a Absatz 1 Buchstabe h des Beschlussentwurfs zu nennen. So wird es möglich, aus den Angaben in den Qualitätsberichten weitere Kennziffern, wie z. B. den prozentualen Anteil von Teilnehmern, die im Berichtsjahr an einer bestimmten Qualitätssicherungsmaßnahme teilgenommen haben, zu ermitteln. Hierfür wäre in § 2a Absatz 1 Buchstabe f des Beschlussentwurfs folgende Änderung notwendig<sup>1</sup>:

*„f) Zahl der teilnehmenden Versicherten: ~~maßgeblich ist der~~, die (1) zu irgendeinem Zeitpunkt im Berichtsjahr in das DMP eingeschrieben waren und*

---

<sup>1</sup> unterstrichen: Einfügungen; ~~durchgestrichen~~: Streichungen

(2) zum 31.12. des Jahres, für den das der Bericht erstellt wird, in das DMP eingeschrieben waren,“

Alternativ wäre es auch möglich, neben den Versicherten, die zum 31.12. des Berichtsjahres in das DMP eingeschrieben waren, auch die im Berichtsjahr neu eingeschriebenen Versicherten zu nennen. Aus den Angaben zur Zahl der im Berichtsjahr neu eingeschriebenen Versicherten, der Zahl der Versicherten, die im Berichtsjahr ihre Teilnahme beendet haben (siehe § 2a Absatz 1 Buchstabe i des Beschlussentwurfs), und der Zahl der teilnehmenden Versicherten zum 31.12. des Berichtsjahres ließe sich dann die Gesamtzahl der zu irgendeinem Zeitpunkt im Berichtsjahr im DMP eingeschriebenen Versicherten ermitteln. Diese Angabe wäre dann die geeignete Bezugsgröße für die Anzahl der Personen, die im Berichtsjahr entsprechend § 2a Absatz 1 Buchstabe h des Beschlussentwurfs an einer bestimmten Qualitätssicherungsmaßnahme teilgenommen haben. Hierfür wäre in § 2a Absatz 1 Buchstabe f des Beschlussentwurfs folgende Änderung notwendig:

„f) Zahl der im Berichtsjahr neu eingeschriebenen Versicherten und Zahl der teilnehmenden Versicherten: maßgeblich ist der, die zum 31.12. des Jahres, für den das der Bericht erstellt wird, in das DMP eingeschrieben waren,“

Weiterhin schließt sich die BPTK dem Vorschlag 2 bezüglich § 2a Absatz 1 Buchstaben i und j des Beschlussentwurfs an, neben der Anzahl der Versicherten, die ihre Teilnahme im Berichtszeitraum beenden, auch die Gründe für die Beendigung der Teilnahme zu benennen. Die Angabe der Beendigungsgründe liefert Informationen über die Akzeptanz des jeweiligen DMP bei den Versicherten, woraus – im Rahmen eines kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozesses – gegebenenfalls Maßnahmen zur Verbesserung der Teilnahmebereitschaft abgeleitet werden können. Um die Drop-out-Rate (%) berechnen zu können, bedarf es – wie bereits weiter oben dargelegt – einer Angabe der insgesamt im Berichtszeitraum eingeschriebenen Versicherten.

Die BPTK schließt sich außerdem dem Vorschlag 3 zur Ergänzung in § 2a Absatz 2 des Beschlussentwurfs an, da sie eine Konkretisierung des Verfahrensablaufs darstellt.

## § 6 Anforderungen an die Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)

Die BPtK stimmt weitgehend mit den im Beschlussentwurf formulierten Anforderungen an die Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) überein. Die BPtK schlägt jedoch vor, dass der Evaluationsbericht auch die Anzahl der Versicherten, die im Berichtszeitraum ihre Teilnahme am jeweiligen DMP beendet haben, sowie die Gründe für die Beendigung enthalten sollte. Dies macht es möglich, eine Drop-out-Analyse durchzuführen. Weiterhin sollte – zur besseren Verständlichkeit – der Begriff „Gesamtzahl“ in § 6 Absatz 3 Ziffer 3.c.ii Spiegelstrich 1 spezifiziert werden. Außerdem sollte in § 6 Absatz 3 Ziffer 3.c.ii des Beschlussentwurfs neben dem Durchschnitt der Beobachtungsdauer auch die Standardabweichung und der Median genannt werden. Die BPtK schlägt daher folgende Änderungen und Ergänzung in § 6 Absatz 3 Ziffer 3.c.ii des Beschlussentwurfs vor:

### *3.c.ii. Patientenzahl und -merkmale:*

- *Gesamtzahl Anzahl der Versicherten, die seit Einführung des jeweiligen Programms eingeschrieben sind bzw. waren, mit Differenzierung nach Alter und Geschlecht*
- *Anzahl der Versicherten, die ihre Teilnahme seit Einführung des jeweiligen Programms beendet haben sowie die Gründe für die Beendigung (Tod, Ende Mitgliedschaft bei der Krankenkasse, Beendigung der Teilnahme durch den Versicherten, fehlende aktive Teilnahme des Versicherten [zwei fehlende, aufeinander folgende Dokumentationen, zwei nicht wahrgenommene Schulungen innerhalb von 12 Monaten])*
- *Anzahl der ~~V~~verbleibenden Teilnehmer zum Ende des Beobachtungszeitraums*
- *~~Durchschnittliche~~ Beobachtungsdauer (Durchschnitt, Standardabweichung, Median)*

Die BPtK schließt sich des Weiteren dem Vorschlag 3 zur Ergänzung in § 6 Absatz 3 Ziffer 5 des Beschlussentwurfs an, da die Option auf eine weitere Differenzierung der

Auswertungen die vorliegenden Informationen über die DMPs erhöht und damit die Datengrundlage für eine Evaluation der DMPs erweitert wird.

### **Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit koronaren Herzkrankheiten (Anlage 5) bzw. mit Diabetes mellitus Typ 1 (Anlage 7)**

In den Anlagen 5 und 7 sind die indikationsspezifischen Parameter für die Evaluation der DMPs für koronare Herzkrankheiten bzw. Diabetes mellitus entsprechend der Beschlüsse des G-BA vom 20.03.2014 zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für diese beiden Erkrankungen genannt. Die BPTK verweist an dieser Stelle auf ihre Stellungnahme zu den Beschussentwürfen vom 16.09.2013 und kritisiert, dass die Bewertung der Wirksamkeit der DMPs allein auf den Nachweis von Wirksamkeitsbelegen hinsichtlich somatischer Outcome-Parameter beschränkt bleibt und der Vorschlag einer Erweiterung der Parameter um psychosoziale Parameter, wie eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens als patientenrelevanter Nutzenendpunkt, nicht berücksichtigt worden ist.