



Disease Management Programme (DMP)

für BKK-Versicherte im Saarland

Arztmanual -
Gemeinsamer Wegweiser
durch die strukturierten Behandlungsprogramme

Schriftliches Informations- und Schulungsmaterial für Ärzte

Organisatorisch-administrativer Rahmen für die Durchführung

1. Ziel des Wegweisers
2. Zur Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen
3. Einige wichtige Aspekte vorab
4. Der Programmstart mit Eingangsuntersuchung und Einschreibung
5. Was zum Programmstart noch wichtig ist
6. Wie es nach der Einschreibung weitergeht
7. Was Sie sonst noch wissen sollten
8. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für eine künftige Neuauflage dieser Information?
9. Adressen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Organisatorisch-administrativer Rahmen für die Durchführung

1. Ziel des Wegweisers

Ergänzend zu den medizinischen indikationsspezifischen Inhalten der DMP möchten wir Ihnen mit diesem schriftlichen Informations- und Schulungsmaterial weitere Informationen geben, damit die strukturierten Behandlungsprogramme erfolgreich umgesetzt werden können.

Weitere wichtige Informationen zur Umsetzung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme

2. Zur Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen

Die Grundlagen für die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, auch Disease-Management-Programme (DMP) genannt, wurden mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) geschaffen. Das Gesetz trat am 1. Januar 2002 in Kraft.

Nach zahlreichen Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) wurde die gesamte Regelungskompetenz für DMP im Jahre 2012 dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugesprochen (siehe § 137f Abs. 1 SGB V). Seitdem legt der G-BA die Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen in Richtlinien fest (siehe § 137f Abs. 2 SGB V).

Für folgende Erkrankungen wurden DMP eingeführt:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Diabetes mellitus Typ 1
- Koronare Herzkrankheit (KHK) inklusive dem Modul „Chronische Herzinsuffizienz“
- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Brustkrebs

Die Behandlung bei DMP erfolgt nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Grundlage allen therapeutischen Handelns sind die evidenzbasierten medizinischen Programmgrundlagen, die Fachleute entwickelt haben. Da sich die medizinischen Erkenntnisse ständig weiterentwickeln, werden die Programmgrundlagen regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Zur Durchführung der Programme auf regionaler Ebene wurden zwischen den Betriebskrankenkassen bzw. dem BKK Landesverband, der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, einzelnen Krankenhäusern und einigen Rehabilitationseinrichtungen im Saarland DMP-Verträge geschlossen.

Weitere Informationen zu den DMP erhalten Sie auch auf der Internetseite: www.bundesversicherungsamt.de

3. Einige wichtige Aspekte vorab

Wie strukturierte Behandlungsprogramme zugelassen werden: Die Akkreditierung

Krankenkassen bzw. deren Verbände müssen beim Bundesversicherungsamt für ein Behandlungsprogramm eine Zulassung beantragen. Eine Zulassung erteilt das Bundesversicherungsamt nur, wenn die Programme die vorgegebenen Anforderungen erfüllen und wenn die Verträge zur Durchführung der Programme vorliegen.

Zulassung muss von der Krankenkasse beantragt werden.

Dazu müssen das Programm selbst sowie die zur Durchführung geschlossenen Verträge von den Krankenkassen bzw. deren Verbänden beim Bundesversicherungsamt eingereicht werden.

Das Bundesversicherungsamt prüft die eingereichten Unterlagen und erteilt - vorausgesetzt, die Anforderungen sind erfüllt - eine unbefristete Zulassung. Die Zulassung kann ggf. mit Auflagen versehen werden. Erfüllt das strukturierte Behandlungsprogramm die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr, kann die Zulassung wieder entzogen werden.

Kosten der Programme und Freiwilligkeit der Teilnahme

Die mit Einführung und Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme verbundenen Kosten werden - wie alle anderen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch - aus dem allgemeinen Beitragsaufkommen finanziert. Ein gesonderter Kostenbeitrag eingeschriebener Patienten wird nicht erhoben.

Teilnahme am Programm ist kostenlos und freiwillig

Die Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Patienten freiwillig. Eine Nichtteilnahme ist mit keinerlei Konsequenzen verbunden, etwa bei Leistungsansprüchen oder in der Beratung durch die Servicemitarbeiter der Krankenkassen. Auch die Beitragszahlungen der Mitglieder ändern sich dadurch nicht.

Jederzeitiges Ausscheiden möglich

Bereits eingeschriebene Patienten können jederzeit aus dem Programm durch Widerruf oder Kündigung ihrer Teilnahme wieder austreten. Eine einfache Mitteilung des Patienten gegenüber seiner Krankenkasse ist dafür ausreichend.

Austritt aus dem Programm jederzeit möglich

4. Der Programmstart mit Eingangsuntersuchung und Einschreibung

Um am Programm teilnehmen zu können, müssen sich die Patienten in das Programm einschreiben.

Ihre Patienten müssen sich einschreiben

Voraussetzungen für die Einschreibung

Zur Einschreibung sind erforderlich:

1. die schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten;
2. die schriftliche Einwilligung des Versicherten, dass die von Ihnen zu dokumentierenden Informationen für genau beschriebene Zwecke genutzt werden dürfen;
3. die schriftliche Diagnosebestätigung durch Sie;
4. das Vorliegen der vollständig und plausibel erstellten sowie fristgerecht übermittelten Erstdokumentation in elektronischer Form.

Ansprache von Versicherten/Ihren Patienten

Die Krankenkassen haben ihre für ein Programm infrage kommenden Versicherten über das jeweilige neue Behandlungsangebot in der Regel bereits informiert.

Krankenkassen haben ihre Versicherten in der Regel schon informiert

Diese Information ist hauptsächlich über Materialien erfolgt, in denen die Ziele und die medizinischen Inhalte der Programme in leicht verständlicher Form aufbereitet sind.

Es kann also sein, dass Ihre Patienten Sie gezielt aufsuchen und nach dem jeweiligen Programm fragen.

Aber nicht alle Krankenkassen haben vorab informiert, bzw. es wurde - wie z.B. aus naheliegenden Gründen bei der Erkrankung Brustkrebs - teilweise auch generell darauf verzichtet, betroffene Versicherte anzuschreiben und zu informieren. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass die Informationen nicht alle Patienten erreicht haben.

Daher die Bitte an Sie:

Sprechen Sie auch selbst Patienten an, die nach Ihrer Einschätzung die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und von dem Programm profitieren können.

Bitte sprechen Sie Patienten eigeninitiativ auf eine mögliche Programmteilnahme an

Worüber Sie die Patienten vor der Eingangsuntersuchung noch aufklären sollten

Je nach Informationsstand Ihrer Patienten sollte noch einmal eine kurze Aufklärung über die Inhalte und Ziele des Programms, die Ausrichtung der Behandlung am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Datenerhebung sowie über die Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer erfolgen.

Aufklärung der Patienten über die Programmbestandteile

Eine für Ihren Patienten verständliche Aufklärung zu diesen Punkten könnte sich z.B. an folgenden Inhalten orientieren:

Ziele des Programms

Die Vermeidung von Symptomen der Erkrankungen, eine möglichst

Verringerung der Mortalität, von Folgeer-

hohe Lebensqualität, die Verhinderung von Komplikationen und Folgeerkrankungen sowie auch die Senkung der Mortalität, sofern möglich, sind übergeordnete Programmziele. Zu den Zielen gehört auch, Symptome, aber auch unerwünschte Nebenwirkungen der Behandlung zu vermeiden bzw. zu verringern.

krankungen und Komplikationen und Symptomen der Erkrankung sowie mehr Lebensqualität sind Ziele

Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft

Grundlage allen therapeutischen Handelns sind die evidenzbasierten medizinischen Programmgrundlagen, die Fachleute entwickelt haben. Sie spiegeln den aktuellen Stand der Wissenschaft wider. Diese medizinischen Grundlagen sind nach systematischer Recherche nationaler und internationaler Untersuchungen von Experten nach den Kriterien evidenzbasierter Medizin bewertet und es wurde geprüft, ob Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen belegt sind. Da sich die medizinischen Erkenntnisse ständig weiterentwickeln, werden die Programmgrundlagen regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert. An den Programmen teilnehmende Ärzte verpflichten sich, nach diesen Grundlagen zu handeln.

Evidenzbasierte Programmgrundlagen

Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Fachleute

Die Programme fördern die Zusammenarbeit aller Experten. Ihre Patienten sollten wissen, dass Sie bei der Behandlung mit weiteren Spezialisten zusammenarbeiten werden. Es ist genau festgelegt, in welchen Situationen Überweisungen an diese Spezialisten erfolgen sollten.

Kooperation und Abstimmung festgelegt

Eingangsuntersuchung: Diagnosesicherung und Vereinbarung von Therapiezielen

Eine Einschreibung ist grundsätzlich nur möglich, wenn eine ärztliche Bestätigung vorliegt,

- dass die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme gegeben sind (Diagnosesicherung, genau beschrieben und übersichtlich dargestellt in den indikationsspezifischen Broschüren);
- dass der Patient zur aktiven Mitwirkung an der Umsetzung der Programminhalte bereit ist;
- dass der Patient mit Blick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Diagnosesicherung und Eingangsuntersuchung stehen am Anfang

Ferner muss für die Einschreibung eine Reihe von Parametern dokumentiert werden, die in differenzierter Form Aufschluss über den Krankheitszustand Ihres Patienten geben.

Zu den zu dokumentierenden Parametern gehören schließlich noch die Therapieziele, auf die Sie sich im Ergebnis des Erstgesprächs mit Ihrem Patienten verständigen konnten.

Der Einschreibung geht damit eine Eingangsuntersuchung voraus, in deren Verlauf auch die individuellen Therapieziele abgestimmt werden.

Die für die Einschreibung erforderliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die schriftliche Diagnosebestätigung erfolgen auf dem Einschreibeformular (TE/EWE).

Die Erklärungen Ihres Patienten sowie das Ergebnis der Diagnose-sicherung sind auf der TE/EWE zusammengefasst.

*Diagnosebestätigung
und Erklärungen des
Versicherten erfolgen
auf der TE/EWE*

Für jede Indikation gibt es ein eigenes Formular.

Aufbau der TE/EWE

Die TE/EWE besteht aus mehreren Abschnitten. Die Kenntnis und das Einverständnis der darin beschriebenen Inhalte bestätigt der Versicherte durch seine Unterschrift.

- Abschnitt 1 führt die Bedingungen der Teilnahme des Versicherten auf.
- Abschnitt 2 informiert den Versicherten über die Erhebung von Daten sowie die entsprechenden Datenflüsse.

Beide Teile unterschreibt er gemeinsam unter Angabe des Datums. Er erklärt damit seine Teilnahme und dass ihm die textlich aufgeführten Bedingungen der Teilnahme bekannt sind. Ferner stimmt er der Nutzung seiner Daten in der beschriebenen Form für die ebenfalls aufgeführten Zwecke zu.

- Der letzte Abschnitt ist vom Arzt auszufüllen. Dabei bestätigen Sie entsprechend den Ergebnissen Ihrer Eingangsuntersuchung und unter Angabe des Datums mit Ihrer Unterschrift, dass
 - die medizinischen Voraussetzungen (gesicherte Diagnose) für eine Einschreibung gegeben sind;
 - seitens des Patienten eine grundsätzliche Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen (außer beim DMP Brustkrebs) besteht;
 - der Patient mit Blick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Was bei der TE/EWE zu beachten und wohin sie zu versenden ist

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- Der oben links befindliche „Kasten“ mit den Angaben zur Person, zur Krankenkasse usw. wird - wie bei allen anderen Mustervordrucken auch - durch Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gefüllt.
- **Alle** anderen auszufüllenden Felder müssen **vollständig** ausgefüllt sein, die Datumsangaben müssen lesbar sein. Eine Einschreibung kann die Krankenkasse nur vornehmen, wenn alle vorgesehenen Angaben und Unterschriften des Patienten und des behandelnden, einschreibenden Arztes erfolgt sind!

*Einschreibung ist nur
möglich, wenn alle
geforderten Angaben
vollständig erfolgt sind*

- Um Ihnen die Abwicklung der Einschreibung zu erleichtern, haben die Betriebskrankenkassen eine Datenstelle für DMP (DMP-Datenstelle in Trier) eingerichtet, an die die TE/EWE im Original zu senden ist. Die Adresse finden Sie auf der letzten Seite (Kapitel 9).
- Ein Durchschlag bzw. Ausdruck des Originals ist für Ihre Unterlagen und ein Durchschlag bzw. Ausdruck für den Patienten bestimmt.

Wie Sie die TE/EWE erhalten

Formulare werden Ihnen zugestellt

Die TE/EWE werden Ihnen von Ihrer KV bereitgestellt. Zudem können Sie die Formulare i.d.R. über Ihre PVS ausdrucken.

Einschreibeformulare halten auch die Krankenkassen für ihre Versicherten bereit. In Einzelfällen kann es also auch sein, dass die Versicherten bei ihrem nächsten Arztbesuch bereits eine TE/EWE mitbringen.

Weiterhin für die Einschreibung erforderlich: Die Erstdokumentation

Die Umsetzung bzw. die Durchführung der Versorgung entsprechen den Maßgaben des Programms. Diese Maßnahmen basieren im Wesentlichen auf den Informationen zum Behandlungsverlauf, welche durch rechtliche Anforderungen bestimmt sind.

Einschreibekriterien und Behandlungsverlauf müssen dokumentiert werden

Diese Informationen sind erstmals im Zusammenhang mit der Erstuntersuchung zu erheben (Erstdokumentation), danach in einem regelmäßigen Turnus (Folgedokumentation).

Erst- und Folgedokumentationen sind elektronisch zu erstellen und fristgerecht an die DMP- Datenstelle zu übermitteln.

Wofür die Daten genutzt werden

Entsprechend den rechtlichen Anforderungen sind die Informationen für folgende Zwecke zu erheben und auszuwerten:

- *Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten*
Die Krankenkassen sollen ihre Versicherten auf der Basis der zu dokumentierenden Informationen bei der Durchführung des Programms unterstützen, z.B. dadurch, dass die eingeschriebenen Versicherten an die Einhaltung von vereinbarten Folgeterminen erinnert werden (siehe dazu auch Kapitel 6).
- *Qualitätssicherungsmaßnahmen für Ärzte*
Auf der Basis der erhobenen Daten werden Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgesehen. Diese können z.B. in Form von Feedback-Berichten erfolgen. Diese Verfahren sollen Aufschluss darüber geben, inwieweit die vertraglich vereinbarten Qualitätsziele erreicht und bei Bedarf verbesserungsfähig sind. Weitere geeignete Verfahren können Qualitätszirkel oder auch Informationen in Form schriftlicher Berichte sein. Die konkrete Ausgestal-

tung ist in dem Vertrag geregelt, an dem Sie teilnehmen (siehe dazu auch Kapitel 6).

- *Evaluation des Erfolges der Programmdurchführung*
Schließlich wird vorgesehen, dass die Daten in der oben beschriebenen pseudonymisierten Form auch dazu genutzt werden, die Programme auf ihren Erfolg hin durch unabhängige Sachverständige zu untersuchen (siehe dazu auch Kapitel 7).

Bitte beachten Sie folgende Punkte:

- Alle auszufüllenden Felder müssen vollständig erstellt und fristgerecht übermittelt sein. Bitte beachten Sie hierzu auch die gesonderte Ausfüllanleitung. Eine Einschreibung kann die Krankenkasse nur vornehmen, wenn alle vorgesehenen Angaben erfolgt sind!
- Ihr Patient erhält einen Ausdruck der Dokumentationsdaten.
- Die Daten übermitteln Sie innerhalb von 5 Arbeitstagen online an die DMP-Datenstelle Trier.

Die Erstdokumentation muss vollständig erstellt sein

Zum Abgleich der von Ihnen übermittelten Dokumentationen erhalten Sie von der DMP-Datenstelle eine Quartalsübersicht.

Einschreibung durch die Krankenkasse

Liegen alle für die Einschreibung maßgeblichen Informationen vor und sind alle Voraussetzungen erfüllt, werden Ihre Patienten bei der Krankenkasse als „Teilnehmer“ registriert (Einschreibung).

Einschreibung erfolgt durch die Kasse

Information des Versicherten und des (Koordinations-) Arztes

Erfolgreich eingeschriebene Patienten erhalten eine Teilnahmebestätigung von der Krankenkasse, aus der hervorgeht, dass der Patient in das jeweilige DMP eingeschrieben ist.

Patient erhält Teilnahmebestätigung

Von einigen Krankenkassen erhalten eingeschriebene Patienten mit der Teilnahmebestätigung weitere informative und unterstützende Materialien (z. B. Patientenpässe, Patiententagebücher, tiefer gehende medizinische Informationen zur Behandlung im Rahmen des Programms).

Damit auch Sie wissen, dass Ihr Patient bei seiner Krankenkasse erfolgreich eingeschrieben ist, werden Sie von der Krankenkasse darüber informiert.

Auch Sie werden über die Einschreibung Ihres Patienten informiert.

Der Programmstart im Überblick

Ihre Aufgaben

Ansprache des Patienten und Durchführung der Eingangsuntersuchung/ Diagnosesicherung und Dokumentation



Erhebung aktueller Befunde und ggf. Laborparameter und Dokumentation



Aufstellung Behandlungsplan (inkl. Terminabsprachen und ggf. Überweisungen) und Dokumentation



Vereinbarung von Therapiezielen, ggf. von Schulungen und Dokumentation

Zusendung der TE/EWE in Papierform (im Original) und die elektronisch erstellte Erstdokumentation an die DMP-Datenstelle Trier

Aufgaben der Krankenkasse

Vorinformation des Versicherten

Registrierung (Einschreibung)



Versendung Teilnahmebestätigungen an Versicherten und Arzt

5. Was zum Programmstart noch wichtig ist

Mitwirkungspflichten der Patienten: Teilnahme an Patientenschulungen, Einhaltung vereinbarter Folgetermine

Der aktiven Mitwirkung des Patienten wird großes Gewicht beigegeben. Vorgabe ist deshalb auch, dass Patienten von der weiteren Teilnahme am Programm ausgeschlossen werden müssen, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten zwei empfohlene Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen haben. Ein Ausschluss muss auch erfolgen, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen fehlen. Dazu müssen Patienten natürlich die vereinbarten Termine einhalten.

Teilnehmer verpflichten sich zur Mitwirkung, versäumte Termine und Schulungen führen ggf. zum Programmausschluss

Aufgaben des (Koordinations-) Arztes

Der von dem Patienten gewählte (Koordinations-) Arzt ist immer der erste Ansprechpartner und quasi der „Lotse“ durch das Programm.

„Lotse“ der Patienten durch das Programm

Das beginnt mit der Einschreibung. Der Arzt sichert die Diagnose, prüft, ob der Patient von einer Teilnahme profitiert, führt die Eingangsuntersuchung durch und erstellt die Erstdokumentation.

Für den weiteren Verlauf der Behandlung setzt der (Koordinations-) Arzt gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele fest. Anschließend begleitet er den Patienten langfristig und kontinuierlich durch das Programm und dokumentiert die Behandlung (Folgedokumentation).

Wer welche Daten erhält

Es ist genau festgelegt, wer wann welche der von Ihnen dokumentierten Daten in welcher Form erhält:

Datenzugang vertragsabhängig

- Einen Durchschlag bzw. einen Ausdruck der TE/EWE, auf dem alle von Ihnen dokumentierten Informationen sowie Ihre Unterschrift erkennbar sind, erhalten jeweils Sie und Ihr Patient.
- Die Daten gehen an die DMP-Datenstelle in Trier. Von dort erfolgt die Verteilung, die im Vertrag im Detail geregelt ist.
- Die von Ihnen dokumentierten Informationen müssen weiterhin für die Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten des Behandlungsprogramms durch einen unabhängigen Sachverständigen (Evaluation, siehe unten, Kapitel 7) bereitgestellt werden.

Bevor die Daten an die unabhängigen Sachverständigen weitergegeben werden, müssen sie pseudonymisiert werden. D.h., Namen und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, die Informationen einer Person zuzuordnen, werden durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert. Es können dann keine Rückschlüsse mehr auf Sie oder auf einzelne Patienten gezogen werden.

Datenzugang für die Evaluation nur in pseudonymer Form

Datenschutz

Für das Programm und alle dokumentierten Informationen gelten die gleichen strengen Datenschutzbestimmungen wie sonst auch. Es müssen außerdem noch folgende zusätzliche Anforderungen erfüllt werden:

Strenge Datenschutzbestimmungen

- Der Patient willigt einmalig mit seiner Unterschrift auf der TE/EWE in die Erhebung, Nutzung, Verarbeitung und Weiterleitung seiner Daten ein. Er ist im weiteren Verlauf schriftlich über die übermittelten Daten zu informieren (z.B. Durchschlag, Ausdruck).
- Alle Personen, die mit diesen Informationen etwas zu tun haben (insbesondere Mitarbeiter der Krankenkassen, sonstige beauftragte Personen), müssen zu den einzuhaltenden datenschutzrechtlichen Sicherheitsvorkehrungen gesondert geschult sein.
- Die dokumentierten und gespeicherten Daten werden nach Ablauf einer Frist von 15 Jahren gelöscht.

Patient ist schriftlich über Dokumentation zu informieren.

Zugang zu den Daten haben nur besonders geschulte Personen

Daten werden nach Ablauf einer festgelegten Frist gelöscht

Daher die Bitte an Sie:

Klären Sie Ihren Patienten darüber auf, dass die Erhebung und Nutzung der Daten unter Wahrung der strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgt.

Bitte informieren Sie Ihren Patienten über die Einhaltung des Datenschutzes.

Weisen Sie ihn außerdem auf den besonderen Datenschutz hin, insbesondere darauf, dass innerhalb der Krankenkasse nur bestimmte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den versichertenbezogenen Daten haben.

6. Wie es nach der Einschreibung weitergeht

Aufgaben des (Koordinations-) Arztes

Einhaltung der Programmgrundlagen in der Behandlung und Kontinuität des Behandlungsverlaufs

Dem (Koordinations-)Arzt kommt die Aufgabe zu, sicherzustellen, dass die Behandlung kontinuierlich erfolgt und sich dabei an den medizinischen Vorgaben orientiert.

Sicherung der Kontinuität und Einhaltung der Programmgrundlagen

- Wichtiger Teil dabei ist die Überprüfung und ggf. Veränderung der gemeinsam mit der Patientin abgestimmten Therapieziele.
- Dazu gehören die Wiedereinbestellung von Patienten zu Wiederholungsuntersuchungen und die Einleitung weiterer Therapiemaßnahmen (selbst oder in Absprache mit weiteren Fachleuten).
- Weiterhin gehört dazu die Abstimmung der weiteren Behandlung mit allen anderen in die Behandlung einbezogenen Ärzten

(niedergelassene Kollegen, Krankenhausärzte, Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen) und nichtärztlichen Therapeuten und Beratern.

Schließlich ist darauf zu achten, dass der Patient Untersuchungstermine einhält und ggf. an den Patientenschulungen wie vereinbart teilnimmt.

Folgedokumentationen

Die Folgedokumentation und die dafür notwendigen Untersuchungen sind nach den rechtlichen Vorgaben zu erstellen. Entsprechende Informationen enthalten die indikationsspezifischen medizinischen Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme.

Folgedokumentationen quartalsweise oder jedes zweite Quartal

Beachten Sie auch hier wieder bitte die folgenden Punkte:

- Den vollständigen Datensatz der Folgedokumentation senden Sie bitte online an die DMP-Datenstelle Trier, Postfach 4240, 54232 Trier.
- Ihr Patient erhält einen Ausdruck der erstellten Folgedokumentationen.

Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen

Der Vertrag, an dem Sie teilnehmen, beinhaltet Regelungen zur krankheitsspezifischen Fortbildung.

Vertrag regelt Fortbildungsverpflichtungen

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem Vertrag selbst bzw. entsprechenden Informationen der Vertragspartner.

Unterstützung der Kontinuität des Behandlungsverlaufs durch die Krankenkasse

Den Krankenkassen ist die Aufgabe übertragen worden, die Programmdurchführung durch geeignete Maßnahmen zu unterstützen. In der Regel setzen die Krankenkassen hier Erinnerungssysteme ein, die eingeschriebene Versicherte ggf. an die Einhaltung vereinbarter Folgetermine erinnern.

Kassen geben Erinnerungshilfen

Verschiedene Krankenkassen halten weitere Unterstützungen als Programmleistungen für ihre Versicherten vor, so z.B. Programmmaterialien, Beratungsleistungen etc. Welche Maßnahmen in welchen Fällen im Einzelnen zum Einsatz kommen, kann dabei von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich sein. Weitergehende Informationen dazu können Ihnen die jeweiligen Krankenkassen selbst geben.

Qualitätssicherungsmaßnahmen für Ärzte

Programmbestandteil ist weiterhin, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen für die ärztliche Behandlung erfolgen, die Ihnen eine regelmäßige Selbstkontrolle ermöglichen. Dies können z.B. Feedback-Berichte oder Qualitätszirkel sein. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem für Sie gültigen Vertrag bzw.

Ärztliche Qualitätssicherung ist wesentlicher Programmbestandteil

entsprechenden Informationen der Vertragspartner.

7. Was Sie sonst noch wissen sollten

Was zu tun ist, wenn ein bereits eingeschriebener Patient Sie als neuen (Koordinations-) Arzt wählen möchte oder der Patient seine Krankenkasse wechselt.

Wählt Sie ein bereits bei seiner Krankenkasse eingeschriebener Patient als neuen (Koordinations-)Arzt, erfährt dies die Krankenkasse, indem Sie die nächste turnusmäßige Folgedokumentation erstellen.

Wechsel des (Koordinations-)Arztes ist unkompliziert möglich. Bei Kassenwechsel: Neueinschreibung

Bei einem Kassenwechsel muss eine Neueinschreibung mit TE/EWE und Erstdokumentation erfolgen.

Idealerweise sollten die bisherigen Patientenunterlagen von der Vorgängerpraxis angefordert werden.

Aktualisierungen des Programms

Der Gemeinsame Bundesausschuss (Kapitel 2) hat weiterhin den Auftrag, die medizinischen Vorgaben regelmäßig zu überprüfen.

Regelmäßige Überprüfung der medizinischen Programminhalte

Sind beispielsweise aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Behandlung Änderungen dieser Vorgaben angezeigt, erfolgt eine Anpassung des strukturierten Behandlungsprogramms.

Über solche Änderungen werden Sie die Partner des Vertrages, an dem Sie teilnehmen, rechtzeitig informieren.

Evaluation

Jedes strukturierte Behandlungsprogramm muss hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Kosten durch einen externen Sachverständigen bewertet (evaluiert) werden. Die Berichte sind zu veröffentlichen.

Externe Sachverständige bewerten Wirksamkeit und Kosten

Die Evaluation wird durch die Krankenkassen beauftragt, die auch für die Kosten der Evaluation aufzukommen haben.

8. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für eine künftige Neuauflage dieser Information?

Wenn Sie uns Verbesserungsideen für diese Informations- und Schulungsbroschüre mitteilen wollen, so schicken Sie diese an:

Datenstelle für
Disease-Management-Programme Trier
Postfach 4240
54232 Trier

oder rufen an unter: 0651-17 03 90
oder senden eine Mail an: info@datenstelle-trier.de

9. Adressen

An folgende Adresse senden Sie bitte die Teilnahme- und Einwilligungserklärung in Papierform:

Datenstelle für
Disease-Management-Programme Trier
Postfach 4240
54232 Trier