

# Fragen und Antworten zu den DMP in Sachsen

Version 5.2

Stand: Januar/2019



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN

## Änderungshistorie:

| Version | Änderungsdatum | Beschreibung  |
|---------|----------------|---|
| 4.1     | 2018.03.20     | 1. Vertrag COPD neu ab 01.01.2018 (Tabakentwöhnprogramm)<br>2. Vertrag neu ab 01.04.2018 (Modul HI beendet) |
| 5.0     | 2018.08.14     | 1. Vertrag BK neu ab 01.10.2018 (Nachsorge, neue QS); TE/EWE –EU-DSGVO                                      |
| 5.1     | 2018.11.14     | III. Konkretisierung DMP-Arztinformation  |
| 5.2     | 2019.01.11     | Kündigung Lieferung DMP-Versichertenverzeichnis durch einzelne Kassen                                       |

## I Dokumentation und Datenstelle

Die Dokumentationsdaten sind ein Kernelement des gesamten Disease-Management-Programms und werden vom koordinierenden Arzt erfasst. Sie erfüllen mehrere Funktionen:

- Erhebung der Ausgangsdaten,
- Checkliste bezüglich der indikationsbezogenen Risikofaktoren, Kontrolluntersuchungen, medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen,
- Basis für Zielvereinbarungen mit dem Patienten (einschließlich Wiedereinbestellung zum Datum der nächsten geplanten Dokumentationserstellung),
- Basis der Arztfeedbackberichte an den koordinierenden Vertragsarzt,
- Basis für die wissenschaftliche Evaluation des Programms.

### eDMP (elektronische Dokumentation) – Versand an die Datenstelle

Die Dokumentationen müssen für alle DMP-Indikationen **elektronisch** erfasst und elektronisch an die Datenstelle nach Hallstadt (bei Bamberg) übermittelt werden. Die Daten werden bei Export kryptisiert und verschlüsselt, so dass sie geschützt sind.

Es gibt zwei Möglichkeiten für die Datenübermittlung:

1. Der Arzt versendet seine **Dokumentationsdaten manuell per E-Mail**. Dazu müssen die Daten zwischengespeichert und an folgende Adresse gesendet werden: dmp-sachsen@dmpservices.de. Dies ist von jedem E-Mail-Account möglich.
2. Der Arzt übermittelt sie direkt aus seiner Praxisverwaltungssoftware (PVS) heraus **via KV connect** an die DMP-Datenstelle. Dies ist ab dem 01.01.2018.

Nach dem elektronischen Versand erhalten Sie bei beiden Wegen eine automatisch generierte Eingangsbestätigung von der Datenstelle (Auto-Reply). Dies ist aber noch keine Bestätigung, dass die Dokumentationen vollständig und plausibel sind.

Eine Übersicht der an die Datenstelle übermittelten Erst- und Folgedokumentationen und der Bearbeitungsstatus kann der Arzt der monatlichen **DMP-Arztinformation** der Datenstelle entnehmen. Diese dient Ihrer Information und muss nicht an die Datenstelle zurück gesendet werden. Bewahren Sie diese bitte mindestens sechs Jahre auf.

Seit dem 23.05.2012 erhalten Sie für die an die Datenstelle in elektronischer Form übermittelten Erstdokumentationen keine Versandlisten mehr, da nach den Vorgaben des GKV-

Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) eine Unterschrift im Rahmen des Versandlistenverfahrens für die Erstdokumentation nicht mehr erforderlich ist.

Im Gegensatz zu den Dokumentationen müssen die **Teilnahmeerklärungen** der Versicherten **weiterhin beleghaft** an die Datenstelle gesendet werden. Die Blankoformularbedruckung ist möglich und muss ebenfalls mit der Unterschrift des Patienten ergänzt werden.

**Postfach-Adresse:**

DMP Datenstelle Sachsen  
Postfach 10 04 37  
96056 Bamberg

**Hausadresse:**

DMP Datenstelle Sachsen  
Michelinstraße 132  
96103 Hallstadt

**Die Postfach-Adresse gilt nur beim Versand mit der Deutschen Post!** Private Zusteller verfügen nicht über einen Zugriff auf die Postfächer, nutzen Sie dafür bitte die Hausadresse (vergewissern Sie sich bitte außerdem, ob Ihr Anbieter bundeslandübergreifend zustellt, da die Datenstelle in Bayern ansässig ist).

**Telefon (Hotline):**

09 51-3 09 39 61 – mit Paßwortidentifizierung

**E-Mail-Adresse:**

dmp-sachsen@dmpservices.de

## **II Fehlerhafte E-Mails, LANR/BSNR**

Für den Fall, dass eine E-Mail **nicht les- oder entschlüsselbar** ist oder keine bzw. der falsche Daten enthält, erhält der Arzt innerhalb von ca. 4 Tagen einen postalischen Brief von der Datenstelle mit einem entsprechenden Fehlerhinweis. Eine Erinnerung erhält der Arzt nochmals, wenn keine neue Einreichung erfolgt. In beiden Schreiben wird **nicht** darauf hingewiesen, dass ggf. ein **Verfristungsstermin** (52 Tage nach Quartalsende) ansteht. Wir möchten Sie bitten, in solchen Fällen umgehend die Daten erneut zu versenden bzw. sich bei der Datenstelle zwecks anstehender Verfristung zu erkundigen (DMP-Hotline: 09 51-3 09 39 61).

Werden durch die Datenstelle **Fehler in den Dokumentationsdaten (Plausibilität)** festgestellt, erfolgt das **telefonische Korrekturverfahren** mit der Arztpraxis. Die gemeinsam korrigierten Dokumentationsdaten werden dann von der Datenstelle ausgedruckt und an die Praxis geschickt. Diese Korrektur ist vom Arzt zu unterschreiben, das Datum einzutragen und **dann an die Datenstelle zurückzuschicken**. Erst jetzt werden die in der Datenstelle vorliegenden Daten gültig.

Dokumentiert ein Arzt mit einer falschen LANR und/oder BSNR oder hat noch keine Genehmigung für ein DMP, wird sich die zuständige Bezirksgeschäftsstelle mit ihm in Verbindung setzen. Bitte beachten Sie, dass unter Umständen bei Nichtvorliegen einer entsprechenden Genehmigung die Dokumentation in der Datenstelle unbearbeitet bleibt. Weiterhin verfristen diese Dokumentation und es erfolgt eine Streichung der Abrechnungsnummer bzw. bei Erstdokumentationen fordern die Kassen die Vergütung rückwirkend zurück. Dieser Fehler treten häufig bei angestellten Ärzten in MVZ oder bei Gemeinschaftspraxen auf, wenn wechselseitig behandelt wird, aber keine DMP-Genehmigung vorliegt oder eine Betriebsstätte nicht mehr gültig ist.

## **III DMP-Arztinformation (seit August 2005)**

Über alle Dokumentationen, welche von der Datenstelle verarbeitet werden, erhält der Arzt monatlich (bis zum **12. Arbeitstag**) eine zusammenfassende Aufstellung. Diese enthält alle im Vormonat eingegangenen Dokumentationen inklusive Statusangabe (vollständig, plausibel, fristgerecht, unplausibel, verfristet, unvollständig). **Außerdem sind auf der DMP-Arztinformation alle noch nicht wieder in der Datenstelle eingegangenen Korrekturen aufgelistet.** Anhand dieser **Komplettübersicht** kann der Arzt nachvollziehen, welche Gültigkeit die übermittelten Dokumentationen erhalten haben. Diese Aufstellung sollte im Sinne eines „Kontoauszuges“ genutzt und mit der eigenen Praxisliste abgeglichen und aufbewahrt werden. Sie können diese Lis-

ten auch als Nachweis bei evtl. Honorarrückforderungen im Widerspruchsverfahren heranziehen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die DMP-Arztinformationen keine Einschreibebestätigung der Krankenkasse im Rahmen DMP-Versichertenverzeichnis ist. Sie dient lediglich als Nachweis Ihrer eingereichten Dokumentation sowie deren Status. Die DMP-Arztinformationen sollten sechs Jahre aufbewahrt werden.

Die DMP-Arztinformation dient nur der Information und muss nicht unterschrieben und auch nicht zurückgesendet werden. Es empfiehlt sich, die **DMP-Arztinformation** mit der eigenen vom Programm erstellten Versandliste **abzugleichen**, damit das Fehlen von Dokumentationen frühzeitig erkannt wird.

Bitte berücksichtigen Sie, dass die Datenstelle **keinen „0“er-Kontoauszug** versendet, d.h. verzeichnet die Datenstelle **keinen Posteingang**, wird auch kein Kontoauszug erstellt. Das heißt auch, die Datenstelle übernimmt keine Erinnerungsfunktion für noch ausstehende Dokumentationen. (siehe auch Pkt. VIII).

Im Rahmen des Fallmanagement werden teilweise von den Krankenkassen Erinnerungen versendet, dies wird jedoch nicht von allen Kassen umgesetzt (siehe VIII)

#### **IV Drohende Ausschreibung/ Neueinschreibung/ Arztwechsel/ Kassenwechsel**

Wenn zwei aufeinander folgende Dokumentationen fehlen, wird der Patient von seiner Krankenkasse aus dem DMP-Programm ausgeschrieben. Fehlt die erste dieser beiden Dokumentationen, setzen sich einige Krankenkassen bereits mit dem Arzt und dem Patienten in Verbindung, um der zweiten fehlenden und ausschreibungsrelevanten Dokumentation vorzubeugen (siehe auch Frage 20).

Kommt es seitens der Krankenkasse zu einer Ausschreibung, muss für die **Neueinschreibung** erneut eine **Teilnahmeerklärung des Patienten** sowie eine **Erstdokumentation** durch den Arzt erstellt werden.

Hinweis: Seit dem 01.07.2015 darf nur noch das indikationsübergreifende Formular der Teilnahmeerklärung genutzt werden. Auf diesem Dokument kann der Patient gleichzeitig in mehrere DMP eingeschrieben werden. Bitte beachten Sie die korrekte Markierung der zutreffenden DMP (beim DMP Brustkrebs existiert eine eigene Teilnahmeerklärung).

Auch bei einem Kassenwechsel muss eine erneute Einschreibung erfolgen (Teilnahmeerklärung und Erstdokumentation), da jede Kasse ihr eigenes DMP-Programm führt.

Kommt es durch den Patienten zu einem **Arztwechsel**, wird mit einer **Folgedokumentation** weiter dokumentiert. Beim Arztwechsel ist **keine** erneute **Teilnahmeerklärung** des Patienten notwendig. Der Patient erhält bei Einschreibung eine Kopie seiner Teilnahmeerklärung, somit kann er bei einem evtl. Arztwechsel dem neuen Arzt entsprechend eine Kopie aushändigen.

Dies gilt nicht, wenn der Arzt in einem anderen Bundesland niedergelassen ist und an dessen nichtsächsischem DMP-Vertrag teilnimmt. Bei bundeslandübergreifendem Arztwechsel muss immer eine Neueinschreibung inkl. Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung plus Erstdokumentation erfolgen. Die Fortsetzung mittels einer Folgedokumentation ist nicht möglich.

#### **V Versand der Dokumentationen/ Verfristung**

Gemäß den DMP-Verträgen sollen die Dokumentationen innerhalb von zehn Kalendertagen nach Dokumentationsdatum an die Datenstelle übermittelt werden. Bitte beachten Sie, dass die Verfristungstermine für Dokumentationen in der Mitte des Folgequartals, d.h. 52 Tage nach Quartalsende, liegen. Für Erstdokumentationen, welche bis 30.06.2016 erstellt wurden, galt bis-

her ein längerer Verfristungszeitraum, nämlich ein zusätzliches Quartal plus 52 Tage. **Diese verlängerte Frist für Erstdokumentationen gilt seit 01.07.2017 nicht mehr.**

*Beispiel für eine Verfristung:*

**Erst- und Folgedokumentation:**

→ Dokumentationsdatum 03.12.2017 (IV/2017) → Verfristung: 21.02.2018 (II/2018)

Es gilt zu berücksichtigen, dass die 52 Tage nach Quartalsende nicht für die Erstellung von Dokumentationen zur Verfügung stehen. Diese 52-Tage-Frist entspricht einer Frist in der Korrekturen vorgenommen werden können, z.B. bei Unplausibilitäten in der Dokumentation. Dann erfolgt durch die Datenstelle ein telefonisches Korrekturverfahren, welches Sie anschließend schriftlich zugesandt und mit Ihrer Unterschrift zur Freigabe zurücksenden müssen.

Für die Zuordnung einer Dokumentation gilt das Unterschriftsdatum der Dokumentation, d.h. das Erstelldatum. Dieses muss aus dem Quartal sein, für das die Dokumentation erstellt wurde.

Beispiel: Sie können am 30.09. eine Dokumentation erstellen, welche dem III. Quartal zugeordnet wird. Am Folgetag (01.10.) können Sie eine weitere Dokumentation erstellen, welche dann bereits dem IV. Quartal zugeordnet wird.

**Die aktuellen Verfristungstermine für das Jahr finden Sie auf einem Link unter [www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de) Mitglieder > DMP > Verfristungstermine (Link auf eine externe Seite).**

## VI Kostenlose Online-Datenerfassung

Unter <https://dmpsysonline.sps-prien.de> bietet Ihnen die DMP-Datenstelle eine kostenfreie Möglichkeit, die Dokumentationsdaten für alle DMP-Patienten zu erfassen und zu versenden. In diesem Online-Portal können Sie Patientenstammdatensätze anlegen, auf deren Basis die Dokumentationsdaten regelmäßig erfasst, bearbeitet und angezeigt werden können. Die erfassten Daten werden direkt aus dem Portal an die DMP-Datenstelle übermittelt. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang, dass mit diesem Portal keine Kopplung zu Ihrer bestehenden Praxissoftware möglich ist und Sie jeden Patientenstamm zunächst einmal (**neu**) anlegen müssen.

Die einmal erfassten Daten sind dann in Ihrem persönlichen Bereich gespeichert und jederzeit abrufbar. Die zusätzlich zur Verfügung stehende Reminderfunktion erinnert Sie im laufenden Quartal an noch auszustellende Dokumentationen. **Die Nutzung dieses kostenlosen Online-Portals ist freiwillig.** Wer bereits elektronisch dokumentiert, kann natürlich auch weiterhin sein bestehendes System verwenden. Insbesondere für Gynäkologen, welche i.d.R. wenige Dokumentationen erstellen, ist diese eine Möglichkeit kostenfreie Variante zu dokumentieren.

## VII Qualitätssicherung (Arztfeedbackbericht)

Die Qualitätssicherung ist ein entscheidender Baustein der strukturierten Behandlungsprogramme. Für den teilnehmenden Arzt bedeutet dies, dass er aufgrund der Dokumentationsdaten von der Gemeinsamen Einrichtung regelmäßige Auswertungen (Feedback-Berichte) erhält.

Die Inhalte der Feedbackberichte werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegeben und sind im jeweiligen Vertrag unter der Anlage „Qualitätssicherung“ zu finden.

Sie können diese Feedback-Berichte auch als **Grundlage für die Arbeit in den Qualitätszirkeln** nutzen.

Nutzen Sie für den Abgleich der von Ihnen erstellen Dokumentationen jedoch die **DMP-Arztinformation** und nicht den **halbjährlichen Arztfeedbackbericht** (siehe auch Frage 30).

## VIII Reminderfunktion durch die Krankenkassen

Zur Sicherung des Erfolgs der DMP haben die DMP-Vertragspartner den Aufbau einer Erinnerungsfunktion vorgesehen, welche die Krankenkassen individuell übernehmen (d.h. jede Kasse entscheidet selbst, ob sie eine solche Erinnerung anbietet). Diese soll Sie dabei unterstützen, die erforderlichen Dokumentationen zeitgerecht zu erstellen und - soweit erforderlich Ihre Patienten einzubestellen.

Die Krankenkassen sind daher angehalten, die koordinierenden Ärzte durch einen Patientenreminder bezüglich der regelmäßigen Teilnahme der Patienten zu unterstützen.

Einige Praxisverwaltungssysteme bieten Erinnerungsfunktionen innerhalb des DMP-Moduls in ihre Software an, so dass entsprechend erinnert wird. Befragen Sie hierzu Ihren PVS-Administrator (Stand: 2016).

## IX Evaluation

Auf Basis aller von den teilnehmenden Ärzten erhobenen Dokumentationsdaten wird das Programm einer Evaluation unterzogen, die unter anderem ausgewählte Parameter der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität analysieren soll. Entscheidender Vorteil ist hierbei, dass die patientenbezogene Analyse den gesamten Krankheitsverlauf des Patienten beinhaltet, während in der Vergangenheit lediglich quartalsbezogene Daten vorhanden waren. Diese Auswertung wird lediglich bei Kassenwechsel unterbrochen, da jede Krankenkasse die Daten ihres eigenen DMP-Patienten auswertet.

## X Vergütung der Dokumentationen

Die Vergütung der vollständig ausgefüllten Dokumentationen und der Schulungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Regelleistungsvolumen. Die Abrechnung weiterer Abrechnungsnummern entnehmen Sie bitte § 35 des entsprechenden Vertrages (über die Onlineübersicht der Verträge auf der KVS-Homepage) bzw. den Abrechnungshinweisen der KV Sachsen.

Diese Vergütung gilt nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme an einem DMP entschließt. Für den Fall, dass ein **Versicherter an mehreren Disease-Management-Programmen** teilnimmt, kommt der gesonderte Vertrag zur **„Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V“** zur Anwendung. Dabei werden die Dokumentationen ebenfalls außerbudgetär vergütet. Die jeweils gültigen Abrechnungsziffern können den Abrechnungshinweisen der KV Sachsen entnommen werden (siehe auch Frage 35).

## XI Patientenschulungen

- Für die Durchführung von **Schulungen** ist aufgrund bestimmter fachlicher Anforderungen eine **Besondere Genehmigung erforderlich**, die nach Prüfung der Zugangsvoraussetzungen durch die KV Sachsen vergeben wird.
- Die **Vergütung der Schulungsleistungen** erfolgt **außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie der Regelleistungsvolumen**.
- Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 an Betriebsstätten erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt haben. Die Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der jeweiligen *Anlage „Patientenschulung“* zum Vertrag geregelt.

- Die **Schulungsvoraussetzungen müssen persönlich erfüllt sein** und können nicht übertragen werden.
- Die an den DMP teilnehmenden Vertragsärzte können zur Durchführung der Schulungen als Auftragsleistung an die an den DMP teilnehmenden und zur Schulung berechtigten Vertragsärzte überweisen (hierzu bitte „DMP“ auf der Überweisung vermerken). Die Abrechnung dieser als Auftragsleistung durchgeführten Schulungen erfolgt gemäß § 35 Abs. 4 des DMP-Vertrages (siehe auch nächster Punkt sowie Frage 48)
- Voraussetzung für die Vergütung der genannten Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises (DMP Muster 13 – ab 01.07.2011 im A5-Format) entsprechend der *Anlage 14 „Schulungsnachweis“* nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS sowie, dass der Patient ins DMP eingeschrieben ist. Die Schulungs-Dokumentation wird nach der Abrechnung von der KVS an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet. Bitte vermerken Sie auf dem Muster 13, wenn die Schulung beendet wurde.

Hinweis: (Vertragsanpassung zum 01.07.2014)

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitionsauftrag/Zielauftrag) zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z. B. einer DMP-Schulung, an andere Leistungserbringer, so haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind.

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten jedoch zur Mit- / Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer oder werden die entsprechenden Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

- Für alle Schulungen gilt das gleiche Schulungsformular DMP Muster 13 im A5-Format
- **Identische Schulungen**, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur im Rahmen **eines** DMP abrechnungsfähig.
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- In Einzelfällen (Sprachbarriere, Gehörlose oder stark sehbehinderte Patienten) kann die Schulung als Einzelschulung auch in geringerem Stundenumfang erfolgen. Auf dem Schulungsnachweis ist der Vermerk „Einzelschulung“ vorzunehmen. Nach Abrechnung durch die KV Sachsen erfolgt eine Prüfung durch die Krankenkasse.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Die Entscheidung darüber obliegt dem schulenden Arzt.
- Die gleichen Schulungen sind **je Patient nur einmal berechnungsfähig**. Nachschulungen werden über die Gemeinsame Einrichtung bei der jeweiligen Krankenkasse beantragt. Sie bedürfen einer Begründung sowie einer Genehmigung durch die Krankenkasse.
- Die Fristen für den jeweiligen Schulungsabschluss ist sind unter Frage 38 aufgeführt.

Die Vergütungshöhe der einzelnen Schulungen entnehmen Sie bitte der Anlage „Patientenschulung“ des jeweiligen Vertrages oder ihren Abrechnungshinweisen.

## **Fragen und Antworten**

**1. Frage: Findet man den kompletten und ausführlichen Vertragstext zu den einzelnen DMP mit Anlagen wie bspw. Nachschulungsanträgen im Internet?**

Antwort: Ja, Sie können die Nachschulungsanträge im Internet unter [www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de) in der Rubrik Mitglieder > Qualität > genehmigungspflichtige Leistungen > DMP herunterladen. Den jeweils aktuellen Vertragstext finden Sie unter Mitglieder > Verträge > DMP.

**2. Frage: Ist der Vertrag auch ohne (Re-)Akkreditierung durch das Bundesversicherungsamt (BVA) gültig?**

Antwort: Die Krankenkassen sind verantwortlich für die Einreichung des Programms und der Unterlagen beim BVA zur Zulassung. Eine Reakkreditierung findet nicht mehr statt. Alle Verträge sind entfristet und somit bis unbegrenzt gültig. Gesetzliche Änderungen bzw. bei Anforderung durch das BVA machen jedoch eine zwingende Einreichung der Unterlagen nötig.

**3. Frage: Wo erhalte ich die Teilnahmeerklärung für den Arzt?**

Antwort: Die Vordrucke erhalten Sie von ihrer zuständigen Bezirksgeschäftsstelle. Sie können das Formular aber auch im Internet unter <http://www.kvs-sachsen.de> in der Rubrik Mitglieder > Qualität > Genehmigungspflichtige Leistungen > „D“ herunterladen.

**4. Frage: Ab wann ist der Arzt eingeschrieben?**

Antwort: Die Teilnahme am DMP beginnt vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, welche Sie bitte zeitnah an die KVS-Bezirksgeschäftsstelle senden. Nach Prüfung der Zugangsvoraussetzungen erhalten sie die Besondere Genehmigung von der KVS, die Sie als koordinierender Vertragsarzt bzw. als Arzt für den qualifizierten Versorgungssektor zur Behandlung und Abrechnung des beantragten DMP berechtigt.

**5. Frage: Kann ein in der Praxis angestellter Arzt die Teilnahme beantragen und erhält er dann eine eigene DMP-Genehmigung?**

Antwort: Ja, angestellte Ärzte können und müssen ebenfalls die Teilnahme am DMP beantragen und erhalten auch eine eigene DMP-Genehmigung. Die DMP-Genehmigung ist an die Anstellung des Arztes gebunden. Änderungen im Anstellungsverhältnis sind der KV Sachsen schriftlich mitzuteilen. Bei einem Ende des Anstellungsverhältnisses ruht ggf. die DMP-Teilnahme der Praxis bis zur Neuanstellung eines entsprechend qualifizierten Arztes.

**6. Frage: Können auch ermächtigte Vertragsärzte teilnehmen?**

Antwort: Ja, wenn der vom Zulassungsausschuss festgelegte Ermächtigungsinhalt dem im Rahmen des jeweiligen DMP geforderten Leistungsspektrum entspricht. Die einzelnen DMP-Leistungen müssen im Anschluss durch den Arzt/die Einrichtung separat beim Zulassungsausschuss beantragt werden.



**7. Frage: Wann kann ein Arzt kündigen?**

Antwort: Ein Arzt kann die Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des Quartals kündigen.  
Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

**8. Frage: Kann der Patient selbst kündigen?**

Antwort: Die Teilnahme am Programm kann vom Patienten jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden.

**9. Frage: Wie erhalte ich die Teilnahmeerklärungen für Versicherte?**

Antwort: Diese können Sie hier bestellen:  
*Vordruck Leitverlag GmbH Berlin*  
*Zweigniederlassung Freiberg*  
*Halsbrücker Str. 31b* *Telefon: 0 37 31/3 03-0*  
*09599 Freiberg* *Telefax: 0 37 31/3 03-1 14*

**10. Frage: Bin ich zum Anfertigen von Kopien bzw. Ausdrucken hinsichtlich der Teilnahmeerklärung bzw. der Dokumentationsdaten des Patienten verpflichtet, wenn der Patient dies wünscht?**

Antwort: Ja, der koordinierende Vertragsarzt ist verpflichtet, dem Patienten einen Durchschlag der Teilnahmeerklärung bzw. einen Ausdruck der Dokumentationsdaten auszuhändigen.

**11. Frage: Was passiert, wenn sich ein Patient aus Versehen bei zwei verschiedenen koordinierenden Ärzten eingeschrieben hat?**

Antwort: Die zuständige Krankenkasse wird den Patienten auffordern, sich für einen Arzt zu entscheiden. Die Krankenkasse hat nicht das Recht einen der beiden Ärzte aufzufordern, keine weiteren Dokumentationen anzufertigen. Nach der Entscheidung des Patienten werden die Ärzte entsprechend informiert. Der bisherige Vertragsarzt ist verpflichtet, unter dem Vorbehalt der Einwilligung des Patienten, die vorhandenen Dokumentationen des Versicherten an den neu gewählten Arzt zu übergeben. Der bisherige Vertragsarzt darf dann keine Dokumentationen weiter erstellen oder abrechnen.

**12. Frage: Können auch Kinder in das DMP eingeschrieben werden? Ist die Schulungsfähigkeit der Kinder dann auch über Betreuungspersonen gegeben? Gibt es Ausnahmen?**

Antwort: Ja, im Rahmen des DMP Asthma bronchiale sowie Diabetes mellitus Typ 1 ist eine kontinuierliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch einen Vertragsarzt jeweils gemäß Anlage 2 des Vertrages möglich. Eine Mitschulung von Betreuungspersonen ist im Rahmen der vorgegebenen Schulung sogar erforderlich. Im DMP COPD dürfen sich nur Versicherte einschreiben, welche das 18. Lebensjahr vollendet haben.  
Die DMP sind Selbstmanagementprogramme für Patienten, welche für sich selbst sorgen. Deshalb können keine Heimpatienten eingeschrieben werden, welche fremdversorgt werden.

**13. Frage: In welcher Form kann ich die DMP-Dokumentationen erstellen?**

Antwort: Die Dokumentationen werden ausschließlich auf elektronischem Wege, z.B. aus der Praxis-EDV heraus erstellt. Achten Sie auf eine Zertifizierung der Software von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dies sorgt für eine sinnvolle Vorprüfung der Dokumentationen noch in Ihrer Praxis, was spätere Korrekturen mit dem entsprechenden Aufwand vermeiden hilft.

Als Alternative bietet die DMP-Datenstelle eine kostenfreie Möglichkeit, die Dokumentationsdaten für alle DMP-Patienten zu erfassen und zu versenden (siehe Punkt V). Unter dem Link <https://dmpsysonline.sps-prien.de> kann der Antrag für einen entsprechenden Zugang herunter geladen werden. Das Online-Portal entspricht dem Anforderungskatalog der KBV für Softwarehersteller.

**14. Frage: Was bedeutet die DMP-Fallnummer (z.B. Auf dem Feedbackbericht)?**

Antwort: Die DMP-Software vergibt für jeden Versicherten automatisch eine zufällige DMP-Fallnummer. **Eine DMP-Fallnummer** darf jeweils nur für **einen Patienten** verwendet werden und ist über den **gesamten Behandlungsverlauf in einer Arztpraxis beizubehalten (auch nach Unterbrechungen)**.

Beachten Sie bitte, dass diese Fallnummer Ihren Patienten im Rahmen des DMP charakterisiert. Sie ist also beizubehalten, solange der Patient von Ihnen im DMP betreut wird, auch wenn der Patient die Krankenkasse wechselt oder wenn der Patient auf Verlangen der Krankenkasse aus dem DMP aus- und anschließend wieder eingeschrieben wird.

Mit Einführung des VÄndG und der elektronischen DMP-Dokumentationen erhält die Datenstelle deutlich detailliertere Prüfdaten. Falls zukünftig für ein und denselben Patienten unterschiedliche DMP-Fallnummern verwendet werden, könnten für diese Patienten eventuelle Boni für eine kontinuierliche Betreuung nicht gewährt werden. **Die DMP-Fallnummer ist nicht zu verwechseln mit der Patientennummer, welche ihr Praxisverwaltungssystem ebenfalls für jeden Patienten „anlegt“.** Die DMP Fallnummer finden Sie auf der/ den letzten Seiten des halbjährlichen Arztfeedbackberichtes der Gemeinsamen Einrichtung DMP Sachsen, sofern für diesen Patienten das Ziel nicht erreicht wurde.

**15. Frage: Wie erhalte ich die monatliche DMP-Arztinformation, Korrekturbelege oder Fehlerbriefe von der DMP-Datenstelle, wenn ich meine Betriebsstätte gewechselt habe (BSNR-Wechsel)?**

Antwort: Die DMP-Datenstelle versendet ihre Schreiben mit der Deutschen Post. Damit besteht die Möglichkeit, einen Nachsendeauftrag auf die alte Adresse zu erteilen. Damit erhalten Sie die **DMP-Arztinformationen** für Erst- und Folgedokumentation und können nachprüfen, ob die Datenstelle alle Dokumentationen erhalten hat. Des Weiteren erhält die DMP-Datenstelle wöchentlich ein Verzeichnis mit allen zum DMP berechtigten Ärzten sowie deren Praxisanschrift / Postanschrift von der KV Sachsen. Soweit Sie Ihre neue Adresse bei Ihrer zuständigen BGST geändert haben, erhalten Sie auch zeitnah ihre Post an die neue Anschrift.

**16. Frage: Was passiert, wenn in unserer Gemeinschaftspraxis/BAG versehentlich die Dokumentation mit der LANR/BSNR eines Kollegen versendet wurde?**

Antwort: Die Datenstelle übermittelt der KV Sachsen in regelmäßigen Abständen Fehlermeldungen, die zeigt, dass Ärzte mit ihrer lebenslangen Arztnummer (LANR) DMP-Dokumentationen erstellen, obwohl für sie bisher keine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung dieser Leistung vorliegt. Mit Einführung der LANR sind seit 1. Juli 2008 alle Leistungen arztbezogen zu kennzeichnen. Angestellte Ärzte oder Ärzte aus Gemeinschaftspraxen sind daher angehalten, entsprechende Anträge/Teilnahmeerklärungen für die DMP bei Ihrer Bezirksgeschäftsstelle einzureichen. Häufig kommt es hierbei zu dem Fehler, dass der letzte Behandler automatisch mit seiner LANR/BSNR in den Dokumentationsbogen „eingespeist wird“. Dies sollte Ihr System nicht zulassen, da es sonst unter Umständen mit einer LANR dokumentiert wird, welche ggf. nicht über die Genehmigung verfügt und somit die Dokumentation nicht gültig werden kann. Hier kann es im Nachhinein zu Anträgen auf sachlich rechnerische Richtigstellung durch die betreffenden Kassen kommen.

**17. Frage: Was ist in Bezug auf die Dokumentationsintervalle zu beachten?**

Antwort: Das Untersuchungs- und Dokumentationsdatum ist maßgeblich für die Zuordnung einer Dokumentation zu einem Quartal bzw. Halbjahr. Dies bedeutet, das Dokumentationsdatum muss dem Quartal entsprechen, in welchem die Abrechnungsnummer geltend gemacht wurde.

Sie können ihre Patienten an einem beliebigen Tag im betreffenden Quartal dokumentieren, unabhängig vom zeitlichen Abstand zur vorangegangenen Dokumentation. Wird in einem bereits gültig dokumentierten Quartal eine zweite Dokumentation erstellt, wird diese nicht berücksichtigt und auch nicht vergütet, da es sich um eine sogenannte „Mehrfachdokumentation“ handelt. Diesen Status der Dokumentation können Sie auch ihrer Arztinformation entnehmen.

Generell sind Dokumentationen quartalsweise bzw. halbjährlich zu erstellen, eine Ausnahme gilt für das DMP Brustkrebs (siehe Frage 69).

**18. Frage: Ich habe den Patienten erst im übernächsten Quartal wieder einbestellt und in diesem Zusammenhang die nächste Dokumentation eingeplant. Der Patient spricht nun bereits eher vor (im nächsten Quartal). Kann ich im Rahmen dieser Behandlung eine Dokumentation erstellen?**

Antwort: Ja, im DMP ist es möglich, bei einem Dokumentationsintervall von zwei Quartalen eine so genannte „vorzeitige“ Dokumentation zu erstellen, sofern der Kontakt zwischen Arzt und Patient notwendig geworden ist. Das Einbestellen des Patienten im ursprünglich vorgesehen Quartal ausschließlich zum Zweck der Dokumentation ist nicht notwendig. Im Rahmen der „vorzeitigen“ Dokumentation legt der Arzt das zutreffende Dokumentationsintervall wieder neu fest.

**19. Frage: Wenn für einen Patienten anstatt nach einem halben Jahr erst nach einem  $\frac{3}{4}$  Jahr eine erneute Dokumentation erstellt werden kann (z.B. aufgrund Krankenhausaufenthalt), wird diese Dokumentation gültig und wie dokumentiere ich weiter?**

Antwort: Die neue verspätete Dokumentation wird gültig und ist die neue Basis. Hier kann man entscheiden, ob man auf einen vierteljährlichen Rhythmus umsteigt oder im

halbjährlichen Rhythmus bleibt. Ausgeschrieben wird der Patient erst, wenn **zwei** aufeinander folgende Dokumentationen **fehlen**.

**20. Frage: Ein Patient hat eine turnusmäßige Dokumentation verpasst. Wird er jetzt aus dem DMP ausgeschrieben?**

Antwort: Nein, verpasst der Patient **eine** Dokumentation, bleibt er trotzdem weiterhin im DMP eingeschrieben. Eine kassenseitige Ausschreibung muss nur erfolgen, wenn zwei aufeinander folgende Dokumentationen fehlen. Ausschlaggebend für die Krankenkasse hinsichtlich einer Ausschreibung ist der zuletzt angegebene Turnus in der Dokumentation (quartalsweise/ halbjährlich).

*Beispiele für Ausschreibung aufgrund 2 fehlender Dokumentationen (quartalsweise Dokumentation):*

1. Doku I/2015 plausibel, fristgerecht, vollständig
2. Doku II/2015 plausibel, fristgerecht, vollständig
3. Doku III/2015 **fehlt**
4. Doku IV/2015 **fehlt** IV/2015 → Ausschreibung erfolgt durch die Krankenkasse nach Verfristungstermin am 22.02.2016\* zum Datum der zuletzt gültigen Dokumentation im II. Quartal 2015 (rückwirkend!)

*Beispiele für Ausschreibung aufgrund 2 fehlender Dokumentationen (halbjährliche Dokumentation):*

1. Doku I/2015 plausibel, fristgerecht, vollständig
2. Doku III/2015 plausibel, fristgerecht, vollständig
3. Doku I/2016 **fehlt**
4. Doku III/2016 **fehlt** → Ausschreibung erfolgt nach Verfristungstermin am 21.11.2016\* zum Datum der zuletzt gültigen Dokumentation im III. Quartal 2015 (rückwirkend!)

\* die genauen Verfristungstermine werden jährlich von der Datenstelle veröffentlicht und sind über einem Link zu finden unter <http://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/disease-management-programm/>

**21. Frage: Ein Patient wurde durch die Krankenkasse ausgeschrieben. Muss der Patient bei Neueinschreibung eine Teilnahmeerklärung ausfüllen?**

Antwort: Ja, bei einer Neueinschreibung muss immer – auch wenn der Patient schon einmal an einem DMP teilgenommen hat – die gesamte Einschreibeprozedur durchgeführt werden. Das beinhaltet, neben der neuen Erstdokumentation, das Ausfüllen einer neuen indikationsübergreifenden Teilnahmeerklärung.

**22. Frage: Muss ich bei einem Patienten, der in zwei DMP eingeschrieben ist, immer beide Dokumentationen gleichzeitig erstellen?**

Antwort: Grundsätzlich ist bei gleichem Dokumentationsintervall dazu zu raten, Dokumentationen, die für einen Patienten für zwei oder mehrere DMP erstellt werden, gleichzeitig zu erstellen.  
Möchten Sie dennoch zunächst nur für eine Indikation die Dokumentation erstellen, wählen Sie nur die entsprechende Indikation aus.  
So können Sie bspw. auch für einen Patienten gleichzeitig eine Erstdokumentation für das DMP KHK und eine Folgedokumentation für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 erstellen. → siehe auch Frage 35.

**23. Frage: Die Arztpraxis nimmt an mehreren DMP teil. Können die Dokumentationen gemeinsam an die Datenstelle übermittelt werden?**

Antwort: Ja. Eine gemeinsame Übermittlung aller Daten per E-Mail/KV-connect ist möglich.

**24. Frage: Wer ist für die Inhalte der Dokumentationssoftware verantwortlich?**

Antwort: Die technischen Vorgaben erarbeitet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf Grundlage der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Diese werden anschließend den Softwareherstellern zur Verfügung gestellt. Bei Schnittstellenproblemen kontaktieren Sie daher bitte Ihren Systembetreuer/Anbieter der Software.

Bitte beachten Sie Schreiben Ihres Software-Anbieters insbesondere hinsichtlich notwendiger Updates auch innerhalb des Quartals!

Inhaltliche medizinische Fragestellungen werden vom G-BA erarbeitet und können auch dort nachgefragt oder beanstandet werden.

**25. Frage: Können die Dokumentationsdaten auch direkt an die jeweilige Krankenkasse des Versicherten gemailt werden?**

Antwort: Nein, die Dokumentationsdaten müssen immer an die zuständige Datenstelle (DMP Datenstelle Sachsen in Hallstadt bei Bamberg) gesendet werden. Bitte nutzen Sie hierzu folgende E-Mail-Adresse: **DMP-Sachsen@dmpservices.de** oder versenden Sie diese per KV-connect aus ihrem Praxisverwaltungssystem heraus.

**26. Frage: Welche Sicherheitsvorkehrungen müssen beim Versand beachtet werden?**

Antwort: Die Daten müssen in jedem Fall mit dem KBV-Kryptomodul verschlüsselt sein, welches die von der KBV zertifizierte Software enthält. Dabei sind die aktuellen Sicherheitsempfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu beachten. Ihr Systemverwalter kann Ihnen dabei helfen. Informationen zu Software und Zertifizierung finden Sie unter [www.kbv.de/ita/register\\_N.html](http://www.kbv.de/ita/register_N.html)

**27. Frage: Ich habe die Dokumentationsdaten an die Datenstelle gesandt. Wer ist mein Ansprechpartner und woher weiß ich, dass meine der Datenstelle übermittelten verschlüsselten Daten auch dort angekommen sind?**

Antwort: Ihr Ansprechpartner ist die DMP-Datenstelle, welche unter der Hotline **0951-3 09 39 61** zu erreichen ist. Sie erhalten eine DMP-Arztinformation (einen so genannten Kontosauszug) über alle im Vormonat bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationen. Wurden keine Daten an die Datenstelle gesendet, bleibt die DMP-Arztinformation aus. Dies bedeutet, es wird kein „0“-er-Kontoauszug versandt, da die Datenstelle keine Erinnerungsfunktion für noch ausstehende Dokumentationen übernimmt.

Um evtl. Hindernisse **bei der Übermittlung per E-Mail/KV-connect** schnell zu bemerken ist es hilfreich, die Daten zeitnah – zumindest monatlich - an die Datenstelle zu senden und nicht erst bis zum Quartalsende zu warten! Bei einer **fehlerhaften Übertragung** reicht häufig schon der Neuversand der Daten. Ansonsten nutzen Sie bitte die Fehlerbeschreibung im Anschreiben der Datenstelle und kontaktieren Sie Ihren EDV-Betreuer. Gern unterstützt Sie auch die Datenstelle bei der Klärung eventueller Probleme unter der Hotline **0951-3 09 39 61**.

Nach dem elektronischen Versand erhalten Sie eine automatische Eingangsbestätigung der Datenstelle. Durch diese erhalten Sie aber noch keine Information über die tatsächlich angekommenen Dokumentationen. Hierzu gibt Ihnen die postalisch übersendete DMP-Arztinformation Aufschluss. Bitte gleichen Sie damit Ihre praxiseigene Versandliste mit der DMP-Arztinformation ab und bewahren Sie diese

als eine Art „Kontoauszug“ auch in Hinsicht auf eine etwaige sachlich rechnerische Richtigstellung durch die Krankenkassen auf.

**28. Frage: Ich habe Fragen zum Befüllen der elektronischen Dokumentation. An wen kann ich mich wenden?**

Antwort: Für die elektronische Dokumentation existiert je Indikation eine Ausfüllanleitung mit Hinweisen zum Befüllen der einzelnen Bereiche. Diese finden Sie unter [www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de) Mitglieder > Qualität > genehmigungspflichtige Leistung > DMP ... > Ausfüllanleitung (rechter Rand). Darüber hinaus wurde in die Software eine Plausibilitätsprüfung programmiert, so dass das Programm einige Unstimmigkeiten bereits vorab erkennt. Bestehen weitere Unklarheiten, wenden Sie sich bitte an die KV Sachsen Landesgeschäftsstelle, Abteilung Qualitätssicherung Frau Dähne 0351-82 90673.

**29. Frage: Ich habe Fragen zum Arztfeedback-Bericht. An wen kann ich mich wenden?**

Antwort: Für diese Anfragen verwenden Sie bitte die auf dem Bericht angegebene E-Mail-Adresse ([dmp-bericht@kvsachsen.de](mailto:dmp-bericht@kvsachsen.de)) und schildern kurz Ihr Anliegen. Die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen setzt sich anschließend mit Ihnen in Verbindung.

**30. Frage: Wieso besteht unter Umständen eine Diskrepanz zwischen der Anzahl der angegebenen Dokumentationen auf dem Arztfeedbackbericht und meiner praxiseigenen Anzahl (z.B. Statistik der abgerechneten Abrechnungsziffern)?**

Antwort: In den Arztfeedbackberichten werden nur diejenigen Patienten einbezogen, deren Daten formal korrekt und fristgerecht bei der Datenstelle DMP Sachsen eingegangen sind. Daher werden im Bericht unter Umständen weniger Patienten reportiert, als Sie in Ihrer Praxis betreut und abgerechnet haben.

**31. Frage: Was muss ich ausfüllen, wenn der Patient die Krankenkasse gewechselt hat (Kassenwechsel)?**

Antwort: Sie müssen den Patienten komplett neu einschreiben, d. h. der Patient muss eine Teilnahme- / Einwilligungserklärung unterschreiben und Sie eine neue **Erst**dokumentation erstellen, da jede Krankenkasse ein eigenes DMP-Programm hat. Keine Neueinschreibung ist erforderlich, wenn die Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse fusioniert oder sich nur der Name der Kasse geändert hat.

**32. Frage: Was muss ich ausfüllen, wenn der Patient den koordinierenden Arzt gewechselt hat (Arztwechsel)?**

Antwort: Sie müssen bei einem Arztwechsel für den Patienten lediglich eine Folgedokumentation erstellen. Eine erneute Teilnahme-/Einwilligungserklärung ist nicht notwendig. Der neue Arzt kann sich die Patientenausfertigung der Teilnahmeerklärung vorzeigen lassen. Die Ausstellung der Folgedokumentation muss innerhalb der Fristen des vorherigen Arztes erfolgen, es darf nicht bereits eine zweite Folgedokumentation fehlen.

**Beispiel:** Ein Arztwechsel erfolgte zum 15.07. eines Jahres:

Der bisherige Arzt hat die letzte Folgedokumentation im 1. Quartal erstellt und eine quartalsweise Erstellung angegeben. Für den Patienten muss nun spätestens im 3. Quartal eine Folgedokumentation erstellt werden (das 2. Quartal fehlt – Ausschreibung erfolgt nach zwei fehlenden Dokumentationen). Auskunft über die letzte erstellte Dokumentation und den Dokumentationszeitraum geben die Do-

kumentationen des bisherigen Arztes. Auch die Krankenkassen können dazu befragt werden. Sollte es bereits zu einer Beendigung des DMP gekommen sein, muss eine neue Teilnahmeerklärung und eine Erstdokumentation erstellt werden.

**33. Frage: Ein Patient wurde durch seine Krankenkasse ausgeschrieben. Muss der Patient bei Neueinschreibung eine neue Teilnahmeerklärung ausfüllen?**

Antwort: Ja, bei einer Neueinschreibung muss immer – auch wenn der Patient schon einmal beim gleichen Arzt an dem DMP teilgenommen hat – die gesamte Einschreibeprozedur durchgeführt werden. Das beinhaltet, neben der neuen Erstdokumentation auch das Ausfüllen einer neuen Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung.

**34. Frage: Muss ich unbedingt die Originalformulare für die Teilnahmeerklärung / Einwilligungserklärung nutzen?**

Antwort: Nein, maschinell erzeugte Computerausdrucke (z.B. Blankoformularbedruckung) können seit 01.08.2014 ebenfalls verwendet werden, sofern diese den aktuellen Inhalten der originalen Vordrucke entsprechen sowie originale/n Arztunterschrift und -stempel aufweisen. Bitte achten Sie darauf, dass der Patient sein Exemplar samt Datenschutzinformation erhält (z.B. durch Seiten tackern). Vorzugsweise sollten die Original-Vordrucke Verwendung finden. Hierauf ist die Datenschutzinformation auf der Rückseite zu finden. Ab dem 01.07.2015 gilt nur noch die indikationsübergreifende Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung (außer für DMP Brustkrebs). Bitte kennzeichnen Sie das korrekte DMP/die korrekten DMP auf dem aktuellen Formular. Beachten Sie hierbei, dass die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 nicht nebeneinander angekreuzt werden können. Gleiches gilt für die beiden Indikationen Asthma und COPD.

Ergänzung: Ab dem **01.07.2018** ist nur noch die TE/EWE mit dem Formularschlüssel 070C (alt: 070B) gültig. Grund sind Änderungen der Patienteninformation aufgrund der EU-DSGVO.

**35. Frage: Ich habe Patient X bereits in das DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) eingeschrieben. Aufgrund der Diagnose Asthma bronchiale möchte ich ihn nun noch in das DMP Asthma einschreiben. Welche Abrechnungsnummern setze ich für die Erst- bzw. Folgedokumentation beim DMP Asthma an?**

Antwort: Für das **erste DMP** (in diesem Fall KHK) gelten die Abrechnungsnummern aus dem DMP-Vertrag KHK (99320A bzw. 99320B).

Für das **zweite DMP** (hier: Asthma) gelten die Abrechnungsnummern des Multimorbiditätsvertrages (99351A für die Erstdokumentation bzw. 99351B für die Folgedokumentation).

Für den Fall, dass der Patient zuerst in das DMP Asthma eingeschrieben wurde, gelten die Abrechnungsnummern aus dem Vertrag DMP Asthma (99350A bzw. 99350B) und für das zweite DMP (hier: KHK) die Abrechnungsnummern 99321A bzw. 99321B.

Weitere Konstellationen und Abrechnungsziffern bei anderen DMP-Indikationen sind im Multimorbiditätsvertrag bzw. in den Abrechnungshinweisen der KV Sachsen hinterlegt. Weitere Antworten zur Abrechnung erhalten Sie auch bei Ihrer zuständigen Bezirksgeschäftsstelle, Abteilung Abrechnung.

**36. Frage: Welche Abrechnungsnummern sind bei Patienten abrechenbar, die nicht schulungsfähig sind (z.B. Demenz- und Alzheimer-Patienten)?**

Antwort: Der Arzt muss für jeden Patienten im Einzelfall abwägen, ob eine Einschreibung in das DMP sinnvoll und möglich ist. Dazu gehört auch die Beurteilung der Schu-

lungsfähigkeit. Es sind nur bei den Patienten Leistungen nach dem DMP-Vertrag abrechenbar, die im DMP eingeschrieben sind, Selbstmanagement betreiben können und nicht fremdversorgt werden (DMP=Selbstmanagementprogramm).

**37. Frage: Ersts Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig. Was passiert bei einem Arztwechsel?**

Antwort: Wenn der Patient bereits vor dem Arztwechsel eine entsprechende Schulung erhalten hat, ist eine Abrechnung der gleichen Schulungsleistung durch den „neuen“ Arzt nicht möglich.

Ob der Patient bereits geschult wurde, geht aus den vorhandenen Dokumentationen hervor, die der bisherige koordinierende Arzt dem „neuen“ Arzt zu übergeben hat. Hierzu kann auch die entsprechende Krankenkasse befragt werden. Ein Nachschulungsantrag kann bei vorhandenem Schulungsbedarf dennoch gestellt werden. Anträge auf Nachschulungen werden von der Krankenkasse geprüft, bewilligt oder mit Begründung abgelehnt.

**38. Frage: Wann muss eine Schulungsreihe beendet sein, wie lang ist sie abrechenbar?**

Antwort: Ziel einer Schulung ist den Patienten beizubringen, wie er mit seiner Erkrankung umzugehen hat. Daher ist es notwendig, dass dies zeitnah geschieht. Ersts Schulungen und Nachschulungen sind daher innerhalb eines bestimmten Zeitfensters zu beenden:

| Schulung                           | Ersts Schulung ab erster Einheit | Nachschulung ab Genehmigungsdatum |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Diabetes mellitus Typ 2-Schulungen | 4 Quartale                       | 4 Quartale                        |
| Hypertonieschulung                 | 4 Quartale                       | 4 Quartale                        |
| Diabetes mellitus Typ 1-Schulungen | 4 <i>W o c h e n</i>             | 4 Quartale                        |
| Asthma/COPD-Schulungen             | 12 <i>W o c h e n</i>            | 4 Quartale                        |

Der Schulungsabschluss für eine genehmigte Nachschulung hat jeweils innerhalb von 4 Quartalen, gerechnet ab dem Datum der Genehmigung, zu erfolgen

**39. Frage: Darf für einen Patienten, der in der Hausarzt-Praxis geschult wurde, bei einer späteren Überweisung zur Schwerpunktpraxis (SPP), diese Schulung durch die SPP noch einmal vorgenommen werden?**

Antwort: Nein, eine nochmalige Schulung zum gleichen Inhalt ist nicht abrechnungsfähig. Ein Nachschulungsantrag kann bei vorhandenem Schulungsbedarf dennoch gestellt werden (KV-Homepage Mitglieder > Qualität > genehmigungspflichtige Leistungen > DMP ... )

**40. Frage: Wie dokumentiere ich Schulungen?**

Antwort: In der Erstdokumentation muss angegeben werden, ob der Patient vor Einschreibung schon eine **Schulung wahrgenommen** hat und ob zum aktuellen Zeitpunkt eine **Schulung empfohlen** wird.

*In den Folgedokumentationen werden Angaben zu den Schulungen abgefragt, die sich ausschließlich auf den letzten Dokumentationstermin beziehen:*

Beispiele: **1. Quartal:** Es wird dokumentiert, dass eine Schulung empfohlen wird.  
**2. Quartal:** Der Patient hat aus nachvollziehbaren Gründen keine Möglichkeit gehabt eine Schulung wahrzunehmen (z.B. wegen Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt, private Gründe etc.) In diesem Fall dokumentieren Sie unter dem



Punkt Schulungen diese als „war aktuell nicht möglich“. Wenn Sie zweimal mit „nein“ dokumentieren, kann dies zum Ausschluss des Versicherten führen.

**3. Quartal:** Die Schulung erfolgt und wird mit Schulung wahrgenommen „ja“ dokumentiert.

**4. Quartal:** Die Schulung wurde beendet, nun wird >Schulung empfohlen< mit „keine“ dokumentiert.

Ab der nächsten Dokumentation markieren Sie weiter „keine Schulung empfohlen“.

Sobald innerhalb von 12 Monaten eine empfohlene Schulung zweimal mit „nein“ dokumentiert wurde, muss der Patient aus dem DMP **ausgeschrieben werden!** Die Krankenkassen dürfen Schreibfehler oder andere Gründe nicht anerkennen.

Sofern Nachschulungen notwendig werden, kann dies mit dem entsprechenden Formular beantragt werden (siehe Fragen 42, 43).

**41. Frage: Was muss ich bei Schulungsnachweisen beachten?**

Antwort: Hier ist das aktuelle Musterformular DMP 13 (ab 01.07.2011 im Format A 5) zu verwenden. Neben den Patienten- und Arztdaten (Arztstempel) muss die zu schulende Abrechnungsnummer, die Anzahl der Schulungseinheiten, das Datum des Schulungsbeginns sowie, ob es sich um eine Nachschulung (bereits geschult „ja/nein“) handelt angegeben werden. Zusätzlich muss der Patient seine erhaltene Schulung auf dem Nachweis quittieren. Bitte vermerken Sie auch das Datum der Schulungsbeendigung.

**42. Frage: An wen muss das Antragsformular zu Nachschulungen gerichtet werden? Wohin sollen die Anträge geschickt werden?**

Antwort: Patienten, welche bereits im Rahmen des DMP geschult wurden, können eine Nachschulung erhalten, wenn der Krankheitsverlauf dies erfordert. Die Nachschulungsanträge (zu finden auf der Homepage der KV Sachsen unter: <http://www.kvs-sachsen.de> in der Rubrik Mitglieder/ Qualität / genehmigungspflichtige Leistungen / „DMP“ oder in ihrer Bezirksgeschäftsstelle) werden **an die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung** geschickt. Die Adresse steht auf dem Formular (Bitte mit der Deutschen Post an die Postadresse versenden oder mit anderen Anbietern an die Hausadresse: Schützenhöhe 12, 01099 Dresden). Die Gemeinsame Einrichtung bearbeitet den Antrag in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Krankenkasse. Dies kann seitens der Krankenkasse etwas Zeit in Anspruch nehmen. Bitte beantragen Sie daher die Schulung einige Zeit im Voraus (jedoch maximal drei Monate im Voraus).

**43. Frage: Was gilt als Nachschulung (Berücksichtigung von Schulungen vor DMP-Einschreibung)?**

Antwort: Nachschulungen müssen den Schulungsstand berücksichtigen. Auf dem Formular Muster 13 ist der Schulungsstand (bereits geschult „ja/nein“) zu kennzeichnen. Nachschulungen sind individuell zu begründen und müssen den individuellen Bedarf, gemessen an den Veränderungen des Gesundheitszustandes, wiedergeben.

Beispiel: **Asthma-Nachschulungen** können bei Erwachsenen die bereits 2 Jahre nicht geschult wurden und bei Kindern die mindestens ein halbes Jahr nicht geschult wurden, beantragt werden.

**44. Frage:** Können Versicherte außersächsischer Krankenkassen (z.B. bei AOK PLUS – Vertragsgebiet Thüringen oder AOK Bayern versichert) im Rahmen der sächsischen DMP-Verträge durch sächsische Vertragsärzte behandelt werden?

Antwort: Ja, eine Ausgleichzahlung erfolgt bei der KV Sachsen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ). Jedoch muss die Kasse generell am DMP teilnehmen und der Patient darf ausschließlich von sächsischen Ärzten die DMP-Behandlung erhalten (siehe nächste Frage).

**45. Frage:** Warum ist keine wechselseitige Behandlung bundeslandübergreifend möglich?

Ein in das DMP Sachsen eingeschriebener Patient muss durch sächsische Vertragsärzte behandelt werden, sonst kann der Arzt das DMP nicht abrechnen. Dies begründet sich durch die vertragliche Vereinbarung der abrechnungsfähigen Leistungen, welche je Bundesland spezifisch sind.

Beispiel: Ein in Thüringen in das DMP (Thüringen) eingeschriebener Versicherter kann bei einem sächsischen Arzt im Rahmen DMP (Sachsen) nicht abgerechnet werden (Abrechnungsausschluss) – eine wechselseitige DMP-Behandlung ist damit nicht möglich (siehe auch KVS-Mitteilungen 2/2017).

**46. Frage:** Können auch Hausärzte die Genehmigung zur Durchführung der Hypertensionsschulung erhalten?

Antwort: Ja, sie müssen jedoch die Zugangsvoraussetzungen nach Anlage 13 „Patientenschulung“ erfüllen. Dies prüft die zuständige Bezirksgeschäftsstelle.

**47. Frage:** Warum sind im DMP KHK auch die Diabetesschulungen enthalten?

Antwort: Untersuchungen haben ergeben, dass ca. ein Drittel der KHK-Patienten auch an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind. Deshalb hat es der Gesetzgeber auch für notwendig erachtet, dass die Diabetesschulungen auch im DMP KHK angeboten werden.

**48. Frage:** Darf ich eine Schulung abrechnen, wenn ein Patient im Rahmen des DMP Koronare Herzkrankheit bereits eine Schulung erhalten hat, diese aber im DMP Diabetes mellitus Typ 2 analog angeboten wird?

Antwort: Nein, eine „doppelte“ Schulung ist ausgeschlossen.

**49. Frage:** Muss die Überweisung zu den anderen im Vertrag benannten Ärzten (Augenarzt, Nephrologe, Fußbehandlung) zwingend vom Hausarzt vorgenommen werden oder darf das auch die Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSPP)?

Antwort: Eine Überweisung ist sowohl vom Hausarzt als auch von der DSPP möglich.

**50. Frage:** Muss die Überweisung vom koordinierenden Hausarzt an die Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSPP) speziell gekennzeichnet werden?

Antwort: Ja, die Überweisung ist mindestens mit dem Wort „DMP“ zu kennzeichnen, wenn der Patient vom koordinierenden Hausarzt rechtswirksam ins DMP eingeschrieben wurde. Nur dann besteht für die SPP die Möglichkeit die DMP-spezifischen Abrechnungsnummern abzurechnen.

*Vertragsklarstellung seit 01.07.2014:*

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitionsauftrag/Zielauftrag) zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z. B. einer DMP-Schulung, an andere Leistungserbringer, so haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind.

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten jedoch zur Mit- / Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer oder werden die entsprechenden Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

**51. Frage: Muss der Patient, der nicht im DMP eingeschrieben ist, seine Blutzuckerteststreifen privat kaufen?**

Antwort: Nein. Alle insulinpflichtigen Diabetiker haben bei medizinischer Notwendigkeit bei Beachtung von etwaigen Verordnungsausschlüssen Anspruch auf die Versorgung mit Blutzuckerteststreifen zu Lasten ihrer jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse. Der leistungsrechtliche Anspruch ergibt sich aus § 31 Abs. 1 SGB V.

Nur die am Vertrag teilnehmenden Kinderärzte können für die in das DMP eingeschriebenen Diabetiker mit:

**Diabetes mellitus Typ 2**

- OAD-Therapie bis zu 50 (Nummer 99313X): nur für Patienten mit Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko sowie bei instabiler Stoffwechsellage.

- CT-Insulinierung bis zu 200 (Nummer 99313Y)

- ICT-Insulinierung bis zu 400 (Nummer 99313Z)

**Diabetes mellitus Typ 1**

- Nummer 99343K ICT-Insulinierung für Kinder und Jugendliche bis zu 700

- Nummer 99343Z ICT-Insulinierung für Erwachsene bis zu 550

Blutzuckerteststreifen pro Quartal als Praxisbesonderheit geltend machen. Diese zusätzlichen Verordnungen werden bis zur Höhe der jährlich zu vereinbarenden Preisobergrenze im Rahmen der Richtgrößenprüfung von der Summe der Arzneimittelausgaben der Kinderarztpraxis abgesetzt. Dies gilt nur noch für Kinderärzte.

**52. Frage: Muss ein Patient mit Diabetischem Fußsyndrom ins DMP Diabetes mellitus eingeschrieben werden?**

Antwort: Nein, eine Verpflichtung besteht nicht. Jedoch sollte in Anbetracht der Grunderkrankung eine entsprechende Koordinierung und damit positive Beeinflussung des Diabetes mellitus erfolgen.

**53. Frage: Wie ist die Überweisung zum Augenarzt im Dokumentationsbogen zu kennzeichnen?**

Antwort: Der Patient soll einmal innerhalb von 12-24 Monaten zum Augenarzt. Daher stellen Sie eine Überweisung aus und dokumentieren jeweils bezogen auf das Vorquartal "veranlasst" bzw. in einem Quartal "durchgeführt". Solange nach der Veranlassung keine Augenuntersuchung stattgefunden hat, bleibt „veranlasst“ ange-

kreuzt. Innerhalb von 12 bis 24 Monaten sollte jedoch der Patient beim Augenarzt gewesen sein und somit dokumentieren Sie „durchgeführt“.

Der Vertrag sieht für die Überweisung des Patienten zum Augenarzt einen zusätzlichen **Bonus** neben der Betreuungspauschale vor, wenn im Dokumentationsbogen innerhalb von 24 Monaten (beginnend jeweils zum 1. Juli – ab 2017) einmal dokumentiert wurde: Ophthalmologische Augenuntersuchung „veranlasst“. Hierfür müssen jedoch mind. 90,1% erreicht sein.

Für die Erreichung des bundesweit einheitlichen **QS-Ziels** (mind. 90%) gemäß Dokumentationsbogen ist nicht die „Veranlassung“/Überweisung des Patienten ausschlaggebend, sondern ob die Augenuntersuchung auch tatsächlich „durchgeführt“ wurde (z.B. nachweislich durch Arztbrief, Aussage des Patienten). Ist dies geschehen, sollte einmal in 24 Monaten Behandlungsdauer: Ophthalmologische Augenuntersuchung „durchgeführt“ dokumentiert werden.

**54. Frage: Können neben den Dokumentationen und Schulungen noch andere Leistungen im Rahmen des DMP erbracht und abgerechnet werden?**

Antwort: Zusätzliche Vergütungen werden gemäß § 35 des jeweiligen DMP-Vertrages ausgewiesen. Die aktuelle Version finden Sie auf unserer Homepage unter Mitglieder/ Verträge/ DMP.

**55. Frage: Welche Funktion übernehmen die Krankenkassen beim DMP?**

Antwort: Im Verlauf des DMP übernehmen die Kassen eine Betreuungsfunktion. Die Angebote variieren zwischen den einzelnen Kassen und reichen von der Erinnerung an Behandlungs- und Schulungstermine bis hin zu Beratungs- und Sportangeboten. Viele fördern die Teilnahme am DMP mit unterschiedlichen Prämien- oder Bonusprogrammen. Für den Erhalt von Prämien- oder Bonuszahlungen ist häufig die kontinuierliche Teilnahme am DMP erforderlich, die von der Erstellung der Folgedokumentationen abhängt.  
Jede Krankenkasse hat ihr eigenes DMP und wertet auch die vom Arzt dokumentierten Daten aus.

**56. Frage: Wie lange sollten die DMP-Arztinformationen und die Dokumentationsbögen/-dateien aufbewahrt werden?**

Antwort: Die DMP-Arztinformationen der Datenstelle sollten sechs Jahre aufbewahrt werden. Die Dokumentationsbögen/-dateien der Patienten sind zehn Jahre aufzubewahren.

**57. Frage: Welche Auskunft erhält man im Mitgliederportal der KV Sachsen?**

Antwort: Im Mitgliederportal kann der Arzt oder sein medizinisches Personal recherchieren, ob der Patient im DMP eingeschrieben ist ([aktuell nur für Versicherte der AOK Plus und Knappschaft – Stand: Januar 2019](#)). Mit Hilfe der Nummer der eGKV-Karte sowie der entsprechenden Indikation kann recherchiert werden. Der Arzt kann nur die Indikationen einsehen, für die er auch selbst eine DMP-Genehmigung besitzt.

Bitte berücksichtigen Sie, dass die DMP-Auskunft eine Stichtagsaussage beinhaltet und dennoch eine sachlich-rechnerische-Richtigstellung damit nicht ausgeschlossen werden kann. Siehe hier auch Frage 59.

**58. Frage: Wie erhält man den Zugang zum Mitgliederportal der KV Sachsen?**

Antwort:

Voraussetzung für einen Zugang (Passwort) zum Mitgliederportal ist zunächst ein Online-Anschluss sowie KV-SafeNet. Mittels KV-SafeNet wird ein geschützter, vom Internet getrennter „Tunnel“ aufgebaut, der eine datenschutzgerechte Anbindung der Praxis ermöglicht. Das KV-SafeNet wird von Providern bereitgestellt, die durch die KBV zertifiziert sind.

Informationen dazu auf unserer Homepage unter:

**Aktuell > Online Initiative > Online Abrechnung**

**59. Frage: Wie aktuell ist die DMP-Auskunft im Mitgliederportal?**

Antwort:

Das Teilnehmergeverzeichnis wird **einmal im Quartal** eingespielt. Dies geschieht jeweils am 20. Tag des Quartals, es ist damit nur *stichtagsbezogen*.

Wird in der Abfrage DMP-Auskunft angegeben, dass der Teilnahmebeginn z.B. der 11.12.2014 ist und das Teilnahmeende ist „offen“, dann heißt das, der Patient nimmt zum *Abfragestichtag* am DMP teil. D.h. nicht, dass er auch am Abfragezeitpunkt noch daran teilnimmt.

Die Teilnahme eines Versicherten am DMP kann aus verschiedenen Gründen enden, z.B. weil der Patient die Kasse wechselt und somit neu eingeschrieben werden muss. Oder der Patient erscheint nicht mehr in der Praxis und wird **nach der zweiten fehlenden Folgedokumentation rückwirkend zur zuletzt gültigen Dokumentation ausgeschrieben**. Dies bemerkt die Kasse erst zu einem späteren Zeitpunkt → Zeitlich bedeutet das bei einem Quartalszyklus:

- Folgedokumentation am 11.12.2014 (**IV/2014**)
- Folgedokumentation fehlend (**I/2015**)
- Folgedokumentation fehlend (**II/2015**)
- Kasse schreibt den Patienten nach dem 52. Tag im III. Quartal aus dem DMP zum Datum 11.12.2014 aus
- Dokumentation **ab III/2015** → jetzt muss neu eingeschrieben werden mittels Erstdokumentation und Teilnahmeerklärung
- diese Information der DMP-Beendigung steht erstmals im Mitgliederportal mit der Datenlieferung im **IV. Quartal 2015** (ab dem 20. Oktober 2015) zur Verfügung.

Weitere Gründe können auch Verfristung, Unvollständigkeit der Dokumentationen oder Unplausibilitäten sein. Bei den beiden zuletzt genannten Gründen setzt sich die DMP-Datenstelle mit der Arztpraxis in Verbindung, um eine Korrektur vorzunehmen.

Im Übrigen bieten manche Praxisverwaltungssysteme ihren Anwendern einen zusätzlichen Service: Das System erstellt Listen der **DMP-Patienten**, denen eine Ausschreibung droht oder zu unvollständigen Dokumentationen. Ebenso erfolgt ein Abgleich, ob die Dokumentationsnummer in der Abrechnung angegeben wurde. Für diesbezügliche Zusatzmodule wenden Sie sich bitte direkt an den Administrator ihres Praxisverwaltungssystems.

**60. Frage: Wann ist ein Patient rechtswirksam im DMP eingeschrieben?**

Antwort: Der koordinierende Arzt muss für eine sichere Einschreibung folgende Dokumente fristgerecht an die DMP-Datenstelle übermitteln:

1. Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) mit Unterschrift des Patienten
2. Erstdokumentation (vollständig, plausibel, fristgerecht) und
3. Folgedokumentationen (vollständig, plausibel, fristgerecht) zur Aufrechterhaltung der Einschreibung.

Der koordinierende Arzt kann in seiner Praxis diese drei Aspekte nachvollziehen. Er erhält sowohl von der DMP-Datenstelle (Arztinformation zum Status der eingereichten Dokumentationen) als auch von den entsprechenden Krankenkassen eine Information (Brief bezüglich eingeschriebener Patienten), vorausgesetzt die TE/EWE und die Erstdokumentation liegen der Krankenkasse vor. Fehlt eines der beiden letzteren Dokumente, meldet sich die Kasse ebenfalls zwecks Nachreichung.

**61. Frage: Wie erfolgt die Abrechnung von Versicherten bei Sonderkostenträgern, z.B. der Heilfürsorge der Bundespolizei?**

Für bei Sonderkostenträgern versicherte Patienten ist eine Einschreibung ins DMP nicht möglich - die Abrechnungsnummern der Erst- u. Folgedokumentation sind somit nicht abrechenbar. Alle weiteren Leistungen (z.B. Schulungen) können abgerechnet werden. Bitte erstellen Sie für diesen Personenkreis keine Dokumentation.

**62. Frage: Was wurde in der Dokumentation zum 1. Juli 2015 vom G-BA im Diabetes mellitus und KHK angepasst?**

Antwort: Die Anpassung betrifft beispielsweise die Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate (eGFR) anstatt des Kreatininwertes, die Dokumentation zur Medikation (TAH oder orale Antikoagulation) aber auch Angaben zu stationären oder ambulanten Versorgung sowie die Angabe zur Augenuntersuchung wurden angepasst. Die Veröffentlichung dazu finden Sie auf unserer Homepage unter: Mitglieder/DMP/ „Änderungen eDokumentation DM u. KHK 1. Juli 2015“.

Seit 01.04.18: Wegfall des Modul HI im DMP KHK – bitte beachten Sie die gültigen Diagnosen, um am DMP KHK teilnehmen zu können (KVSM 2/2010).

**63. Frage: Wie ist die eGFR zu dokumentieren?**

Antwort: Seit 1.7.2015 ist mindestens einmal jährlich die eGFR (erwartete glomeruläre Filtrationsrate) als Maß für die Nierenfunktion anstatt des Kreatininwertes zu dokumentieren. Es handelt sich um ein Pflichtfeld, in das ein Wert zwischen 0-200 (in ml/min/ 1.73m<sup>2</sup>) oder "nicht bestimmt" eingetragen werden kann. Beim Nierenwert werden alle Dokumentationen der letzten 12 Monate betrachtet, somit besteht die Möglichkeit einmal innerhalb von vier Quartalsdokumentationen bzw. Halbjahresdokumentationen eine numerische Angabe zu machen, wodurch das Ziel erfüllt ist

Einige Labore geben als Analyseergebnis z.B. „>60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>“ aus. Manche Labore verzichten auf genaue Ergebnisangaben bei „>80 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>“. Dieses Sonderzeichen kann in dem vorgesehenen Feld nicht eingetragen werden. Wir empfehlen daher bis auf weiteres, in diesen Fällen z.B. für Werte „>60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>“ den Wert "61" zu dokumentieren.

Die Art und Weise der Ergebnisdarstellung ist eine Entscheidung des jeweiligen Labors.

**64. Frage: Im DMP existierte bis 31.03.2018 das Modul Herzinsuffizienz (HI) – Was bedeutet es für die Dokumentation (koordinierender Arzt) und die Abrechnung (Facharzt)?**

Antwort: Die Diagnose "Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium II bis IV" wird durch einen Arzt des fachärztlichen Versorgungssektors festgestellt, als gesichert codiert und abgerechnet (99320D). Anschließend erfolgt die Kommunikation an den koordinierenden Vertragsarzt, welcher die Teilnahme des eingeschriebenen Versicherten am Modul HI spätestens im Folgedokumentationszeitraum sicherzustellen hat (unter Angabe der Diagnosen). Die Kennzeichnung erfolgt ebenfalls im Dokumentationsbogen („Moduleteilnahme Chronische Herzinsuffizienz“ -> „Ja“), sofern der Patient seine Bereitschaft dazu erklärt. Nimmt der Patient bereits am Modul HI teil, so ist dies jeweils auf der Überweisung zum Facharzt anzugeben.

Neu ab 01.04.2018:

Das Modul HI wurde zum 01.04.2018 aus dem DMP KHK-Verträgen herausgelöst und wird voraussichtlich als eigenständiges DMP etabliert. Eine Einschreibung parallel in beide DMP's schließt sich zukünftig aus.

**65. Frage: Wodurch erreicht man einen hohen Anteil an Patienten mit Trombozytenaggregationshemmern (TAH) ohne Kontraindikation bzw. oralen Antikoagulantien ?**

Der TAH-Anteil wird nur bei dokumentierter Makroangiopathie ausgewertet – Dafür zugrunde gelegt werden alle dokumentierten Patienten (gekreuzte Begleit- u. Folgeerkrankungen) mit Angabe AVK, KHK oder Schlaganfall, Herzinfarkt oder Amputation und ohne die Kennzeichnung Kontraindikation oder orale Antikoagulation.

**66. Frage: Inwieweit sind oder werden subcutane Antidiabetika im Dokumentationsbogen berücksichtigt?**

Leider werden diese Präparate noch nicht in den Dokumentationen berücksichtigt. Die Anfrage zur Aufnahme beim Gemeinsamen Bundesausschuss läuft. Wir haben aber noch keine Information, wann es eingearbeitet sein wird.

**67. Frage: Meine Patientin wünscht weitergehende Informationen zum DMP Brustkrebs. Wo kann sie diese erhalten?**

Antwort: Die Patientin sollte sich hierfür direkt an ihre Krankenkasse wenden.

**68. Frage: Die verhält es sich mit der Veranlassung zur Mammographie als Leistung im DMP Brustkrebs?**

Antwort: Die Versorgungsinhalte des DMP Brustkrebs (Anlage 5 des DMP-Vertrages 2018) sehen vor, dass bei Brustkrebspatientinnen im Regelfall einmal jährlich eine Mammographie erfolgen soll. In bestimmten Fällen können auch häufigere Kontrollen erforderlich werden. Der koordinierende Vertragsarzt veranlasst die Leistung als Auftragsleistung (kurative Mammographie).

**69. Frage: Welche Dokumentation erstelle ich im DMP Brustkrebs?**

Ab dem 01.10.2018 wird regulär bei Neueinschreibung eine Erstdokumentation und anschließend alle zwei Quartale eine Folgedokumentation erstellt. Seit Oktober 2017 wurde die Teilnahmedauer von 5 Jahren Rezidivfreiheit nach abgeschlossener Primärtherapie auf 10 Jahre nach Sicherung des Primärtumors bzw. Rezidivs erweitert.

Die Mindestintervalle der eDokumentationen sind in den ersten 5 Jahren wie bisher jedes zweite Quartal, ab dem Jahr 6 nach Primärtumor/Fernmetastasen jedes 4. Quartal; bei Rezidiven/ Fernmetastasen ist jedoch erneut jedes 2. Quartal zu dokumentieren.

**70. Frage: Welche Tabakentwöhnungsprogramme kann ich meinen Patienten im DMP COPD empfehlen?**

Antwort: Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten. Folgend Programme stehen zur Verfügung, wobei nicht alle Programme von jeder Krankenkasse angeboten werden:

- **Rauchfrei-Programm** (IFT-Institut München) -> [www.rauchfrei-programm.de](http://www.rauchfrei-programm.de)
- **Nichtraucher in sechs Wochen** -> [www.anbieter-raucherberatung.de/nichtraucher-in-6-wochen.php](http://www.anbieter-raucherberatung.de/nichtraucher-in-6-wochen.php)
- **Mein Nichtraucherprogramm** (BdP-Bundesverband der Pneumologen in Deutschland) -> [www.pneumologenverband.de/386.html](http://www.pneumologenverband.de/386.html)
- **Strukturierte Tabakentwöhnung** (Berufsverband der Pneumologen in Sachsen) - ATEMM-Studie und TAMIMA-MA Programm -> [www.pneumologeninsachsen.de/tabak/](http://www.pneumologeninsachsen.de/tabak/)

Die Empfehlung zum Tabakverzicht ist im DMP-Dokumentationsbogen zu festzuhalten und wird im Arztfeedbackbericht ausgewertet.

**71. Frage: Welche Diagnosen sind entsprechen dem Vertrag DMP KHK zulässig?**

Eine Einschreibung in das DMP KHK ist nur für folgende Diagnosen zulässig:

- I20.- Angina pectoris
- I21.- Akuter Myokardinfarkt
- I22.- Rezidivierender Myokardinfarkt
- I23.- Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt
- I24.- Sonstige akute ischämische Herzkrankheit
- I25.- Chronische ischämische Herzkrankheit
- Z95.1 Vorhandensein eines aortenkoronaren Bypasses
- Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik

Für Fragen steht Ihnen auch Ihre Bezirksgeschäftsstelle, Abteilung Qualitätssicherung zur Verfügung.