

# Arzt-Manual

Eine Arbeitshilfe für Ihre tägliche Arbeit  
in der Praxis mit

## Strukturierten Behandlungsprogrammen



### Allgemeiner diagnoseunabhängiger Teil

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Fr. Scherbath	☎ 0391 627 – 6236
Fr. Rasin	☎ 0391 627 – 6247
Fr. Hahne	☎ 0391 627 – 7414
Fr. Kröber	☎ 0391 627 - 8436

## Inhaltsverzeichnis

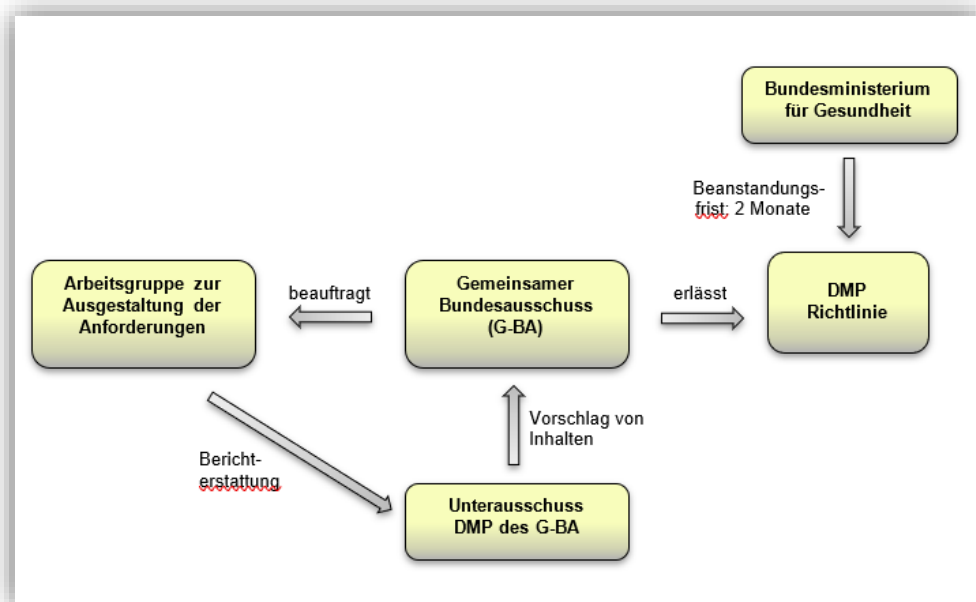
	<b>Seite</b>
<b>1. Was sind strukturierte Behandlungsprogramme?</b>	<b>3</b>
1.1 Politische Grundlagen	3
1.2 Ziele	4
1.3 Stand der Verträge	4
1.4 Neue DMP-Programme	4
<b>2. Grundsätzliches zur Teilnahme</b>	<b>5</b>
<b>3. Versorgungsebenen</b>	<b>6</b>
3.1 Ambulante Versorgungsebene	6
3.1.1 Koordinierender Arzt	7
3.1.2 Spezialisierte Versorgungsebene	7
3.2 Eingebundene stationäre Einrichtungen	8
<b>4. Teilnahme der Versicherten</b>	<b>8</b>
4.1 Einschreibung	8
4.2 Beendigung	11
4.3 Besonderheiten der Einschreibungen	11
<b>5. Grundsätzliche Regelungen zur Dokumentation</b>	<b>12</b>
5.1 Leitfaden zur Dokumentation	12
5.2 Dokumentationsintervall	12
5.3 Fristen zur Dokumentationsübermittlung	12
5.4 Elektronische Datenübermittlung von der Arztpraxis zur Datenstelle	13
5.4.1 Standardverfahren	13
5.4.2 Online Erfassung	13
5.4.3 Aufgaben der Datenstelle	14
5.4.4 Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation	14
5.4.5 Verarbeitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung	15
<b>6. Patientenschulungen</b>	<b>16</b>
6.1 Schulungsberechtigung des Arztes	16
6.2 Schulungsprogramme	16
6.3 Wiederholungsschulungen	17
6.4 Vergütung der Schulungsleistungen	18
<b>7. Qualitätssicherung</b>	<b>18</b>
7.1 Qualitätszirkel	19
7.2 Feedbackberichte	19
<b>8. Vergütung</b>	<b>19</b>
<b>9. Wichtigste Daten auf einen Blick</b>	<b>20</b>
<b>Anhang</b>	
Anhang 1	Abrechnungsziffern aller Leistungen strukturierter Behandlungsprogramme
Anhang 2	Abrechnungsziffern der Schulungsprogramme

## 1. Was sind strukturierte Behandlungsprogramme?

### 1.1 Politische Grundlagen

Die Grundlagen für die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, auch Disease-Management-Programme genannt, wurden mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) geschaffen. Es erfolgte die morbiditätsorientierte Anpassung des RSA. Dieser berücksichtigt neben den bisherigen Kriterien (Alter, Geschlecht usw.) auch die Diagnosen der Versicherten. Seit dem Jahr 2002 sind damit die rechtlichen Grundlagen dafür gegeben, dass gesetzliche Krankenversicherungen strukturierte Behandlungsprogramme anbieten und Sie als Arzt eingeschriebene Versicherte entsprechend den vertraglich geregelten Inhalten behandeln können.

Durch die stetige Forschung und Innovation der Medizin, hat das Wissen in der heutigen Zeit lediglich eine kurze Halbwertszeit. Der Gesetzgeber hat bei der Formulierung der Anforderungen an die Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme diesen Umstand bedacht und einen regelmäßigen Aktualisierungsprozess insbesondere der medizinischen Versorgungsinhalte vorgesehen.



Grundlage der Verträge zu den strukturierten Behandlungsprogrammen ist neben der RSAV auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (DMP-A-RL) in der jeweils gültigen Fassung.

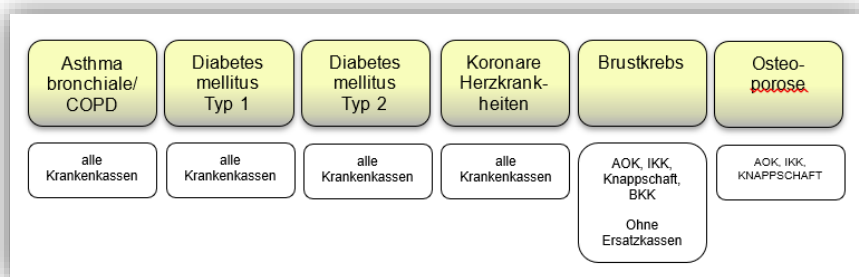
Die vollständige DMP-Richtlinie finden Sie auf den Seiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/>.

## 1.2 Ziele

Die Entwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme soll einen geeigneten Weg schaffen, um die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der neuen medizinischen Versorgung v. a. chronisch Kranker noch weiter zu verbessern. Es wurden die Grundlagen dafür geschaffen, um die sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten zu organisieren.

## 1.3 Stand der Verträge

Es bestehen derzeit Verträge im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) für die Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme zu folgenden Krankheitsdiagnosen:



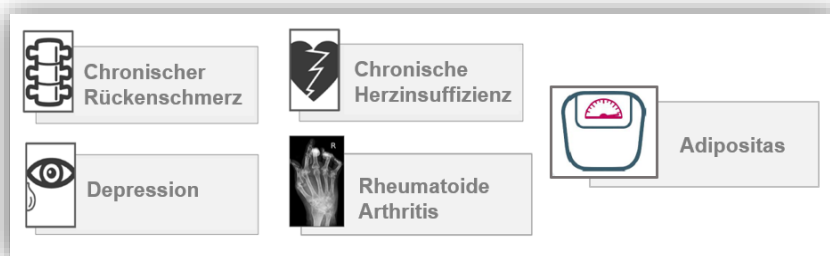
Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), ehemals die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), ist in Sachsen-Anhalt ebenfalls an den strukturierten Behandlungsprogrammen **Diabetes mellitus Typ 1**, **Diabetes mellitus Typ 2**, **Koronare Herzkrankheiten** und **Asthma/COPD** beteiligt.

Hier gelten folgende Besonderheiten:

- es sind **keine Erst- und Folgedokumentationen** zu erstellen, stattdessen können „Versorgungspauschalen“ abgerechnet werden
- Diabetologen können **Betreuungspauschalen** abrechnen
- Fachärzte können **Prädiagnostik** und **Diagnostik- und Therapiekomplex** abrechnen
- DMP-Schulungsleistungen können erbracht und abgerechnet werden

## 1.4. Zukünftige neue DMP – Programme

Durch den G-BA wurden neue Richtlinien für weitere zukünftige DMP verabschiedet. Für folgende Diagnosen wurden die medizinischen Versorgungsinhalte festgelegt:



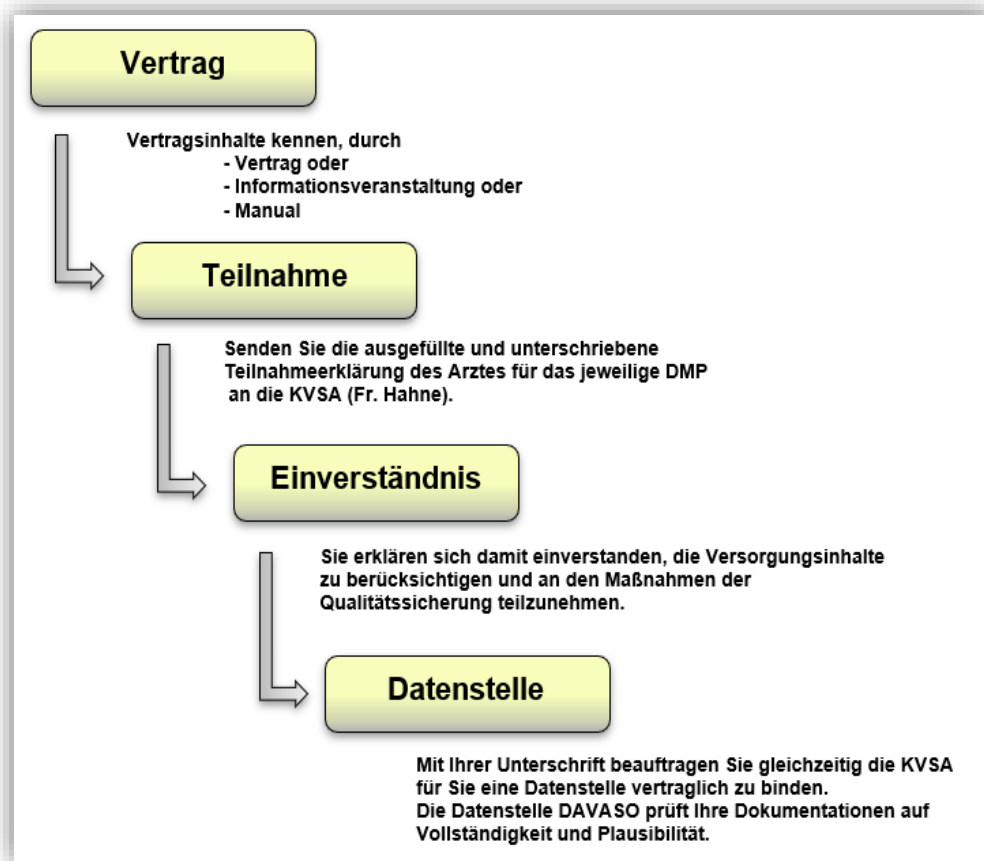
Die landes- als auch bundesspezifische Entwicklung zur Umsetzung dieser Diagnosen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme ist noch nicht abgeschlossen, so dass **der Arzt noch nicht teilnehmen kann und auch noch keine Patienten eingeschrieben werden können.**

## 2. Grundsätzliches zur Teilnahme

Die Teilnahme der Ärzte an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist freiwillig.

Die genaueren Teilnahmevoraussetzungen können Sie dem Punkt 3 dieses Manuals entnehmen.

Für die Teilnahme als Arzt durchlaufen Sie folgende Schritte:



Als koordinierender Arzt (§ 3 Arzt) erstellen Sie für die Einschreibung von Versicherten eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TEEWE) sowie eine Erstdokumentation (ED). Im weiteren Verlauf der Programmteilnahme des Versicherten erstellen Sie ausschließlich Folgedokumentationen (FD). Diese Unterlagen werden an die Datenstelle weitergeleitet.

Für Behandlung und Betreuung der eingeschriebenen Versicherten und für die vollständige und fristgerechte Dokumentation, erhalten Sie eine extrabudgetäre Vergütung.

### 3. Versorgungsebenen

Die Behandlung der Patienten im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen soll eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Betreuung über die gesamte Versorgungskette gewährleisten.

#### 3.1 Ambulante Versorgungsebene

Als behandelnder Arzt bestehen für Sie verschiedene Möglichkeiten zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm:

- Koordinierender Arzt (§ 3 Arzt)
- Spezialisierte Versorgungsebene (§ 4 Arzt)

Teilnahmeberechtigt sind Sie als koordinierender Arzt oder Facharzt, wenn Sie die jeweiligen Voraussetzungen der je nach Vertrag geforderten Strukturqualität erfüllen. Die genaueren Voraussetzungen für die Strukturqualität des koordinierenden Vertragsarztes entnehmen Sie bitte den jeweiligen Anlagen zu den Verträgen strukturierter Behandlungsprogramme. Die Strukturqualität muss mit der Erklärung der Teilnahme nachgewiesen werden.

Die nach den Verträgen geforderte Strukturqualität muss gemeinsam mit dem anstellenden Arzt bzw. MVZ gegenüber der KVSA nachgewiesen werden. Der angestellte Arzt muss die persönlichen Voraussetzungen im Rahmen der Strukturqualität erfüllen; die Betriebsstätte weist die räumlichen und apparativen Voraussetzungen nach. Die Genehmigung zur Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm wird dem anstellenden Arzt oder dem MVZ erteilt.

Welche Möglichkeiten Sie als Arzt zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen haben, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen:

DMP	Möglichkeiten zur Teilnahme als behandelnder Arzt	
<b>Diabetes mellitus Typ 1</b>	Koordinierender Arzt (in der Regel diabetologisch spezialisierter Arzt, Ausnahme: Hausarzt in Zusammenarbeit mit diabetologisch spezialisiertem Arzt)	oder Diabetologisch verantwortlicher Arzt
<b>Diabetes mellitus Typ 2</b>	Koordinierender Arzt (in der Regel Hausarzt)	oder Diabetologisch verantwortlicher Arzt
<b>Koronare Herzkrankheiten</b>	Koordinierender Arzt (in der Regel Hausarzt)	Facharzt für Innere Medizin/ Kardiologie <b>oder</b> Facharzt für Innere Medizin (mit Genehmigung zur Erbringung Belastungs-EKG <b>und/oder</b> Doppler-Echokardiographie)
<b>Asthma/ COPD</b>	Koordinierender Arzt (in der Regel Hausarzt)	Pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt (Facharzt für Innere Medizin, Pneumologe, Allergologe)
<b>Osteoporose</b>	Koordinierender Arzt (in der Regel Hausarzt)	oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

### 3.1.1 Koordinierender Arzt

In der Regel sollte der Hausarzt des Versicherten die Koordination und Dokumentation im strukturierten Behandlungsprogramm durchführen.

In Ausnahmefällen kann die Dokumentation auch durch einen Facharzt erfolgen, z.B., wenn bereits vor der Einschreibung des Versicherten eine dauerhafte Betreuung durch den Facharzt bestand oder der Versicherte keinen festen Hausarzt besitzt.

Zu den Aufgaben des teilnehmenden Arztes gehören insbesondere:

- Die **Koordination der Behandlung der Versicherten**, insbesondere die Beteiligung anderer Leistungserbringer, sofern notwendig (z.B. Überweisung an stationäre Versorger oder Rehabilitationseinrichtungen), je nach geregelten Versorgungsinhalten des Programms.
- **Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten**, sowie die Erhebung und Weiterleitung der Erst- und Folgedokumentation, d.h., vor allem die Dokumentation der Kernparameter des Krankheitsbildes und des Behandlungsverlaufs.
- **Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen** (nach § 137f Abs. 2 Satz 2 SGB V) im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (z.B. Einhaltung der Anforderungen an die Strukturqualität, Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation, Teilnahme an Schulungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen).
- **Durchführung von Schulungen**, soweit eine Schulungsberechtigung gegenüber der KVSA nachgewiesen ist.
- **Durchführung ordnungsgemäßer und vollständiger Dokumentation** (Erst- und Folgedokumentation) und Weiterleitung an die Datenstelle.

Sollten Sie nicht mehr teilnehmen wollen, muss die Beendigung der Teilnahme des Arztes am Programm schriftlich gegenüber der KVSA erfolgen. Die Erklärungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.

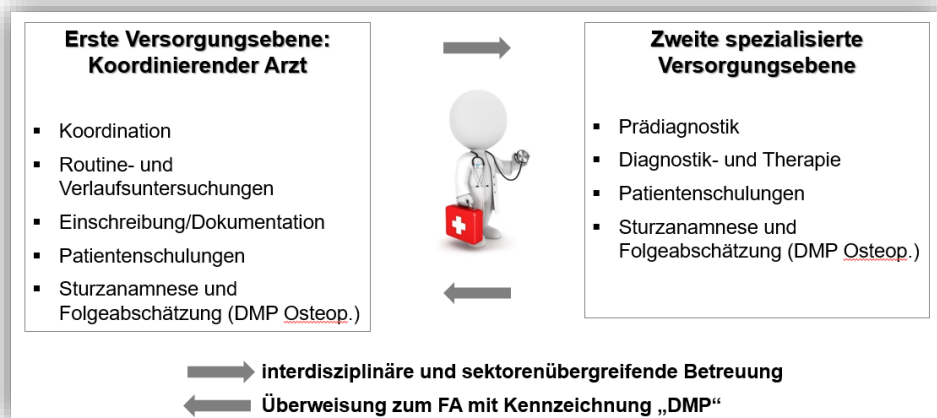
### 3.1.2 Spezialisierte Versorgungsebene

Im Zuge der Versorgung der am Programm teilnehmenden Versicherten, kann eine Behandlung im Bereich der spezialisierten Versorgungsebene notwendig sein. Bei entsprechender Indikation ist eine Einweisung zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus bzw. eine Rehabilitationseinrichtung oder die Überweisung an einen Facharzt möglich.

Die Behandlung des Patienten erfolgt nach den der Diagnose entsprechend geregelten Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln. Der koordinierende Arzt entscheidet über die Notwendigkeit einer Einweisung/Überweisung.

Zu den Aufgaben der spezialisierten Versorgungsebene gehören insbesondere:

- Mit- und Weiterbehandlung des Patienten
- Beachtung der Kooperations- und Versorgungsregeln
- Übermittlung therapierelevanter Informationen an den koordinierenden Arzt
- Durchführung von Patientenschulungen
- Behandlung und Betreuung
- Prädiagnostik, Diagnostik- und Therapiekomplex
- Rücküberweisung an den koordinierenden Arzt



### 3.2 Eingebundene stationäre Einrichtungen

Für den Fall einer notwendigen stationären Versorgung oder notwendiger Maßnahmen für die medizinische Rehabilitation von Versicherten – je nach Krankheitsdiagnose – sind Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen durch die Krankenkassen vertraglich in die strukturierte Versorgung eingebunden.

Die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen erfüllen die Anforderungen an die Strukturqualität „Strukturqualität Krankenhaus/Rehabilitationseinrichtung“ und sind verpflichtet den Patienten nach den medizinischen Vorgaben zu behandeln.

## 4. Teilnahme der Versicherten

Grundsätzlich können Patienten mit gesicherter Krankheitsdiagnose in alle strukturierten Behandlungsprogramme eingeschrieben werden, wenn ihre Krankenkasse entsprechende Verträge mit der KVSA vereinbart hat. Dabei gelten folgende Besonderheiten:

- Die Teilnahme am Programm ist für Versicherte möglich, deren betreuender Arzt seine **Niederlassung im Bereich der KVSA** hat. Der Wohnort des Patienten spielt keine Rolle bei der Einschreibung.
- Die Teilnahme eines Patienten an strukturierten Behandlungsprogrammen ist **freiwillig und grundsätzlich kostenfrei**.

### 4.1 Einschreibung

Sie können bei einem Praxisbesuch Ihres Patienten oder aufgrund Ihrer Patientenakten überprüfen, ob Ihr Patient die Ein- oder Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Programm erfüllt.

Grundsätzliche Einschreibekriterien eines Patienten sind:

- die **Sicherung der Krankheitsdiagnose** oder eine bereits vorliegende Therapie,
- die grundsätzliche Bereitschaft zur **aktiven Mitwirkung** und Teilnahme an Schulungen und
- die zu erwartende **Verbesserung der Lebensqualität** und Lebenserwartung durch die intensive Betreuung.



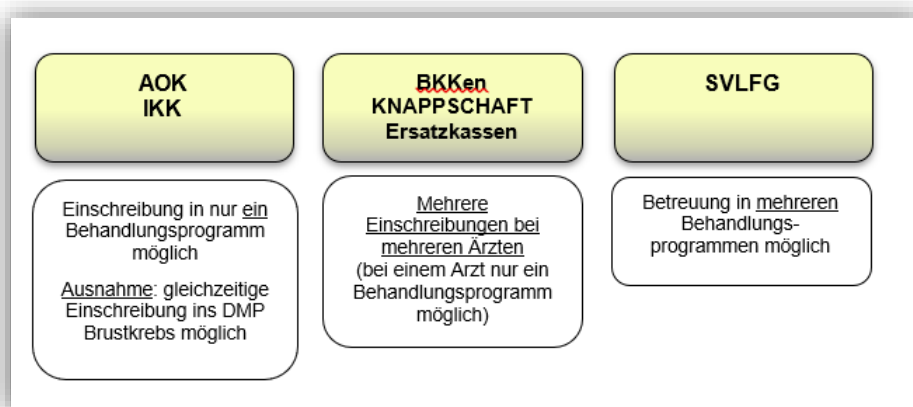


Das Programm soll die Lebensqualität chronisch Kranker verbessern. Um dies zu erreichen, ist die **aktive Mitwirkung des Patienten** notwendig. Dies beinhaltet u.a. die Umsetzung der ärztlichen Anweisungen (nach den Versorgungsrichtlinien je nach Diagnose), die Umstellung der Lebensgewohnheiten im Sinne einer Reduzierung von Risikoverhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, kalorienreiches Essen, etc.) und die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten (z.B. Ernährungskontrolle, Bewegung, Stressbewältigung).

Der teilnehmende Versicherte ist verpflichtet, die ihm von seinem koordinierenden Arzt **empfohlenen Schulungen** (je nach Diagnose) zu besuchen. Er erhält u.a. Informationen zu medizinischen Grundlagen seiner Erkrankung, Risikofaktoren und Umgang mit Arzneimitteln. Ziel soll es sein, das Patientenbewusstsein für den Umgang mit chronischen Erkrankungen zu stärken.

Die Mitwirkung des Versicherten setzt somit eine **gute Patienten-Compliance** voraus. Auf der Grundlage eines guten Arzt-Patienten-Verhältnisses sollte der Patient die Termine für vereinbarte Folgeuntersuchen (Erstellung der Folgedokumentation) einhalten. Dies ermöglicht es dem Arzt im Nachhinein den Verlauf der Behandlung zu verfolgen und Behandlungserfolge transparent zu machen.

An wie vielen strukturierten Behandlungsprogrammen kann der Patient teilnehmen, wenn die entsprechenden Diagnosen vorliegen?



Mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TEEWE) erklärt der Patient, dass er durch den behandelnden Arzt umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen aufgeklärt wurde. Der Verlauf der Behandlung zu verfolgen und Behandlungserfolge transparent zu machen.

**Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes**

Name, Vorname/Verhörer:  ge. in

Krankenkasse:

070E.d Krankenhaushaus-IK

Diabetes mellitus Typ 1  Koronare Herzkrankheit  Asthma  Brustkrebs  Depression  Rheumatoide Arthritis  
oder  Diabetes mellitus Typ 2  Herzinsuffizienz  COPD  Bluthochdruck  Porphyrie

**1. Teilnahmeerklärung:**  
Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebenen Diagnosen bestätige. Ich habe die ausrichtende Arzt wählte, ich habe die ausführlichen schriftlichen Informationen gelesen und verstehe die Inhalte. Ich bestätige die Teilnahme an dem Programm und meine Einwilligung zur Teilnahme. Ich bestätige die Teilnahme an dem Programm und meine Einwilligung zur Teilnahme. Ich bestätige die Teilnahme an dem Programm und meine Einwilligung zur Teilnahme.

**2. Einwilligung zur Teilnahme:**  
Ich bestätige die Teilnahme an dem Programm und meine Einwilligung zur Teilnahme. Ich bestätige die Teilnahme an dem Programm und meine Einwilligung zur Teilnahme. Ich bestätige die Teilnahme an dem Programm und meine Einwilligung zur Teilnahme.

Bitte das heutige Datum eintragen:

von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenschwester/Krankenhausarzt ausstellen  
Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherung/den vorgenannten Versicherten (Diagnose(n)) entsprechende medizinische Aufklärungsmaßnahmen sichergestellt sind und die indikationspezifischen Entscheidungskriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen:

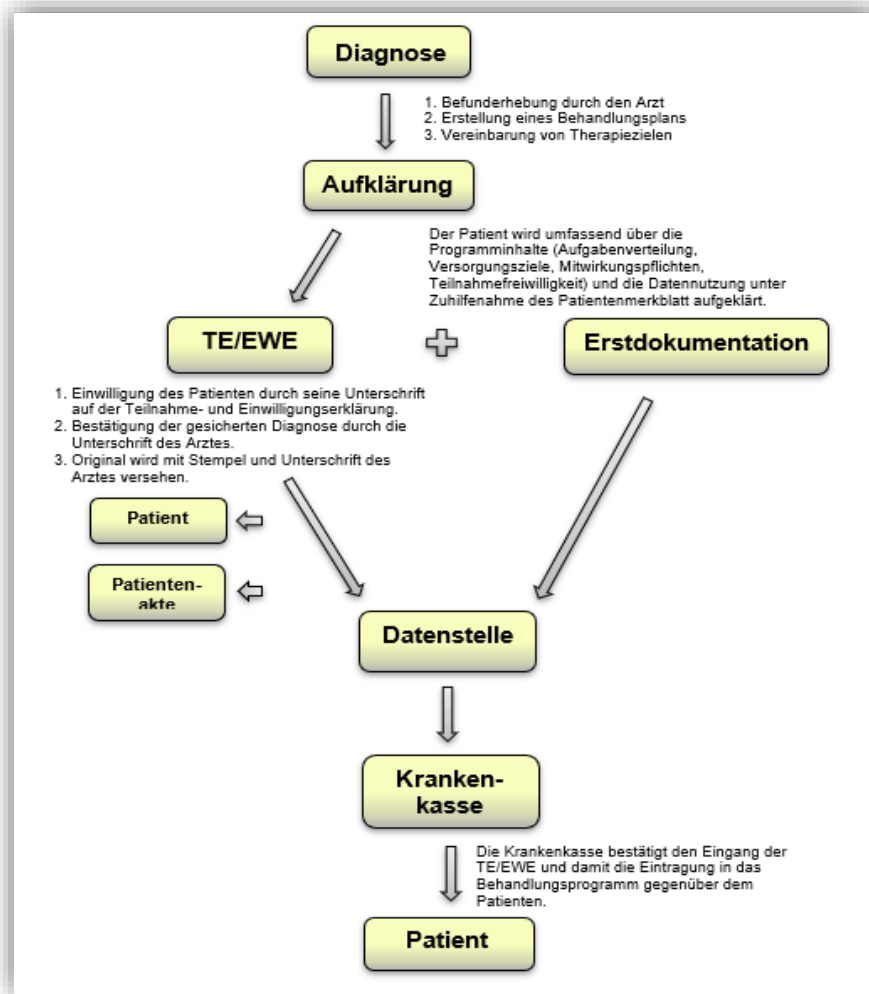
Unterschrift des Versicherten/des Versicherten/der gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

Stempel Arzt/Ärztin

Zugleich willigt er in die Datennutzung und -verarbeitung der im jeweiligen Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein.

Die indikationsübergreifenden Teilnahme- und Einwilligungserklärungen über den Paul Albrechts Verlag (Tel.: 04154 / 799 - 292 oder - 123 bestellt werden.

Die folgende Grafik dient der Übersicht über den Einschreibevorgang des Patienten:



## 4.2 Beendigung

Bereits eingeschriebene Patienten können jederzeit aus dem Programm durch formlosen Widerruf ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung austreten. Die Beendigung der Teilnahme des Patienten wird gegenüber der Krankenkasse erklärt. Die Teilnahme eines Versicherten am strukturierten Behandlungsablauf endet außerdem, wenn

- die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht erfüllten oder nicht mehr erfüllt sind (je nach Diagnose),
- innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen wurden,
- zwei aufeinander folgende quartalsbezogene Dokumentationen (Folgedokumentationen) nicht erstellt wurden,
- ein Kassenwechsel erfolgt ist oder
- das Programm selbst endet.

## 4.3 Besonderheiten von Einschreibungen

Auch bei Teilnahme des Patienten am strukturierten Behandlungsprogramm bleibt die freie Arztwahl bestehen. Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt oder seinen Facharzt zu wechseln. Folgende Besonderheiten müssen jedoch beachtet werden:

- Arztwechsel  
Als Arztwechsel gilt jede Folgedokumentation, die nicht von dem bisher dokumentierenden Arzt erstellt und in der kein Vertretungskennzeichen gesetzt ist. Bei einem Arztwechsel ist nur noch die Erstellung einer Folgedokumentation nötig; die Erstellung einer neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärung entfällt. Der neu gewählte koordinierende Arzt führt die Dokumentation mittels einer Folgedokumentation fort.
- Doppeleinschreibung  
Hat ein Patient sich für dasselbe strukturierte Behandlungsprogramm bei zwei koordinierenden Ärzten eingeschrieben, werden die Krankenkassen den Patienten auffordern, sich für einen Arzt zu entscheiden. Nach der Entscheidung des Patienten wird der Arzt gegen den sich der Patient entschieden hat, von der Krankenkasse entsprechend informiert, dass seine Programmteilnahme auf Grund eines Arztwechsels endet.
- Dokumentation in Vertretung  
Es ist möglich für den koordinierenden Arzt die Dokumentation in Vertretung zu erstellen. Dafür kennzeichnet der ebenfalls am DMP teilnehmende Arzt die Folgedokumentation im entsprechenden Feld.
- Kassenwechsel  
Bei einem Austritt des Patienten aus dem Behandlungsprogramm oder bei einem Krankenkassenwechsel erfolgt eine erneute komplette Ersteinschreibung mit Erstellung einer neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärung und einer Erstdokumentation. Dies vor dem Hintergrund, da die bereits bestehenden Daten des Patienten unter den Krankenkassen nicht ausgetauscht werden.
- Diagnosewechsel  
Der Wechsel einer Diagnose ist möglich. Dies setzt allerdings eine vollständige Neueinschreibung in das zu wechselnde Programm nebst Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Erstdokumentation voraus.
- Wiedereinschreibung  
Möchte der Patient nach erfolgter Ausschreibung weiterhin an einem Programm teilnehmen, ist ebenfalls eine Neueinschreibung notwendig. Dies

beinhaltet neben der neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärung auch die Erstellung einer neuen Erstdokumentation. Die bereits an den Patienten vergebene Fallnummer kann jedoch wiederverwendet werden.

## 5. Grundsätzliche Regelungen zur Dokumentation

### 5.1 Leitfaden zur Dokumentation

Für den Erfolg von strukturierten Behandlungsprogrammen ist u.a. die Behandlungsdokumentation entscheidend. Die Erst- und Folgedokumentationen ermöglichen es Patienten-, Anamnese- und Therapiedaten zu erfassen und getroffene Behandlungsentscheidungen des Arztes zu reflektieren.

Hilfe zur Erstellung der Erst- bzw. Folgedokumentation geben Ihnen die Hinweise der jeweiligen diagnosebezogenen Ausfüllanleitungen, welche Sie auch auf der Homepage der KVSA einsehen können.

### 5.2 Dokumentationsintervall

Die Häufigkeit der Folgedokumentation erfolgt in Absprache mit Ihrem Patienten. Empfohlen wird eine Dokumentationsfrequenz quartalsweise oder jedes 2. Quartal.

### 5.3 Fristen zur Dokumentationsübermittlung

Durch den jeweiligen Vertrag zu den strukturierten Behandlungsprogrammen sind zu unterschiedlichen Sachverhalten Termine und Fristen, welche bei der Umsetzung der Programme zu beachten sind, festgelegt.

Die nachfolgende Übersicht soll Ihnen diesbezüglich eine Hilfe für die tägliche Arbeit in der Praxis sein:

Stichwort	Frist / Termin
<b>Dokumentationsfrequenz</b>	Eine Folgedokumentation kann <b>quartalsweise</b> oder jedes <b>zweite Quartal erstellt werden</b> . Ein Wechsel ist möglich.
<b>Ende der Teilnahme des Versicherten</b>	Der Versicherte kann seine Teilnahme <b>jederzeit</b> schriftlich gegenüber der Krankenkasse beenden.
<b>Ende der Teilnahme des Arztes</b>	Schriftliche Erklärung des Arztes zur Beendigung seiner Teilnahme gegenüber der KVSA erfolgt zum <b>Quartalsende</b> . Die <b>Erklärungsfrist</b> beträgt <b>4 Wochen zum Ende des Quartals</b> .
<b>Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Erstdokumentation, Folgedokumentation</b>	Der dokumentierende Arzt sendet die vom Arzt und vom Versicherten unterschriebene TEEWE des Versicherten im Original (in Papierform) oder per Telefax an die Datenstelle.  Die Weiterleitung erfolgt durch den koordinierenden Arzt möglichst 10 Tage nach Abschluss der Befundbehebung, <b>spätestens jedoch 10 Tage nach Ende des Quartals an die Datenstelle</b> .
<b>Korrekturverfahren bei Dokumentation</b>	Die Datenstelle fordert den dokumentierenden Arzt innerhalb von <b>14 Tagen</b> nach Eingang eines unvollständigen und/oder implausiblen Dokumentationsdatensatzes zur Korrektur auf. Dabei werden dem dokumentierenden Arzt die vorliegenden Dokumentationsdaten auf einem Ausdruck als Korrekturbogen unter Angabe der Korrekturhinweise zur beleghaften Korrektur zur Verfügung gestellt.  Der koordinierende Vertragsarzt ist verpflichtet, bei Aufforderung zur Korrektur innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes nach der Korrektur an die Datenstelle weiterzuleiten.  An ausstehende Korrekturen des dokumentierenden Arztes wird bis zum Ablauf der 52-Tage-Frist 14-tägig erinnert.

## 5.4 Elektronische Datenübermittlung von der Arztpraxis zur Datenstelle

### 5.4.1 Standardverfahren

Der dokumentierende Arzt erfasst die Datensätze der Erst- oder Folgedokumentation elektronisch.

Die Übermittlungsdatei wird per Onlineübertragung über das Portal der KVSA „KVSAonline“ versendet. Die KVSA dient auf diesem Versandweg als Mittler und speichert die eingereichten Übermittlungsdateien unverändert zwischen.

Alternativ können die Datensätze auf einem Speichermedium (CD-ROM) gespeichert werden. Der dokumentierende Arzt sammelt so erfasste Datensätze bis zum Versand an die Datenstelle. Die Datensätze werden vor Versand an die Datenstelle verschlüsselt. Die Datenträger sind mit Angaben zur Arztnummer, Artnamen und Datum versehen. CDs sind mit geeignetem Permanent-Marker zu beschriften.

Datenstelle für den Bereich der KVSA:

**DAVASO GmbH  
Abt. DMP-SAN  
PF 50 05 55  
04305 Leipzig**

### !!! DMP Osteoporose:

**Nur die online Übertragung über „KVSAonline“ zur Datenstelle kann genutzt werden!!! Die Verwendung von Speichermedien (CD-ROM) ist hier nicht möglich.**

Die Datenstelle nimmt die Übermittlungsdatei / den Datenträger mit den Datensätzen entgegen, prüft und verarbeitet diese. Kann die Übermittlungsdatei / der Datenträger nicht verarbeitet werden, wird der dokumentierende Arzt umgehend informiert und aufgefordert, die Datenübermittlung erneut durchzuführen. Dieses Verfahren gilt auch, wenn die Dateien nicht von der Datenstelle entschlüsselt werden können oder eine Datei von der Datenstelle wegen inkompatiblen Dateiformat nicht verarbeitet werden kann.

Bitte verwenden Sie keine USB-Sticks zur Datenübermittlung an die Datenstelle. Die Datenstelle wird die USB-Sticks nicht zurücksenden, sondern vernichten.

### 5.4.2 Online-Erfassung

Zur Teilnahme an der „Online-Erfassung“ auf der Internetseite der Datenstelle stellt der Arzt einen schriftlichen Antrag bei der Datenstelle. Die Datenstelle prüft, ob der Arzt an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnimmt. Wenn der Arzt an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnimmt, werden ihm durch die Datenstelle die Zugangsdaten (Benutzername und Kennwort) für die Online-Erfassung schriftlich zugestellt.

Die Teilnahme an der Onlineübertragung über das Portal der KVSA „KVSAonline“ ist **bei der KVSA zu beantragen**. Nähere Informationen erhalten Sie unter: <http://www.kvsa.de> (Startseite > Praxis > IT in der Praxis > KVSAonline) oder telefonisch unter 0391 627 7000.

### **5.4.3 Aufgaben der Datenstelle**

Im Allgemeinen ist die Datenstelle verantwortlich für die Entgegennahme, Prüfung, Bearbeitung und Weiterleitung der eingehenden Dokumentationen (Teilnahme-/Einwilligungserklärung der Versicherten, Erst- und Folgedokumentation).

Die zentrale Aufgabe der Datenstelle ist die Erfassung und Plausibilisierung der von Ihnen angelieferten DMP-Daten. Um Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung der von Ihnen gelieferten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen und Dokumentationen (Erst- und Folgedokumentationen) zu geben, übersendet die Datenstelle regelmäßig Informationen (Korrektur- und Erinnerungsverfahren) über den Bearbeitungsstand:

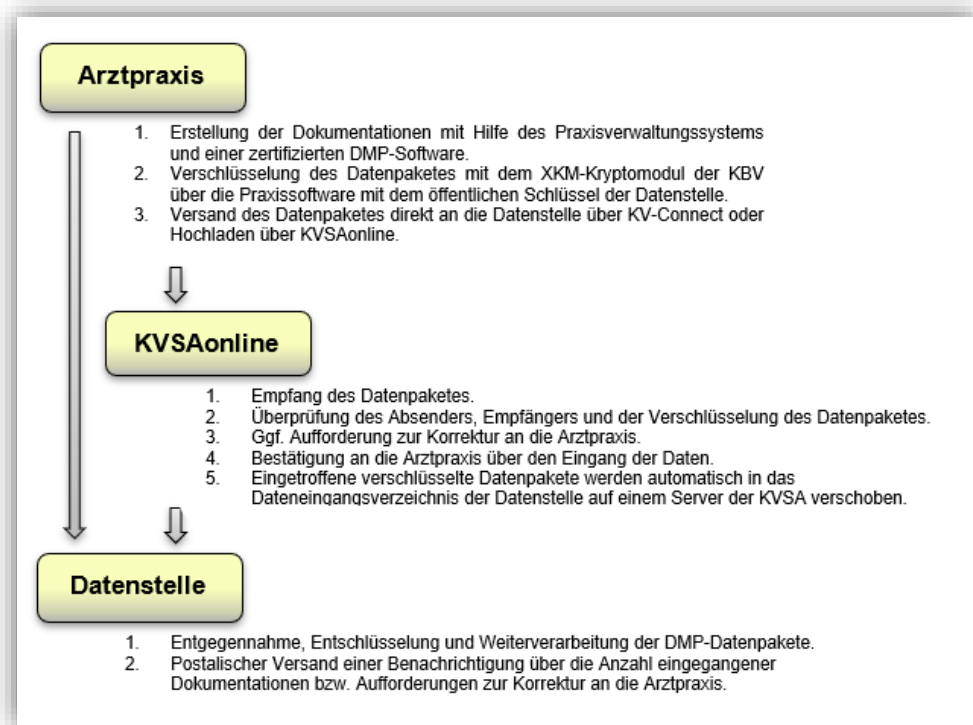
- nicht plausible Dokumentationen und TE, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen
- plausible Dokumentationen und TE der letzten 14 Tage
- fehlende Erstdokumentationen
- zu erstellende Folgedokumentationen
- Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext
- außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen
- Patienten, deren Krankenkasse nicht am DMP teilnimmt
- nicht prozesskonforme Dokumentationen
- nicht verarbeitbare Datenlieferungen

### **5.4.4 Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation**

Jede bei der Datenstelle eingegangene und erfolgreich angenommene Dokumentation wird auf Einhaltung der 52-Tage-Frist (10 Tage + 6 Wochen) geprüft. Die Frist endet 52 Tage nach Ablauf des Quartals der Dokumentationserstellung. Die Datenstelle prüft auch die Einhaltung der Dokumentationsintervalle zwischen den Dokumentationen.

Die Datenstelle informiert den dokumentierenden Arzt am 1. Werktag eines Quartals über die in diesem Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen. Darüber hinaus informiert die Datenstelle den dokumentierenden Arzt innerhalb von 7 Tagen nach dem 53. Tag eines Quartals über die in diesem Quartal noch zu erstellenden (noch nicht eingegangene) Folgedokumentationen. Die Erinnerungen erfolgen schriftlich in Listenform.

Die folgende Übersicht stellt die Abläufe hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer Daten dar:



#### 5.4.5 Verarbeitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Die erfassten TEEWE werden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

Innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der TEEWE beim Auftragnehmer, erhält der dokumentierende Arzt bei unvollständigen bzw. bei fehlenden Angaben auf der TE/EWE einmalig eine Kopie (auch als Image) zur Korrektur. An die ausstehenden Korrekturen wird 14-tägig in Listenform erinnert.

Sofern dokumentierende Ärzte Teilnahme- und Einwilligungserklärungen übermitteln, welche aktuell nicht mehr zu verwenden sind, werden die Ärzte im Rahmen des Korrekturverfahrens mittels Textbausteines, sowie der Visualisierung der entsprechenden Belege (gekennzeichnete Images), auf die Verwendung ungültiger Vordrucke hingewiesen und zur Neuausstellung aufgefordert.

Es ist derzeit die indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung **(070E )** für die Versicherten für alle DMPs zu verwenden. Für die Einschreibung des Versicherten in das entsprechende strukturierte Behandlungsprogramm ist ein Ankreuzfeld für die jeweilige Diagnose vorhanden.

Auf dieser indikationsübergreifenden Teilnahme- und Einwilligungserklärung (070E ) sind auch alle zukünftigen neuen strukturierten Behandlungsprogramme (Depression, rheumatoide Arthritis, Herzinsuffizienz, Rückenschmerz) als Ankreuzfelder aufgeführt. Für diese Diagnosen gibt es noch keine Verträge in Sachsen-Anhalt, so dass keine Versicherten in diese DMP eingeschrieben werden können.



## 6. Patientenschulungen

Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu den Schulungs- und Behandlungsprogrammen, welche sich an internationalen Qualitätsstandards orientieren. Es finden jeweils die in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogramme genannten Schulungsprogramme Anwendung.

Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs. Es ist jeweils der bestehende Schulungsstand des Versicherten zu berücksichtigen.

Sollte ein Versicherter an zwei empfohlenen und auf den Dokumentationsbögen erfassten Schulungen innerhalb von 12 Monaten ohne plausiblen Grund nicht teilnehmen, endet seine Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm.

Bitte beachten Sie, dass z.B. am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende Patienten auch eine Schulung zum Thema Hypertonie erhalten können, auch wenn diese nicht gleichzeitig im DMP KHK eingetragen sind.

### 6.1 Schulungsberechtigung des Arztes

Die Durchführung von Schulungen für den Patienten ist durch den Arzt nur bei Nachweis einer entsprechenden Schulungsberechtigung gegenüber der KVSA möglich.

Angebote zu den Schulungsqualifikationen finden Sie in der jeweils aktuellen „PRO“ der KVSA.

Entsprechend durchgeführte Schulungen können im Zuge der strukturierten Behandlungsprogramme extrabudgetär abgerechnet werden.

Angebote zu den Schulungsqualifikationen sind in der jeweils aktuellen „PRO“ oder in der „Fortbildung kompakt“ zu finden.

Fragen zum Erwerb der eigenen Schulungsqualifikation können an: [Fortbildung@kvs.de](mailto:Fortbildung@kvs.de) gerichtet werden.

### 6.2 Schulungsprogramme

Folgende Schulungsprogramme können im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme erbracht und abgerechnet werden:

#### Diabetesschulungen

- ZI-Schulung für Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
- ZI-Schulung für Diabetiker, die Insulin spritzen
- ZI-Schulung ohne Insulin
- MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbstmanagement)
- MEDIAS 2 ICT
- Disko-Schulung („Wie Diabetiker zum Sport kommen“)
- Intensivierte Insulintherapie bzw. DTTP (Diabetes Teaching and Treatment Programm)
- LINDA – Diabetes-Selbstmanagement-Schulung
- PRIMAS – Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie
- Strukturiertes geriatrisches Schulungsprogramm (SGS)
- Jugendliche mit Diabetes
- Diabetesbuch für Kinder
- Diabetes & Verhalten (Typ 2 Diabetes mit Insulin)

KHK  
Schulungspr  
ogramm

- Kar  
dio-  
Fit

#### Hypertonieschulungen

- Hypertonie-Schulung (ZI)
- Modulare Blutdruckschulung IPM
- HyPOS

#### Schulungen zum Gerinnungsselbstmanagement

- SPOG (orale Gerinnungshemmung)

#### Asthaschulungen

- NASA (Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker) / AFA
- Qualitätsmanagement in der Asthaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter
- ASEV-Schulung – Asthaschulung von Vorschulkindern unter Einbeziehung der Eltern (Asthma-Kleinkindschulung)

#### COPD-Schulungen

- COBRA (Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem – Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten)
- AFBE (Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem)
- Schulung COPD nach Bad Reichenhaller Modell
- ATEM

#### Osteoporose-Schulungen

- Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie

### **6.3 Wiederholungsschulungen**

Die jeweiligen Verträge zu den strukturierten Behandlungsprogrammen geben keine direkten Angaben, in welchen Abständen die Patientenschulungen wiederholt werden müssen.

In jedem Fall sind Wiederholungsschulungen möglich, wenn der aktuelle Schulungsstand des Patienten dies erfordert. Der koordinierende Arzt entscheidet über die Notwendigkeit und den Umfang der Schulungen. Es können auch einzelne Schulungsmodule wiederholt werden.

Dennoch sollte beachtet werden, dass Patientenschulungen nur für Versicherte indiziert sind, welche körperlich und geistig schulungsfähig sind.

## 6.4 Vergütung der Schulungsleistungen

Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Abrechnungsziffern für Schulungsleistungen können Sie dem Anhang „**Abrechnungsziffern Schulungsprogramme**“ entnehmen.

## 7. Qualitätssicherung

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind nachvollziehbare und relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß §137f Abs.2 Satz 2 Nr. 1 SGB V „strukturierte Behandlungsprogramme“, einschließlich Therapieempfehlungen,
- Einhaltung der Qualitätssicherung und wirtschaftlichen Arzneimittellehre,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität,
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation und
- aktive Teilnahme des Versicherten.

Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind Maßnahmen vorgesehen, welche eine Erreichung der vereinbarten Ziele unterstützen. Hierzu gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer, mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten, sowie
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

Der Vertrag zur Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen sieht Maßnahmen vor, welche bei Verstoß gegen die genannten Anforderungen des Programms eingeleitet werden können. Dazu zählen z.B. der Wegfall der Vergütung oder der Ausschluss eines Arztes aus dem Programm.

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer, mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten, sowie
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

Der Vertrag zur Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen sieht Maßnahmen vor, welche bei Verstoß gegen die genannten Anforderungen des

Programms eingeleitet werden können. Dazu zählen z.B. der Wegfall der Vergütung oder der Ausschluss eines Arztes aus dem Programm.

## 7.1 Qualitätszirkel

Die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein.

Die KVSA fördert die Arbeit der ärztlichen QZ. Dabei wird es als wichtig angesehen, dass die Teilnehmer auf freiwilliger Basis und unter Anleitung eines Moderators in kleinen Gruppen von ca. 8 - 10 (max. 15) Ärzten selbst gewählte Themen kontinuierlich und zielorientiert bearbeiten. Sowohl für Neugründungen, als auch für die Aktivitäten von Qualitätszirkeln, ist Eigeninitiative der Ärzte gefragt, denn Hauptinhalt der Zirkel ist die Bearbeitung medizinischer Fragestellungen.

Die Zirkel sollen als Erfahrungsprozess für die Gruppe organisiert werden, mit dem Ziel gemeinsam kollegiale Absprachen zu treffen, Leitlinien zu erstellen oder das eigene Handeln zu diskutieren, in Frage zu stellen, gegebenenfalls zu ändern. Das erfordert einen ärztlichen Moderator.

Bei Interesse zur Teilnahme an einem hausärztlichen QZ können Sie sich an folgende Ansprechpartner in der KVSA wenden:

Fr. Bison ☎ 0391 – 627 7441  
Fr. Garz ☎ 0391 – 627 7444

Die Teilnahme an einem QZ ist für Sie als koordinierender Arzt mindestens einmal jährlich Pflicht. Die Inhalte des QZ müssen nicht zwingend auf die einzelnen Diagnosen der strukturierten Behandlungsprogramme ausgelegt sein.

## 7.2 Feedbackberichte

Einen Teil der Qualitätssicherung bilden die Feedbackberichte für am Programm teilnehmende Arztpraxen.

Die regelmäßige halbjährliche Erstellung eines Feedbackberichts als Dokumentationsauswertung für den Arzt soll einerseits Transparenz über das Programm geben und andererseits einen Überblick über Risikostruktur, Prozess- und Ergebnisqualität seiner Praxis im Vergleich zu anderen teilnehmenden Praxen der Region geben. Die Daten der Praxis stehen ausschließlich dem Arzt zur Verfügung.

Die Darstellung der Daten über längere Zeiträume ermöglicht es dem Arzt die Entwicklung seiner Patienten hinsichtlich der bestimmten Diagnose einzuschätzen.

## 8. Vergütung

Folgende Punkte sind Voraussetzung für die Vergütung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme:

- Patient hat Sie als koordinierenden Arzt ausgewählt
- Eingang einer vollständigen Teilnahmeerklärung des Arztes in der KVSA
- Erfüllung der geforderten Strukturqualität des Arztes
- Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung
- Angabe der gesicherten Krankheitsdiagnose

Für die vollständigen und plausiblen Dokumentationen erhält der Arzt die vertraglich vereinbarten Vergütungen. Es können nur Dokumentationen für die Patienten abgerechnet werden, welche ihn als koordinierenden Arzt gewählt haben. Bei der KVSA werden die im Vertrag vereinbarten Pseudo-Ziffern je Patient quartalsweise

abgerechnet. Die durch die Krankenkasse zu zahlender Vergütung erfolgt entsprechend der bei der Datenstelle eingegangenen vollständigen und plausiblen Dokumentation für die eingeschriebenen Versicherten.

Als Abrechnungshilfe finden Sie im Anhang dieses Manuals eine Übersicht der „Abrechnungsziffern strukturierter Behandlungsprogramme“. Die DMP-Vergütung wird in den Honorarunterlagen separat ausgewiesen.

## 9. Wichtigste Daten auf einen Blick

### Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Den aktuellen Stand zu bestehenden Verträgen der strukturierten Behandlungsprogramme finden Sie auf der Homepage der KVSA unter: [https://www.kvsa.de/praxis/vertraege/disease\\_management\\_programme\\_dmp.html](https://www.kvsa.de/praxis/vertraege/disease_management_programme_dmp.html) und

[https://www.kvsa.de/praxis/allgemeines\\_zur\\_vertragsaerztlichen\\_taetigkeit/qualitaet/genuehmigungen/disease\\_management\\_programme\\_dmp.html](https://www.kvsa.de/praxis/allgemeines_zur_vertragsaerztlichen_taetigkeit/qualitaet/genuehmigungen/disease_management_programme_dmp.html)

### Teilnahmeerklärungen der Ärzte

Die Teilnahmeerklärungen der Ärzte für das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm ist unter

[https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche\\_taetigkeit/qualitaet/genuehmigungen/disease\\_management\\_programme\\_dmp.html](https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/qualitaet/genuehmigungen/disease_management_programme_dmp.html) zu finden.

### DMP-Richtlinien

Die vollständige DMP-Richtlinie finden Sie auf der Seite des G-BA unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/>.

### Datenstelle für den Bereich der KVSA

**DAVASO GmbH  
Abt. DMP-SAN  
PF 50 05 55  
04305 Leipzig**

**Tel. (0341) 25 92 00**

### Online-Datenübertragung

Nähere Informationen erhalten Sie über <http://www.kvsa.de> (Startseite → Praxis → IT in der Praxis → KVSAonline) oder telefonisch unter der Nummer 0391 627 7000.