

Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme

Organisatorisch – administrativer Rahmen für die Durchführung

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

Stand: 1. Oktober 2017

Inhalt

1. ZIELE DER STRUKTURIERTEN BEHANDLUNGSPROGRAMME	3
2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN	3
3. TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN	4
3.1 Teilnahme des Arztes	4
3.2 Teilnahme des Versicherten	5
3.3 Teilnahme der Krankenkasse	5
4. ERHEBUNG UND NUTZUNG VON DATEN, DATENSCHUTZ	6
5. ÜBERMITTLUNG DER ERHOBENEN DATEN, KORREKTUR- UND UNTERSCHRIFTSVERFAHREN	6
5.1 Teilnahme- und Einwilligungserklärungen	6
5.2 Erst- und Folgedokumentationen	8
6. DER EINSCHREIBEVORGANG	9
6.1 Initiative zur Einschreibung eines Versicherten	10
6.2 Aufklärung des Patienten vor Einschreibung	10
6.3 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	10
6.4 Erstdokumentation	11
6.5 Aktionen der Krankenkasse bei erfolgreicher Einschreibung	11
7. BEHANDLUNG DES PATIENTEN NACH DER EINSCHREIBUNG	12
7.1 Aufgaben des Arztes	12
7.2 Aufgaben des Versicherten	12
7.3 Aufgaben der Krankenkasse	13
7.4 Folgedokumentation	13
7.5 Wechsel des koordinierenden Arztes (DMP-Arzt)	13
7.6 Beendigung der Teilnahme von Versicherten	14
8. DAS WICHTIGSTE AUF EINEN BLICK	15
8.1 Informationen und Ansprechpartner	15
8.2 Übermittlungsfristen	15

1. Ziele der strukturierten Behandlungsprogramme

Disease Management Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme, die auf evidenzbasierten Leitlinien für die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer beruhen. Die Programme enthalten Vorgaben für eine kontinuierliche Information und Dokumentation. DMP wurden entwickelt, um

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

2. Gesetzliche Grundlagen

Die Einführung der Disease-Management-Programme 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 (G-BA) durch entsprechende Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) geregelt.

Seit 1. Januar 2012 beinhaltet die RSAV nur noch allgemeine Anforderungen an die DMP. Die krankheitsspezifischen Anforderungen regelt seitdem der G-BA durch die DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) bzw. die DMP-Richtlinie (DMP-RL).

Aktuell gibt es DMP für folgende Krankheiten:

Regelung in der DMP-A-RL	Regelung in der DMP-RL
Diabetes mellitus Typ 1	Asthma
Diabetes mellitus Typ 2	
COPD	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	
Brustkrebs	

Die gesetzlichen Anforderungen an diese DMP werden durch entsprechende Verträge pro KV-Region umgesetzt und damit wirksam. In 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.

Für weitere Informationen können Sie die DMP-Richtlinien des G-BA im Internet abrufen:
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/zum-unterausschuss/10/>

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 in Niedersachsen an einem DMP 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. Alternativ können Sie diese über ihre Bezirksstelle der KVN beziehen.

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, eine entsprechende Teilnahmeerklärung 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, Dokumentationen zu erstellen und Leistungen gemäß den DMP-Verträgen gegenüber den teilnehmenden gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen.

Entsprechend der Richtlinien des G-BA 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 einer **Einschreibung** in das Programm (siehe Punkt 6). Eine **gleichzeitige Einschreibung** in die Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Asthma und COPD ist ausgeschlossen.

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 grundsätzlich 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.

In Niedersachsen nehmen alle Krankenkassen an allen DMP teil.

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 **DAVASO GmbH**.

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 dem Formular vorhanden sein müssen. Die TE/EWE muss nach Überprüfung durch die Datenstelle bei der Krankenkasse archiviert und auf Verlangen der Prüfbehörde vorgelegt werden.

Als Papiervorlage kann entweder der entsprechende vorgedruckte Formularsatz mit zwei Durchschlägen oder ein Ausdruck aus der Praxissoftware in dreifacher Ausfertigung, mit Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt, verwendet werden. Je nach zuständiger KV-Bezirksstelle (KVB) können die Formulare entweder dort oder direkt über den Paul-Albrechts-Verlag (PAV) bezogen werden:

Ziffer	Bezirksstelle	PAV	KVB
06	Aurich	x	
07	Braunschweig	x	
08	Göttingen	x	
09	Hannover	x	
10	Hildesheim	x	
11	Lüneburg	x	
12	Oldenburg	x	
13	Osnabrück		x
14	Stade	x	
15	Verden	x	
16	Wilhelmshaven	x	

In Niedersachsen wurde vereinbart, die **neuesten indikationsspezifischen Formulare** zu verwenden. Indikationsübergreifende Formulare sollten nicht verwendet werden, um eine eindeutige Diagnosezuordnung sicherzustellen.. Ältere Formulare werden von der Datenstelle nicht mehr akzeptiert und können damit nicht zur Einschreibung in das Programm genutzt werden. Bitte achten Sie daher immer auf den Formularschlüssel auf der Teilnahmeerklärung.

Aktuell gültige Formularschlüssel sind (Stand: 01.10.2017):

Asthma	COPD	Diabetes	KHK	Brustkrebs
050B	060C	010E	030C	020D

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

DAVASO GmbH
Abteilung DMP-NDS
Postfach 50 06 53
04305 Leipzig

Für telefonische Rückfragen steht Ihnen die Hotline-Nummer (0341) 25920-43 von montags bis freitags zwischen 8:00 Uhr und 18:00 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). Diese Exemplare erkennen Sie an der Kennzeichnung am oberen, rechten Rand.

Die Datenstelle DAVASO **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 seit 1. Juli 2017 auch nur noch **elektronisch übermittelt** werden.

Dazu gibt es **drei Möglichkeiten**:

1. Online über das **KVN-Portal**
 - Die Datensätze aus der PVS werden über das KVN-Portal an die Datenstelle übertragen.
 - Die eDMP-Benutzeranleitung ist im KVN-Portal (www.kvn.de) unter Verträge/ DMP-strukturierte Behandlungsprogramme/ Weitere Informationen/ DMP-Merkblätter eingestellt.
2. Über das **Onlineportal der Datenstelle**
 - Die Daten werden auf der Internetseite der Datenstelle unter „DMPonline“ erfasst.
 - Zur Nutzung dieses Verfahrens ist eine Anmeldung bei der Datenstelle unter <https://dmponline.inter-forum.de> notwendig.
3. Über **KV-connect**
 - Die Daten werden direkt aus der PVS im sicheren Netz der KVen (SNK) verschlüsselt und an die Datenstelle übermittelt.
 - Für die Nutzung von KV-connect werden Zugangsdaten benötigt, die bei der KVN angefordert werden können. Weitere Informationen sind unter www.kvn.de/Praxis/IT-fuer-die-Arztpraxis/KV-Connect erhältlich.

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 Papierausdruck des fehlerhaften Datensatzes, den Sie korrigiert an die Datenstelle zurücksenden müssen (s. Punkt 5.3). Damit der Patient weiß, welche Daten von ihm weitergeleitet wurden, erhält er von Ihnen immer einen **Ausdruck der Erst- oder Folgedokumentation**.

5.3 Remindersystem

Im Rahmen der Arztansprache durch die Datenstelle DAVASO GmbH werden schriftliche Arztkontakte durchgeführt. Um Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung der von Ihnen eingegangenen Teilnahme-/ Einwilligungserklärungen und Dokumentationen zu geben, übersendet die Datenstelle Ihnen 14-tägig Informationen über den Bearbeitungsstand.

1. Erinnerungsschreiben (Verarbeitungsstand Ihrer Daten)

→ Der Versand erfolgt 14-tägig

Besteht aus den nachstehenden Kontoauszügen (Es sind nur für Sie zutreffende Kontoauszüge beigefügt):

- „Nicht plausible Dokumentationsbelege und TE, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen“
- „Plausible Dokumentationsbelege und TE der letzten 14 Tage“
- „Fehlende Erstdokumentationen“
- „Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext“
- „Außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen“
- „Nicht prozesskonforme Dokumentationen“
- „Nicht verarbeitbare Datenlieferungen“
- „Fallbeendigung“

Die Erinnerungen an **ausstehende Folgedokumentationen** sind in den Erinnerungsschreiben integriert, werden aber nur zweimal pro Quartal mit den Erinnerungsschreiben versandt - im 1. und im 3. Monat des Quartals:

- „zu erstellende Folgedokumentation“

2. Korrekturschreiben (Aufforderung zur Korrektur von Daten)

→ Der Versand erfolgt 14-tägig

Sind von Ihnen **fehlerhafte Belege** eingereicht worden, erhalten Sie ein Korrekturschreiben. In diesem Fall sind die für Sie relevanten Kontoauszüge in der Anlage beigefügt. Ein separates Erinnerungsschreiben entfällt. Somit erhalten Sie lediglich alle 14 Tage ein Schreiben von der Datenstelle.

- Aufführen der fehlerhaften Belege unter Angabe eines Fehlertextes, Korrekturformular ist dem Schreiben beigefügt
- Besteht aus den oben genannten Kontoauszügen

Sofern eine übermittelte Dokumentation nicht verarbeitet werden kann, jedoch zu ermitteln ist, welche Dokumentation betroffen ist, wird der betroffene DMP-Arzt von der Datenstelle telefonisch aufgefordert, diese erneut an die Datenstelle zu übermitteln. Maßgeblich für die Wahrung der Übermittlungs- und Korrekturfristen ist der Eingang der lesbaren Dokumentationen.

Neben der Datenstelle kommen **auch die Krankenkassen** ihrer Erinnerungspflicht nach und informieren Sie gegebenenfalls über noch ausstehende Folgedokumentationen.

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 befindlichen „**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 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**, siehe dazu Punkt 5.3).

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, sodass 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.
- 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, kontralater Brustkrebs oder lokoregionäres Rezidiv) aufgetaucht.

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

8. Das Wichtigste auf einen Blick

8.1 Informationen und Ansprechpartner

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)

Informationen und alle Unterlagen erhalten Sie unter www.kvn.de (→ Praxis → Qualitätssicherung → DMP) bzw. in Ihrer Bezirksstelle der KVN.

Datenstelle

DAVASO GmbH

Abteilung DMP-NDS

Postfach 500 653

04305 Leipzig

Service-Hotline: 0341 25920-43 (Mo.-Fr. 08:00 – 18:00 Uhr)

Service-Telefax: 0341 25920-22

E-Mail: dmp-nds@davasos.de

8.2 Übermittlungsfristen

Dokument/ Daten	Vorgang/ Ereignis	Frist
TE/EWE Patient, Erstdokumentation Patient	Versand an Datenstelle (TE/EWE nur im Original!)	Innerhalb von 10 Tagen nach Befunderhebung
Erstdokumentation	Vorliegen in der Datenstelle	Spätestens 10 Tage nach Ende des Quartals, in dem die Daten erhoben wurden. Empfehlung: ED und FD wöchentlich oder monatlich an einem festen Termin versenden.
Folgedokumentation	Vorliegen in der Datenstelle	Spätestens 10 Tage nach Ende des Quartals, in dem die Daten erhoben wurden
Erst- und Folgedokumentation	Abschluss aller evtl. notwendigen Korrekturen	Spätestens 52 Tage nach Ende des Quartals, in dem die Daten erhoben wurden.
Korrekturen der Datenstelle an Erst- und Folgedokumentationen	Prüfung und Rücksendung an die Datenstelle	Sofort nach Erhalt

Anlagen:

Die medizinischen Anforderungen und Inhalte der einzelnen DMP können den Richtlinien des G-BA entnommen werden.

DMP-Richtlinie des G-BA :

- Medizinische Inhalte Asthma

DMP-Anforderungen-Richtlinie des G-BA

- Medizinische Inhalte Diabetes mellitus Typ 1

- Medizinische Inhalte Diabetes mellitus Typ 2

- Medizinische Inhalte Brustkrebs

- Medizinische Inhalte KHK

- Medizinische Inhalte COPD