

Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme

**Organisatorisch – administrativer Rahmen für die
Durchführung**

**Schriftliches Informations- und Schulungsmaterial
für Ärzte in Niedersachsen**

Stand: 1. Dezember 2013

Inhalt

1 Ziele der strukturierten Behandlungsprogramme	3
2 Gesetzliche Grundlagen	3
3 Teilnahmevoraussetzungen	3
3.1 Teilnahme des Arztes	3
3.2 Teilnahme des Versicherten	4
3.3 Teilnahme der Krankenkasse	4
4 Erhebung und Nutzung von Daten, Datenschutz	5
5 Übermittlung der erhobenen Daten, Korrektur- und Unterschriftsverfahren	5
5.1 Teilnahme- und Einwilligungserklärungen	5
5.2 Erst- und Folgedokumentationen	6
6. Der Einschreibevorgang	7
6.1 Initiative zur Einschreibung eines Versicherten	7
6.2 Aufklärung des Patienten vor Einschreibung	7
6.3 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	8
6.4 Erstdokumentation	8
6.5 Aktionen der Krankenkasse bei erfolgreicher Einschreibung	8
7 Behandlung des Patienten nach der Einschreibung	9
7.1 Aufgaben des Arztes	9
7.2 Aufgaben des Versicherten	9
7.3 Aufgaben der Krankenkasse	9
7.4 Folgedokumentation	10
7.5 Wechsel des koordinierenden Arztes (DMP-Arzt)	10
7.6 Beendigung der Teilnahme von Versicherten	10
8 Sonderfälle	11
8.1 Notwendigkeit einer erneuten Einschreibung im DMP Brustkrebs	11
8.2 Abforderung archivierter Unterlagen durch die Krankenkasse	11

1 Ziele der strukturierten Behandlungsprogramme

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (= Disease-Management-Programme oder DMP - Programme) wurden entwickelt, um

- eine Verschlechterung der Krankheit zu verhindern oder zu verlangsamen
- Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden und
- die krankheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern
- sowie eine Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien durchzuführen.

2 Gesetzliche Grundlagen

Die Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) in Deutschland begann mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) vom 1. Januar 2002.

Die Einzelheiten wurden bis zum 31. Dezember 2011 auf Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) durch entsprechende Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) geregelt.

Ab 1. Januar 2012 beinhaltet die RSAV nur noch allgemeine Anforderungen an die DMP. Die krankheitsspezifischen Anforderungen regelt der GBA durch Richtlinien. Diese Richtlinien sind im Internet (www.g-ba.de) veröffentlicht. Solange noch keine Richtlinie vom GBA veröffentlicht ist, gilt die RSAV in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung weiter.

Aktuell gibt es DMP für folgende Krankheiten:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (einschließlich ein Zusatzmodul für Herzinsuffizienz)
- Diabetes mellitus Typ 1
- Asthma bronchiale
- COPD

Die gesetzlichen Anforderungen an diese DMP werden durch entsprechende Verträge pro KV-Region umgesetzt und damit wirksam. Für Niedersachsen wurden für alle zur Zeit möglichen DMP mit den gesetzlichen Krankenkassen entsprechende Verträge geschlossen.

Die Einzelheiten der vertraglichen Regelungen werden durch das Bundesversicherungsamt laufend streng überwacht, damit sind Abweichungen von den gesetzlichen Anforderungen ausgeschlossen.

3 Teilnahmevoraussetzungen

3.1 Teilnahme des Arztes

Die Teilnahme eines Arztes an einem DMP ist freiwillig.

Für jedes DMP sind die Voraussetzungen für die Teilnahme eines Arztes vertraglich festgelegt.

Wenn Sie an einem DMP in Niedersachsen teilnehmen möchten, finden Sie die entsprechenden Verträge unter den einzelnen Krankheitsbildern auf der Internetseite der

Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (www.kvn.de/Praxis/Qualitaetssicherung/DMP-strukturierte-Behandlungsprogramme).

Das Formular für die Teilnahmeerklärung findet sich für alle Krankheitsbilder im Downloadbereich oder können über die Bezirkstellen der KVN bezogen werden.

Die Teilnahme ist gegenüber der für den Arzt zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zu erklären.

Wenn Sie an mehreren DMP teilnehmen möchten, müssen Sie für jedes DMP, an dem Sie teilnehmen möchten, entsprechende Teilnahmeerklärungen ausfüllen.

Mit der Teilnahmeerklärung verpflichten Sie sich zur Einhaltung der jeweiligen vertraglichen Regelungen, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte (evidenzbasierte medizinische Programmgrundlagen, Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten) und der Qualitätssicherung.

Wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, erhalten Sie eine entsprechende Bestätigung durch die KVN und werden in das Leistungserbringerverzeichnis für die jeweilige Diagnose aufgenommen. Sie sind damit berechtigt, im Rahmen des jeweiligen DMP Patienten einzuschreiben und Dokumentationen zu erstellen.

Entsprechend der Richtlinien des GBA beinhalten die Verträge auch Regelungen zur regelmäßigen krankheitsspezifischen Fortbildung der Ärzte.

Ärzte, die die vereinbarten Fortbildungsmaßnahmen nicht besuchen, können wieder aus dem Programm ausgeschlossen werden.

3.2 Teilnahme des Versicherten

Ein Versicherter kann an einem DMP teilnehmen, wenn

- seine Krankenkasse für das jeweilige DMP akkreditiert ist (siehe 3.3 Teilnahme der Krankenkasse) und
- das jeweilige DMP-Krankheitsbild auf ihn zutrifft (siehe Diagnosesicherung unter Punkt 6.3, Teilnahme- und Einwilligungserklärung) und
- er zur aktiven Mitwirkung bei der Umsetzung der Programminhalte bereit ist und
- er im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit einem Einschreibevorgang (siehe Punkt 6).

3.3 Teilnahme der Krankenkasse

Die Krankenkasse muss – entweder direkt oder über ihren Verband - beim Bundesversicherungsamt (BVA) pro DMP-Diagnose und KV-Region eine Zulassung (= Akkreditierung) beantragen.

Die Zulassung erteilt das Bundesversicherungsamt nur, wenn die Programme die in der Risikostrukturausgleichsverordnung und in den Richtlinien des GBA formulierten Anforderungen erfüllen und wenn die Verträge zur Durchführung der Programme vorliegen.

Sie gilt künftig unbefristet. Die Zulassungsvoraussetzungen werden jedoch regelmäßig vom BVA überprüft. Das Ergebnis dieser Prüfung ist auch abhängig vom Ergebnis einer wissenschaftlichen Evaluation, die für jedes DMP gesetzlich vorgeschrieben ist.

4 Erhebung und Nutzung von Daten, Datenschutz

Während der DMP-Teilnahme eines Versicherten werden Daten in Form der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie von Erst- und Folgedokumentationen erhoben.

Die Einwilligung dazu gibt der Versicherte mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Die Verwendung der Daten wird in der „Information zum Datenschutz“, die zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung gehört, detailliert beschrieben.

Von jedem Dokument (Teilnahme- und Einwilligungserklärung) oder Datensatz (Dokumentation) erhält der Versicherte vom Arzt (d.h., von Ihnen) eine Kopie oder einen Ausdruck, damit er weiß, welche Daten übermittelt werden.

Die Daten dienen folgenden Zwecken

- Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten durch die Krankenkasse (siehe 7.3 Aufgaben der Krankenkassen)
- Qualitätssicherungsmaßnahmen für Ärzte durch die Gemeinsame Einrichtung (siehe 7.1 Aufgaben der Ärzte)
- wissenschaftliche Evaluation der Programmdurchführung hinsichtlich der Wirksamkeit und der Kosten durch einen externen Evaluator

Zu diesem Zweck müssen die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie die Dokumentationen von den Ärzten an die zuständige Datenstelle geschickt werden. Im Bereich der KVN ist dies die Firma INTER-FORUM AG. .

Diese leitet die Daten an die Krankenkassen sowie mit Pseudonymisierung des Versichertenbezuges an die Gemeinsame Einrichtung und den Evaluator weiter.

Es gelten die üblichen strengen Regeln des Datenschutzes.

Darüber hinaus müssen alle Personen, die mit diesen Daten etwas zu tun haben, zu den einzuhaltenden datenschutzrechtlichen Sicherheitsvorkehrungen gesondert geschult sein. Die dokumentierten und gespeicherten Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Frist gelöscht.

5 Übermittlung der erhobenen Daten, Korrektur- und Unterschriftsverfahren

5.1 Teilnahme- und Einwilligungserklärungen

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWEs) werden ausschließlich in Papierform erstellt und sind seitens des Arztes an die Datenstelle zu verschicken.

Dies ist notwendig, da die Originalunterschriften von Arzt und Patient auf diesem Formular vorhanden sein müssen, das nach Überprüfung durch die Datenstelle bei der Krankenkasse archiviert und auf Verlangen der Prüfbehörde vorgelegt werden muss.

Als Papiervorlage kann entweder der entsprechende vorgedruckte Formularsatz mit zwei Durchschlägen (erhältlich bei den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen) oder ein Ausdruck aus der Praxissoftware in dreifacher Ausfertigung, mit Datenschutzhinweis und Patientenmerkblatt, verwendet werden.

Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme

In Niedersachsen wurde vereinbart, die **neuesten indikationsspezifischen** Formulare zu verwenden (Asthma, COPD jeweils Version 03.12.2012, Diabetes, KHK: Version 11.03.2008; Brustkrebs: Version 03.12.2012).

Indikationsübergreifende und ältere Formulare sollten nicht verwendet werden.

Niedersächsische Ärzte schicken das Original mit den Unterschriften an folgende Adresse:

INTER-FORUM AG
Abteilung DMP-NDS
Postfach 50 06 53
04305 Leipzig

Für telefonische Rückfragen steht Ihnen die Hotline-Nummer (0341) 2 59 20 43 von montags bis freitags von 8:00 Uhr bis 18:30 Uhr zur Verfügung.

Ein Durchschlag der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist für die Archivierung / Dokumentation in Ihrer Praxis gedacht und ein weiterer für den Patienten (mit Datenschutzinformation und Patienten-merkblatt).

Die Datenstelle INTER-FORUM prüft die erhaltenen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen und führt folgendes Verfahren durch:

- eine Kopie unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllter TE/EWEs wird zur Korrektur an Sie zurückgeschickt,
- die Datenstelle benachrichtigt Sie, falls Sie andere als die vereinbarten Vordrucke benutzt haben,
- alle TE/EWEs (Originale und von Ihnen korrigierte Bögen) werden an die zuständigen Krankenkassen weitergeleitet.

5.2 Erst- und Folgedokumentationen

Erst- und Folgedokumentationen dürfen seit 1. Juli 2009 für alle DMP - Programme nur noch elektronisch erstellt und übermittelt werden.

Dazu gibt es drei Möglichkeiten:

- Erstellung der Dokumentation mit Hilfe einer Praxissoftware und postalische Versendung der Daten auf einem Datenträger (CD, DVD, Diskette) an die Datenstelle (Adresse wie beim Versand der TE/EWE, siehe 5.1). Aus der Praxis hat sich ergeben, dass die Datenträger häufig defekt und daher nicht lesbar sind. Daher ist diese Variante kritisch zu sehen.
- Erstellung der Dokumentation mit Hilfe einer Praxissoftware und Online-Übertragung der Daten über das Portal der KV
 - Verfahrensbeschreibung für Niedersachsen: siehe besonderes „Merkblatt-DMP Dokumentationsversand mit eDMP“ – erhältlich in den zuständigen Bezirksstellen der KV Niedersachsen
- DMPonline-Datenerfassung auf dem Server der Datenstelle. Zur Nutzung dieses Verfahrens ist eine Anmeldung bei der Datenstelle erforderlich. Nähere Informationen sind im Internet Portal der KVN oder auf der Internetseite von DMPonline eingestellt.
<https://dmponline.inter-forum.de>

Hinweis: Jede Praxissoftware führt eine Plausibilitätsprüfung der erfassten Daten durch. Sollten Angaben unvollständig oder unplausibel sein, erfolgt ein Hinweis. Wird die fehlerhafte Angabe nicht korrigiert, ist eine Speicherung und/oder Versendung des Datensatzes ggf.

nicht möglich. Diese Plausibilitätsprüfung erfolgt auch im Rahmen der DMPonline-Datenerfassung.

Für unvollständige und fehlerhafte Erst- und Folgedokumentationen führt die Datenstelle ein Korrekturverfahren durch. Im Fehlerfall erhalten Sie einen Papiausdruck des fehlerhaften Datensatzes, den Sie korrigiert an die Datenstelle zurücksenden müssen.

Damit der Patient weiß, welche Daten von ihm weitergeleitet wurden, erhält er von Ihnen immer einen Ausdruck der Erst- oder Folgedokumentation.

6. Der Einschreibevorgang

6.1 Initiative zur Einschreibung eines Versicherten

In einigen Fällen hat die Krankenkasse den Versicherten über das jeweilige Behandlungsangebot bereits informiert, so dass dieser von sich aus den Wunsch äußert, am Programm teilzunehmen.

Andererseits sollten Sie auch selbst Patienten ansprechen, die nach Ihrer Einschätzung die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und von dem Programm profitieren können.

6.2 Aufklärung des Patienten vor Einschreibung

Je nach Informationsstand Ihrer Patienten sollten Sie diese vor Einschreibung über folgende Punkte aufklären:

- Ziele des Programms
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Erhebung von Daten
- Aktive Teilnahme des Versicherten (z.B. Wahrnehmung regelmäßiger Arzttermine, Besuch von Schulungen)
- Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft
- Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligter Fachleute

Alle wichtigen Informationen sind in der Anlage zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Information zum Datenschutz, Patienteninformation) schriftlich festgehalten.

6.3 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe auch Punkt 5.1) ist ein Formular, das von Ihnen und von Ihrem Patienten unterschrieben werden muss und folgendes beinhaltet:

- Erklärung des Patienten, dass er die Programmbedingungen kennt und am Programm teilnehmen möchte
- Erklärung des Patienten, dass er Sie als koordinierenden Arzt wählt
- Erklärung des Patienten, dass er über die Verarbeitung und Nutzung seiner Daten im Rahmen des Programms informiert wurde und darin einwilligt
- Ihre Erklärung, dass der Patient die Einschreibevoraussetzungen erfüllt (ärztliche Diagnosesicherung, Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitwirkung, Möglichkeit des Patienten, von der Einschreibung zu profitieren)

Bitte achten Sie darauf, dass das Formular vollständig ausgefüllt ist:

- Die Daten für den oben links befindliche „Kasten“ mit den Angaben zur Person und zur Krankenkasse werden durch Einlesen der Krankenversichertenkarte in der Praxissoftware gespeichert und können ausgedruckt werden.
- Für den Sonderfall, dass der Versicherte bei seiner gesetzlichen Krankenversicherung „Kostenerstattung“ gewählt hat und daher keine Krankenversichertenkarte besitzt, können diese Daten in Ihrer Praxissoftware auch manuell eingegeben werden.
- Arzt- und Betriebsstättennummer müssen vorhanden und beide müssen im Leistungserbringerverzeichnis (siehe Punkt 3.1) zu finden sein.
- Im Diabetes-Formular muss angekreuzt sein, ob Typ 1 oder Typ 2 zutrifft.
- Die Datumsangaben müssen lesbar und plausibel sein.
- Beide Unterschriften müssen vorhanden sein.

6.4 Erstdokumentation

Zur vollständigen Einschreibung gehört neben der TE/EWE auch die Erstdokumentation, die elektronisch erstellt, versendet und ggf. korrigiert wird (siehe 5.2).

Dabei müssen die vertraglich vereinbarten Fristen eingehalten werden.

Wenn die Dokumentation und eventuelle Korrekturen nicht innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationsquartals in der Datenstelle vorliegen, sind die Dokumentationsdaten ungültig. D.h., dass keine Einschreibung zustande kommt und Sie auch keine Vergütung für die Dokumentation erhalten.

6.5 Aktionen der Krankenkasse bei erfolgreicher Einschreibung

Wenn TE/EWE und Erstdokumentationsdaten vollständig, plausibel und fristgerecht übermittelt wurden, die Angaben in diesen beiden Dokumenten zusammenpassen und die Teilnahmevoraussetzungen von Arzt, Versichertem und Krankenkasse erfüllt sind, bestätigt die Krankenkasse dem Arzt und dem Versicherten die erfolgreiche Einschreibung.

7 Behandlung des Patienten nach der Einschreibung

7.1 Aufgaben des Arztes

Als koordinierender Arzt haben Sie die Aufgabe sicherzustellen,

- dass die Behandlung kontinuierlich erfolgt,
- dass die Behandlung sich an den medizinischen Grundlagen und Programmvorgaben orientiert, wie sie in den krankheitsspezifischen Broschüren dokumentiert sind,
- dass gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele vereinbart, überprüft und ggfs. verändert werden
- dass sofern andere Ärzte oder nichtärztliche Therapeuten und Berater in die Therapie einbezogen werden, eine Abstimmung erfolgt.

Je nach vereinbartem Dokumentationsintervall bestellen Sie den Patienten mindestens viertel- oder halbjährlich in die Praxis ein; dabei erstellen Sie auch eine Folgedokumentation.

Zur organisatorischen Unterstützung des Ablaufes in Ihrer Praxis und damit keine Termine versäumt werden, erhalten Sie von der Datenstelle Listen mit anstehenden Folgedokumentationen (Folgedokumentationsreminder)

Anhand der Feedback-Berichte der Gemeinsamen Einrichtung können Sie überprüfen, inwieweit die vereinbarten Qualitätsziele für die strukturierte Behandlung bei Ihren Patienten schon erreicht wurden.

Die individuellen Feedback-Berichte für Ihre Praxis werden im geschützten Bereich des KVN-Portals (Onlinedienst eDokumente) für Sie bereit gestellt. Sie benötigen hier ein „Erweitertes Onlinepasswort“, welches Sie über die KVN erhalten können.

7.2 Aufgaben des Versicherten

- Je nach vereinbartem Dokumentationsintervall nimmt der Versicherte mindestens viertel- oder halbjährliche Arzttermine wahr.
- Der Versicherte besucht die empfohlenen Schulungen.
- Der Versicherte folgt den Empfehlungen des Arztes, so dass vereinbarte Ziele (z.B. Blutdruck senken) erreicht werden können.

Ausschreibegründe:

Wenn für zwei aufeinander folgende Dokumentationsintervalle keine plausible fristgerechte Folgedokumentation vorliegt oder innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt wurden, wird der Versicherte gemäß der gesetzlichen Vorgabe aus dem Programm ausgeschrieben.

Sonderfall DMP Brustkrebs: Die anstelle von Schulungen im Behandlungsprogramm Brustkrebs vorgesehenen Patienteninformationen sind freiwillig, Nichtteilnahme führt nicht zum Programmausschluss.

7.3 Aufgaben der Krankenkasse

- Die Krankenkasse unterstützt den Versicherten mit Informationen zu seiner Erkrankung und zum Programm.
- Sie erinnert den Versicherten an anstehende Arzttermine und Schulungen.

Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme

- Zum Teil bietet sie weitere Serviceleistungen an.

Für diese Aufgaben kann die Krankenkasse einen Dienstleister beauftragen.

7.4 Folgedokumentation

Wie die Erstdokumentation wird auch die Folgedokumentation elektronisch erstellt und versendet..

Wie unter Punkt 5.2 beschrieben, führt die Datenstelle eine Plausibilitätsprüfung und ein Korrekturverfahren für die erhaltenen Datensätze durch.

Bei der Versendung der Datensätze sowie ggf. der Korrekturbögen müssen die vertraglich vereinbarten Fristen eingehalten werden.

Wenn die Dokumentationsdaten und ggf. die Korrektur nicht innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationsquartals in der Datenstelle vorliegen, ist die Dokumentation ungültig und wird auch nicht vergütet.

Wenn dies in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationsintervallen passiert, führt es automatisch zur Ausschreibung des Versicherten (siehe 7.2).

Achtung: Für die kontinuierliche Programmteilnahme nach der Einschreibung zählen nur Folgedokumentationen! Eine erneute Erstdokumentation im Programmverlauf ersetzt keine Folgedokumentation, vielmehr wird die Folgedokumentation als fehlend gewertet.

7.5 Wechsel des koordinierenden Arztes (DMP-Arzt)

Wenn ein bereits eingeschriebener Patient Sie als neuen koordinierenden Arzt wählen möchte, müssen Sie lediglich die nächste anstehende Folgedokumentation erstellen. Durch die Betriebsstätten- und Arztnummer in den Dokumentationsdaten erfahren Datenstelle und Krankenkasse, wen sie zukünftig als koordinierenden Arzt ansprechen müssen.

Im Sinne einer kontinuierlichen Behandlung sollten Sie außerdem die bisherigen Patientenunterlagen von der Vorgängerpraxis anfordern.

7.6 Beendigung der Teilnahme von Versicherten

Die Teilnahme eines Versicherten an einem DMP kann aus verschiedenen Gründen beendet werden:

- Der Versicherte hat Arzt- oder Schulungstermine nicht wahrgenommen (siehe Punkt 7.2)
- Die dem DMP zugrunde liegende Diagnose liegt nicht (mehr) vor.
- Der Versicherte hat seine DMP-Teilnahme bei der Krankenkasse gekündigt.
- Sonderfall DMP Brustkrebs: Es gibt keine Fernmetastasen und es ist seit 5 ½ Jahren kein neuer Tumor (Primärtumor, kontralateraler Brustkrebs oder lokoregionäres Rezidiv) aufgetaucht.

Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme

In diesen Fällen schreibt die Krankenkasse den Versicherten aus dem Programm aus und teilt dies dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt mit.

Nach der Ausschreibung sind Folgedokumentationen nicht mehr gültig. Es kann jedoch eine erneute Einschreibung vorgenommen werden, falls die Voraussetzungen vorliegen.

8 Sonderfälle

8.1 Notwendigkeit einer erneuten Einschreibung im DMP Brustkrebs

Wenn ein Rezidiv erst nach der 5 ½-Jahres-Frist auftaucht, ist eine erneute Einschreibung (nach vorheriger Ausschreibung durch die Krankenkasse) möglich.

8.2 Abforderung archivierter Unterlagen durch die Krankenkasse

Regelmäßig führen die Prüfdienste der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Prüfung der DMP-Einschreibungen und Dokumentationen durch. Dazu müssen die Datenstellen und die Krankenkassen Datensätze und Unterlagen zur Verfügung stellen.

In einem speziellen Fall sind auch Ärzte betroffen:

Ärzte, die zwischen dem 1. Oktober 2004 und dem 31. März 2006 Dokumentationen elektronisch übermittelt haben, gingen dabei nach dem vertraglich vereinbarten Archivierungsverfahren vor. D.h., ein unterschriebener Ausdruck der jeweiligen Erst- oder Folgedokumentation wurde in der Arztpraxis archiviert.

Falls archivierte Dokumentationen in der Prüfstichprobe enthalten sind, benötigt die Prüfbehörde Kopien der unterschriebenen Ausdrücke. Diese fordert die Krankenkasse bei Ihnen ab. Das genaue Verfahren wird in dem Anschreiben der Krankenkasse erläutert.

Anlagen:

DMP-Richtlinie des G-BA :

- Medizinische Inhalte Brustkrebs
- Medizinische Inhalte Asthma
- Medizinische Inhalte COPD

20. RSAV-Änderungsverordnung:

- Medizinische Inhalte Diabetes Typ 1 und 2
- Medizinische Inhalte KHK