

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderungen der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
11. August 2015**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Anlage 1 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2.....</b>	<b>4</b>
2.1	Vorschlag zu Kapitel 1.3 Therapieziele .....	4
2.2	Vorschlag zu Kapitel 1.4.2 Raucherberatung .....	5
2.3	Vorschlag zu Kapitel 1.4.3 Körperliche Aktivitäten .....	6
2.4	Vorschlag zu Kapitel 1.5.3 Therapieeskalation/Kombinationstherapie ..	7
2.5	Vorschlag zu Kapitel 1.7.4 Psychosoziale Betreuung.....	7
2.6	Vorschlag zu Kapitel 1.7.5 Psychische Komorbiditäten.....	8
2.7	Vorschlag zu Kapitel 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin, Arzt oder Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung .....	11
2.8	Vorschlag zu Kapitel 2 Qualitätssichernde Maßnahmen .....	12
2.9	Vorschlag zu 4.2 Schulungen der Versicherten.....	13
2.10	Vorschlag zu Kapitel 5 Evaluation .....	14
<b>3.</b>	<b>Anlage 8 Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation.....</b>	<b>15</b>

## 1. Einleitung

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist bei Diabetes mellitus Typ 2 im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht. Das Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 2 erhöht das Risiko für die Entstehung psychischer Erkrankungen, vor allem für Depression. Psychische Erkrankungen sowie psychosoziale Belastungen und Beeinträchtigungen haben einen negativen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass die Bedeutsamkeit psychischer Erkrankungen – im Vergleich zu Anlage 7 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 – in den hier zur Stellungnahme vorliegenden Anforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 teilweise stärker berücksichtigt wurde.

Insgesamt bedarf es jedoch aus Sicht der BPTK auch in der Anlage 1 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 Ergänzungen und Änderungen, um der erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Diabetes mellitus Typ 2 sowie der Bedeutung psychischer Erkrankungen und psychosozialer Beeinträchtigungen für den Krankheitsverlauf von Diabetes mellitus Typ 2 angemessen gerecht zu werden. Im Folgenden sind daher die Änderungs- und Ergänzungsvorschläge der BPTK zu der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderungen der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation) dargestellt.

## 2. Anlage 1 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

### 2.1 Vorschlag zu Kapitel 1.3 Therapieziele

Bei der Aufzählung der Therapieziele schlägt die BPTK nach Spiegelstrich 4 folgende Ergänzung vor:

- Reduktion des erhöhten Risikos für psychische Erkrankungen, v. a. Depressionen

#### Begründung

Die Einfügung des Ziels der Reduktion des erhöhten Risikos für psychische Erkrankungen, vor allem für Depressionen, trägt der Tatsache Rechnung, dass das Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 2 das Risiko für das Auftreten psychischer Erkrankungen, insbesondere von Depressionen erhöht.<sup>1</sup> Psychische Erkrankungen wiederum haben einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität und das Selbstmanagement und damit auf den Verlauf der Erkrankung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2.<sup>2</sup> Entsprechend der Richtlinie ist es das übergeordnete Ziel des strukturierten Behandlungsprogramms für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die beeinträchtigte Lebensqualität dieser Patienten zu verbessern (siehe 1.3.1 Therapieziele). Die BPTK schlägt daher vor, die Reduktion des erhöhten Risikos für psychische Erkrankungen explizit als Therapieziel aufzunehmen.

---

<sup>1</sup> Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J. et al. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53 (12), 2480–2486.

<sup>2</sup> Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Federbogen, F. & Petrak, F. (2013). *Psychosoziales und Diabetes – S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung*. Stuttgart: Thieme, Abrufbar unter: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de).

## 2.2 Vorschlag zu Kapitel 1.4.2 Raucherberatung

**Die BPtK schlägt bei Spiegelstrich 2 folgende Änderung und Ergänzung vor:**

- *Raucherinnen und Raucher sollen ~~in einer klaren, starken und persönlichen Form~~ dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Hierfür sollten Methoden der motivierenden Gesprächsführung eingesetzt werden.*

### Begründung

Methoden der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) haben sich gegenüber kurzer Beratung als wirksamer erwiesen, um Patientinnen und Patienten dazu zu motivieren, dass Rauchen aufzugeben.<sup>3</sup> Das Motivational Interviewing ist eine besondere Form der Gesprächsführung, die das Ziel hat, dass sich Patientinnen und Patienten letztlich selbst für eine Veränderung, d. h. hier für einen Verzicht auf den Tabakkonsum, entscheiden. Dies ist notwendig, um langfristig eine Abstinenz zu erreichen. Die Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung (Empathie, Entwicklung von Diskrepanzen, geschmeidiger Umgang mit Widerstand, Förderung von Veränderungszuversicht) sind nicht mit der Formulierung in der Richtlinie „in einer klaren, starken und persönlichen Form“ vereinbar. Deshalb plädiert die BPtK für die Streichung dieser Formulierung und die o. g. Einfügung zum Verweis auf die Methoden der motivierenden Gesprächsführung.

**Die BPtK schlägt bei Spiegelstrich 4 folgende Ergänzungen vor:**

- *Änderungsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen strukturierte und evaluierte nicht-medikamentöse Maßnahmen Schulungsprogramme zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dabei sollte ggf. auch eine Beratung zu deren Kombination mit medikamentösen Maßnahmen erfolgen.*

---

<sup>3</sup> Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P. & Begh, R. (2015). Motivational Interviewing for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration, 3, abrufbar unter: [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com).

## Begründung

Die in der Entwurfsfassung verwendete Formulierung „nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“ erscheint aus Sicht der BPTK zu unpräzise, als dass sie sicherstellen könnte, dass nur Programme, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen sind und die z. B. in der Leitlinie zur Tabakentwöhnung<sup>4</sup> genannt werden, zur Raucherentwöhnung eingesetzt werden. Daher spricht sich die BPTK für die o. g. Ergänzung aus.

## 2.3 Vorschlag zu Kapitel 1.4.3 Körperliche Aktivitäten

Die BPTK schlägt folgende Ergänzungen vor:

Gegebenenfalls soll Patientinnen und Patienten ergänzend zu den Schulungs- und Behandlungsprogrammen für Diabetes mellitus Typ 2 eine Teilnahme an einem spezifischen evidenzbasierten Programm zur Steigerung der körperlichen Bewegung angeboten werden.

## Begründung

Für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ist die Steigerung der körperlichen Bewegung eine wirksame Therapiemaßnahme.<sup>5</sup> Es kann hilfreich sein, neben den Basisschulungen für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 spezielle Programme zur Steigerung der körperlichen Bewegung anzubieten. Daher schlägt die BPTK die o. g. Einfügung vor.

---

<sup>4</sup> Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (2004). *Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“*. Abrufbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/076-006.htm>.

<sup>5</sup> Boule, N.G., Kenny, G.P., Haddad, E. et al. (2003). Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia*, 46 (8), 1071-1081.

## 2.4 Vorschlag zu Kapitel 1.5.3 Therapieeskalation/Kombinationstherapie

Die BPtK schlägt folgende Ergänzung vor:

Führt auch eine Kombinationstherapie nicht zum Erreichen des HbA1c-Ziels, ist zum Ausschluss einer zugrunde liegenden psychischen Erkrankung die Überweisung zu einer Psychotherapeutin, einem Psychotherapeuten oder einer qualifizierten Fachärztin, einem qualifizierten Facharzt vorzunehmen.

### Begründung

Psychische Erkrankungen, v. a. Essstörungen können dazu führen, dass das HbA1c-Ziel bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 trotz medikamentöser Kombinationsbehandlung nicht erreicht wird. Deshalb ist spätestens zu diesem Zeitpunkt die Abklärung des Vorliegens einer psychischen Erkrankung und ggf. die Behandlung dieser durch eine Psychotherapeutin, einen Psychotherapeuten oder eine qualifizierte Fachärztin, einen qualifizierten Facharzt notwendig. Die BPtK schlägt daher die o. g. Ergänzung vor.

## 2.5 Vorschlag zu Kapitel 1.7.4 Psychosoziale Betreuung

Die BPtK schlägt folgende Änderung vor:

1.7.4 Psychosoziale Betreuung Belastungen

### Begründung

Das Unterkapitel 1.7.4 Psychosoziale Betreuung ist dem Oberkapitel 1.7 Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 2 untergeordnet. Um in der Systematik des Kapitels zu verbleiben, schlägt die BPtK die o. g. Änderung vor.

## Vorschläge zum Hinweis auf Selbsthilfeangebote

Bezüglich der dissidenten Vorschläge zur Formulierung zum Hinweis auf Selbsthilfeangebote, schließt sich die BPTK dem Vorschlag der Patientenvertreter an und schlägt folgende Einfügung vor:

Zusätzlich erfolgt der Hinweis auf vorhandene Selbsthilfeangebote.

## Begründung

Selbsthilfeangebote sind ein wichtiges Element, um die Selbstkontrolle von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 zu erhöhen. Ein Ziel von Diabetesbehandlungen ist es daher, Patientinnen und Patienten über praktische Hilfestellungen, u. a. über Selbsthilfeangebote und -gruppen zu informieren.<sup>6</sup> Durch Selbsthilfegruppen können Patientinnen und Patienten soziale Unterstützung erhalten, die einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf hat. Ärztinnen und Ärzte sollten daher ihre Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 auf vorhandene Selbsthilfeangebote hinweisen. Die Formulierung des GKV-Spitzenverbands, der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erscheint der BPTK nicht stark genug, um der Bedeutsamkeit von Selbsthilfeangeboten für diese Patientengruppe gerecht zu werden.

## 2.6 Vorschlag zu Kapitel 1.7.5 Psychische Komorbiditäten

Die BPTK begrüßt, dass im Gegensatz zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in den hier vorliegenden Anforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 eine formale Trennung zwischen dem Aspekt der psychosozialen Belastungen (Kapitel 1.7.4) und dem des Vorliegens psychischer Komorbiditäten (Kapitel 1.7.5) vorgenommen wurde.

---

<sup>6</sup> Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Federbogen, F. & Petrak, F. (2013). *Psychosoziales und Diabetes – S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung*. Stuttgart: Thieme, Abrufbar unter: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de).



## Die BPtK schlägt für das Kapitel folgende Änderungen vor:

*Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Depressionen, Essstörungen Anpassungsstörungen, Angststörungen usw.) zu beachten. ~~Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Maßnahmen profitieren können.~~ Die Ärztin oder der Arzt soll Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung der Patientin, des Patienten regelmäßig auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung screenen. Besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, ist der Patientin oder dem Patienten zu empfehlen, eine differentialdiagnostische Abklärung bei einer Psychotherapeutin, einem Psychotherapeuten oder einer qualifizierten Fachärztin, einem qualifizierten Facharzt vorzunehmen. Bei psychischen Krankheiten sollte die Behandlung derselben durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen. Insbesondere das mögliche Vorliegen einer ~~Eine~~ Depression als häufige und bedeutsame Komorbidität sollte besondere Beachtung finden.*

## Begründung

Die S2-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit Diabetes mellitus empfiehlt, dass „Menschen mit Diabetes mellitus [...] regelmäßig, mindestens einmal pro Jahr und in kritischen Krankheitsphasen (Diagnose, Krankenhausaufenthalt, Entwicklung von Folgeerkrankungen, problematisches Krankheitsverhalten, eingeschränkte Lebensqualität) auf das Vorliegen einer klinischen oder subklinischen Depression gescreent werden [sollen]“<sup>7</sup>. Der Zusammenhang von Diabetes mellitus und einer erhöhten Prävalenz von psychischen Erkrankungen ist belegt. Dies betrifft nicht nur Depressionen

---

<sup>7</sup> Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Federbogen, F. & Petrak, F. (2013). *Psychosoziales und Diabetes – S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung*. Stuttgart: Thieme, Abrufbar unter: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de).

<sup>8 9</sup>, sondern z. B. auch Angststörungen<sup>10 11</sup> und insbesondere Essstörungen. Diabetes mellitus Typ 2 geht in der Regel mit Übergewicht und Adipositas einher.<sup>12</sup> In diesem Zusammenhang tritt auch die Binge-Eating-Störung bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 häufig auf.<sup>13 14</sup> Häufige Essanfälle wiederum gehen mit einer schlechteren Stoffwechseleinstellung bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus einher.<sup>15</sup> Deshalb schlägt die BPTK vor, neben Depressionen und Angststörungen auch Essstörungen explizit zu erwähnen und die Empfehlung für ein regelmäßiges Screening auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in die Richtlinie aufzunehmen.

Außerdem schlägt die BPTK vor, mit der Formulierung „soll“ statt „sollte“ deutlicher zu machen und sicherzustellen, dass die Behandlung einer komorbiden psychischen Erkrankung bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 durch einen dafür qualifizierten Leistungserbringer erfolgt.

---

<sup>8</sup> Ali, S., Stone, M.A., Peters, J.L. et al. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*, 23 (11), 1165-1173.

<sup>9</sup> Mezuk, B., Eaton, W.W., Albrecht, S. et al. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diab Care*, 31 (12), 2383-2390.

<sup>10</sup> Li, C., Barker, L., Ford, E.S. et al. (2006). Diabetes and anxiety in US adults: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabet Med*, 25 (7), 878-881.

<sup>11</sup> Lin, E.H., Korff, M.V., Alonso, J. et al. (2008). Mental disorders among persons with diabetes – results from the World Mental Health Surveys. *J Psychosom Res*, 65 (6), 571-580.

<sup>12</sup> Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Federbogen, F. & Petrak, F. (2013). *Psychosoziales und Diabetes – S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung*. Stuttgart: Thieme, Abrufbar unter: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de).

<sup>13</sup> Crow, S., Kendall, D., Praus, B. & Thuras, B. (2001). Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 30 (2), 222-226.

<sup>14</sup> Papelbaum, M. et al. (2005). Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity in a clinical sample of type 2 diabetes mellitus patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (2), 135-138.

<sup>15</sup> Rydall, A.C. et al. (1997). Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 336 (26), 1849-1854.

## **2.7 Vorschlag zu Kapitel 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin, Arzt oder Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung**

### **Vorschlag der BPTK zu der dissidenten Formulierung zur Überweisung zu qualifizierten Fachärzten/Einrichtungen**

Die BPTK spricht sich bezüglich der Formulierung hinsichtlich der Überweisung zu qualifizierten Fachärzten/Einrichtungen für den Vorschlag des GKV-Spitzenverbands, der DKG und der Patientenvertreter aus. Um eine angemessene Patientenversorgung sicherzustellen, sollte es selbstverständlich sein, dass die koordinierende Ärztin, Arzt oder Einrichtung eine Überweisung der Patientin oder des Patienten zu anderen Fachärztinnen, Fachärzten und Einrichtungen veranlassen **muss**, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung der Patientin oder des Patienten nicht ausreicht. Der Vorschlag der KBV reicht nicht aus, um sicherzustellen, dass die Expertise qualifizierter Fachärzte in die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 einbezogen wird.

**Die BPTK schlägt des Weiteren folgende Einfügungen vor:**

#### **1) Einfügung nach Spiegelstrich 5, Absatz 1:**

- beim Vorliegen einer psychischen Störung oder dem Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zur Psychotherapeutin, zum Psychotherapeuten oder zur qualifizierten Fachärztin, zum qualifizierten Facharzt.

#### **2) Einfügung nach Spiegelstrich 4, Absatz 2:**

- beim Vorliegen von maladaptiven Krankheitsbewältigungsmustern bzw. von psychischen oder Verhaltensfaktoren, die sich nachteilig auf die medizinische Behandlung und das Selbstmanagement der Erkrankung auswirken, zur Psychotherapeutin, zum Psychotherapeuten oder zur qualifizierten Fachärztin, zum qualifizierten Facharzt.

## Begründung

Mit den Einfügungen wird sichergestellt, dass die im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erforderliche interdisziplinäre Kooperation auch auf der Vertragsebene und damit auf der Versorgungsebene angemessene Berücksichtigung findet, wie dies in der S2-Leitlinie gefordert wird.<sup>16</sup> Beim Vorliegen einer Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose ist zur Vermeidung einer Chronifizierung der psychischen Störung und deren negative Konsequenzen für die Diabetesbehandlung eine Überweisung zu einem Psychotherapeuten oder einem qualifizierten Facharzt unabdingbar. Bei der Identifikation von maladaptiven Krankheitsbewältigungsmustern oder sonstiger sich auf die Diabetesbehandlung nachteilig auswirkender psychologischer Faktoren sollte in der Regel eine entsprechende Überweisung erfolgen.

## 2.8 Vorschlag zu Kapitel 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

**Die BPTK schlägt vor, die aufgelisteten Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren um das folgende Ziel und den folgenden Indikator zu ergänzen:**

Qualitätsziel:

- Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen eine komorbide psychische Erkrankung erkannt und behandelt wurde

Qualitätsindikatoren:

- Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, die auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung gescreent wurden
- Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer komorbiden psychischen Erkrankung, die eine psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlung erhalten haben

---

<sup>16</sup> Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Federbogen, F. & Petrak, F. (2013). *Psychosoziales und Diabetes – S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung*. Stuttgart: Thieme, Abrufbar unter: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de).

## Begründung

Psychische Erkrankungen haben einen negativen Einfluss auf den Erkrankungsverlauf und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2.<sup>17</sup> Daher sollte – neben den somatischen Qualitätskriterien – auch die Erkennung und Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen ein Qualitätsziel sein. Eine optionale Vereinbarung anderer als die in Kapitel 2 genannten Qualitätsziele und -indikatoren, wie sie in § 2 Absatz 2 Satz 2 der Entwurfsfassung verankert ist, hält die BPTK hierbei nicht für ausreichend. Die BPTK schlägt daher die o. g. Ergänzung vor.

## 2.9 Vorschlag zu 4.2 Schulungen der Versicherten

**Die BPTK schlägt folgende Ergänzungen vor:**

*Jede Patientin und jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 soll zeitnah nach der Diagnosestellung Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Regelmäßige Nachschulungen sind erforderlich und anzustreben.*

## Begründung

Die explizite Erwähnung der zeitnah nach der Diagnosestellung erforderlichen erstmaligen Durchführung sowie der Hinweis auf Schulungswiederholungen sollen die große Bedeutung von Schulungs- und Behandlungsprogrammen zur Förderung des Selbstmanagements bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 verdeutlichen<sup>18</sup> und die verbindliche Verfügbarkeit entsprechender Angebote im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms sichern.

---

<sup>17</sup> Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Federbogen, F. & Petrak, F. (2013). *Psychosoziales und Diabetes – S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung*. Stuttgart: Thieme, Abrufbar unter: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de).

<sup>18</sup> Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Federbogen, F. & Petrak, F. (2013). *Psychosoziales und Diabetes – S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung*. Stuttgart: Thieme, Abrufbar unter: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de).

## 2.10 Vorschlag zu Kapitel 5 Evaluation

Die BPTK schlägt nach Punkt q folgende Ergänzung vor:

r. Anteil von Patientinnen und Patienten, die auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung gescreent wurden

s. Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer komorbiden psychischen Erkrankung, die eine psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlung erhalten haben

### Begründung

Die BPTK bemängelt, dass die Bewertung der Wirksamkeit der strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 allein auf den Nachweis von Wirksamkeitsbelegen hinsichtlich somatischer Outcome-Parameter beschränkt bleibt. Psychische Erkrankungen haben einen negativen Einfluss auf den Erkrankungsverlauf und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2.<sup>19</sup> Die BPTK schlägt daher vor, durch die o. g. Formulierung auch einen Outcome-Parameter in die Evaluation aufzunehmen, der sich auf die Identifikation und Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen bezieht.

---

<sup>19</sup> Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Federbogen, F. & Petrak, F. (2013). *Psychosoziales und Diabetes – S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung*. Stuttgart: Thieme, Abrufbar unter: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de).

### **3. Anlage 8 Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation**

Die BPTK schlägt vor, in die Dokumentation das Vorliegen einer psychischen Störung und die Überweisung zu einer psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen Behandlung als obligatorischen Bestandteil aufzunehmen.

#### **Begründung**

Ein Fehlen der Dokumentation des Vorliegens psychischer Störungen und ihrer Behandlung macht eine methodisch hinreichende Kontrolle des Einflusses von psychischen Störungen auf den Verlauf von Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen des DMP und des differentiellen Beitrags einer psychotherapeutischen und/oder Behandlung im Rahmen der vorgesehenen Evaluation nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich. Damit wären die wissenschaftliche Aussagekraft der Evaluationsstudien und die für zukünftige Optimierungen abzuleitenden Schlussfolgerungen gravierend beeinträchtigt. Vor dem Hintergrund der belastbaren Evidenz hinsichtlich der Relevanz psychischer Störungen und maladaptiver Bewältigungsmuster für den Verlauf chronischer Erkrankungen wäre ein solches methodisches Defizit auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht nur schwer zu rechtfertigen.