

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 – 6248
Fr. Hahne	☎ 0391 627 – 6442

Inhaltsverzeichnis

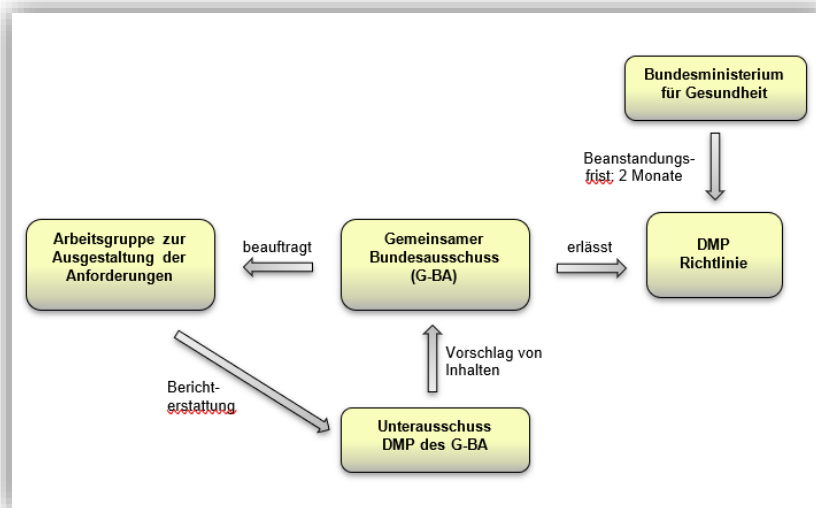
	Seite
1. Was sind strukturierte Behandlungsprogramme?	3
1.1 Politische Grundlagen	3
1.2 Ziele	3
1.3 Stand der Verträge	4
1.4 Zukünftige neue DMP-Programme	4
2. Grundsätzliches zur Teilnahme	5
3. Versorgungsebenen	6
3.1 Ambulante Versorgungsebene	6
3.1.1 Koordinierender Arzt	7
3.1.2 Spezialisierte Versorgungsebene	7
3.2 Eingebundene stationäre Einrichtungen	8
4. Teilnahme der Versicherten	8
4.1 Einschreibung	8
4.2 DMP- Kennzeichen	11
4.3 Beendigung	11
4.4 Besonderheiten der Einschreibungen	12
5. Grundsätzliche Regelungen zur Dokumentation	13
5.1 Leitfaden zur Dokumentation	13
5.2 Dokumentationsintervall	13
5.3 Fristen zur Dokumentationsübermittlung	13
5.4 Möglichkeiten der elektronischen Datenübermittlung von der Arztpraxis zur Datenstelle	14
5.4.1 KVSAonline	14
5.4.2 KIM-Adresse	14
5.4.3 Online Erfassung	15
5.5 Aufgaben der Datenstelle	15
5.5.1 Verarbeitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung	15
5.5.2 Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation	16
5.6 Hinweis zur Datenübermittlung	17
6. Patientenschulungen	17
6.1 Schulungsberechtigung des Arztes	18
6.2 Schulungsprogramme	18
6.3 Wiederholungsschulungen	19
6.4 Patientenschulungen im Videoformat	19
6.5 Vergütung der Schulungsleistungen	20
7. Qualitätssicherung	20
7.1 Qualitätszirkel	21
7.2 Feedbackberichte	21
8. Vergütung	21
9. Wichtige Informationsquellen auf einen Blick	22
Anhang	
Anhang 1	Abrechnungsziffern aller Leistungen strukturierter Behandlungsprogramme
Anhang 2	Abrechnungsziffern der Schulungsprogramme
Anhang 3	DMP-Kennzeichen auf eGK

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.

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:

Asthma bronchiale /COPD	Diabetes mellitus Typ 1	Diabetes mellitus Typ 2	Koronare Herzkrank- heiten	Brust- krebs	Osteo- porose
alle Krankenkassen	alle Krankenkassen	alle Krankenkassen	alle Krankenkassen	alle Krankenkassen	AOK, IKK, KNAPPSCHAFT

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:

 Chronischer Rückenschmerz	 Depression	 Rheumatoide Arthritis
 Chronische Herzinsuffizienz	 Adipositas (Erwachsene)	 Adipositas (Kinder und Jugendliche)

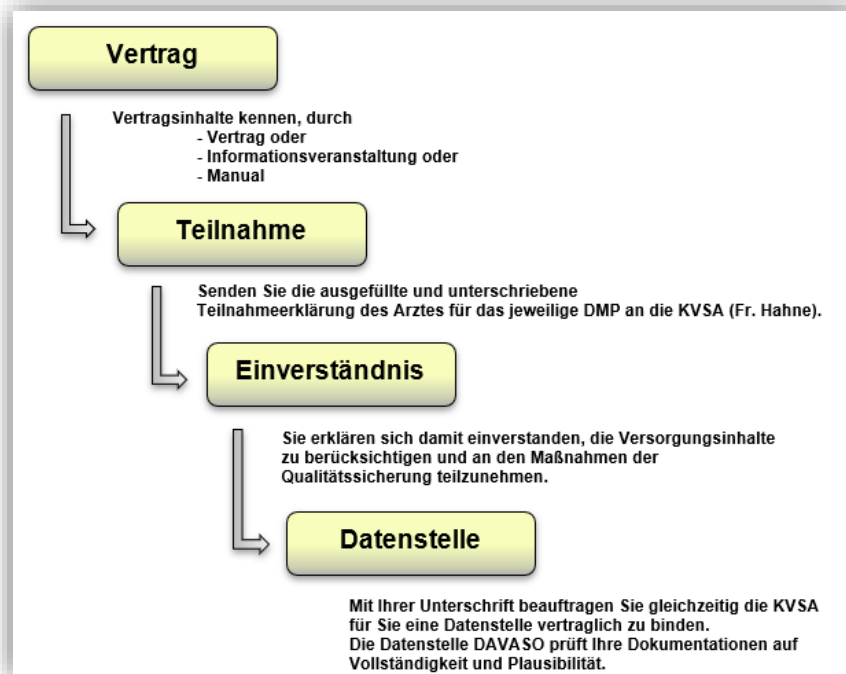
Die landesspezifische Entwicklung zur Umsetzung dieser Diagnosen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme ist noch nicht abgeschlossen, so dass **der Arzt noch nicht teilnehmen kann und auch noch keine Patienten eingeschrieben werden können**.

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

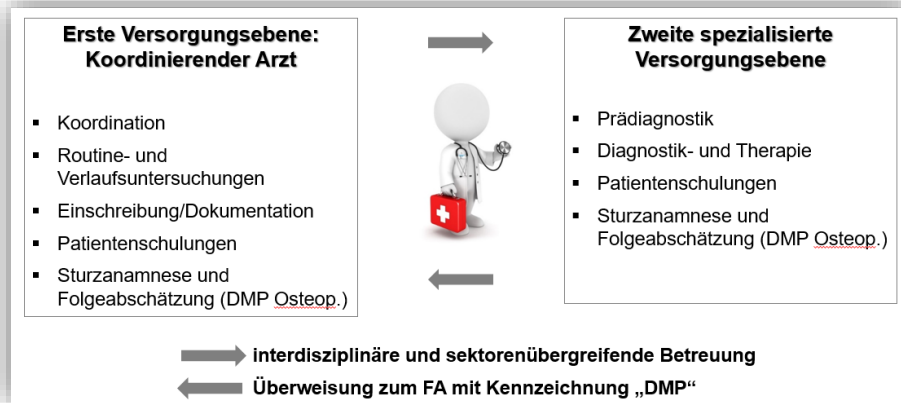
3.1.2 Spezialisierte Versorgungsebene

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.

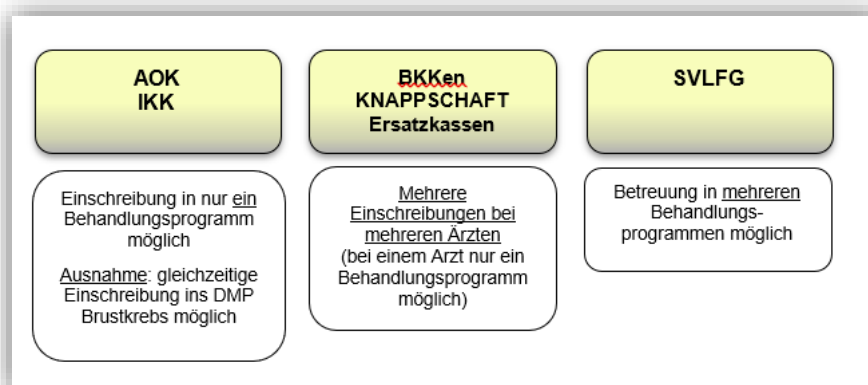


Das Programm soll die Lebensqualität chronisch Kranker verbessern. Um dies zu erreichen, ist die **aktive Mitwirkung des Patienten** notwendig. Dies beinhaltet u.a. die Umsetzung der ärztlichen Anweisungen (nach den Versorgungsrichtlinien je nach Diagnose), die Umstellung der Lebensgewohnheiten im Sinne 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?

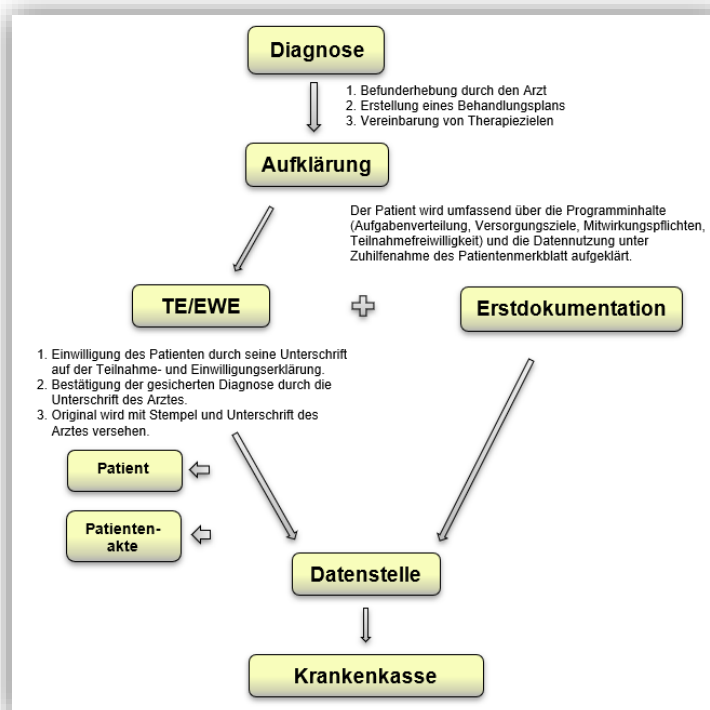


Mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TEEWE) erklärt der Patient, dass er durch den behandelnden Arzt umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen aufgeklärt wurde. Verlauf der Behandlung zu verfolgen und Behandlungserfolge transparent zu machen.

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 DMP-Kennzeichen

Nimmt ein Versicherter am DMP teil, wird dies auf der elektronischen Gesundheitskarte durch das DMP-Kennzeichen vermerkt.

Das jeweilige DMP-Kennzeichen (Anhang 3) gibt damit an, in welchen DMP der Versicherte eingeschrieben ist. Es wird an vierter und fünfter Stelle im Status-Feld (Versichertenstammdaten) gespeichert.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Musterkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann		geb. am
Max		30.06.1974
Musterweg 1		
D 12345 Musterort		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
101234567	A123456789	1 00 01 00
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
123456789	123456789	03.07.2024

Die Krankenkassen befüllen das DMP-Kennzeichen sehr unterschiedlich.

- AOK Sachsen-Anhalt: DMP-Kennzeichen nicht umgesetzt
- IKK gesund plus: DMP-Kennzeichen vorhanden
- KNAPPSCHAFT: DMP-Kennzeichen vorhanden
- Betriebskrankenkassen: jede BKK regelt die DMP-Kennzeichnung unterschiedlich
- Ersatzkassen: DMP-Kennzeichen vorhanden, aber die DMP-Kennzeichnung für die Einschreibung in mehrere DMP regelt jede Ersatzkasse unterschiedlich

4.3 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 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.

4.4 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 durch die Krankenkasse weiterhin an einem Programm teilnehmen, ist 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.

Warum kann die Krankenkasse den Patienten aus dem DMP ausschreiben?

Eine Ausschreibung aus dem DMP durch die Krankenkasse bedeutet das Ende der strukturierten Teilnahme für den Versicherten. Dies geschieht, wenn bestimmte Voraussetzungen für die weitere Teilnahme nicht mehr erfüllt sind:

- **Fehlende Dokumentation:** Wenn zwei aufeinanderfolgende Dokumentationen (Folgedokumentationen) durch den Arzt nicht fristgerecht an die Datenstelle übermittelt wurden.
- **Nicht wahrgenommene Schulungen:** Wenn der Patient innerhalb vom Arzt vorgeschlagene und erforderliche Schulungen nicht absolviert hat.
- **Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen:** Wenn die medizinischen Voraussetzungen für das spezifische DMP nicht mehr vorliegen.

- **Eigenkündigung:** Der Patient beendet die Teilnahme freiwillig.

Wurde ein Patient ausgeschrieben, ist eine erneute Einschreibung in das DMP jederzeit möglich, sofern die medizinischen Voraussetzungen weiterhin vorliegen.

5. Grundsätzliche Regelungen zur Dokumentation

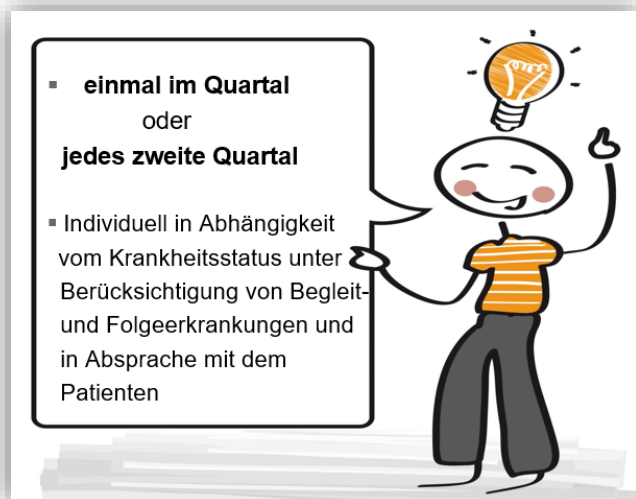
5.1 Leitfaden zur Dokumentation

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 (quartalsgebunden) 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
Dokumentationsfrequenz	Eine Folgedokumentation kann quartalsweise oder jedes zweite Quartal erstellt werden . Ein Wechsel ist möglich.
Ende der Teilnahme des Versicherten	Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der Krankenkasse beenden.
Ende der Teilnahme des Arztes	Schriftliche Erklärung des Arztes zur Beendigung seiner Teilnahme gegenüber der KVSA erfolgt zum Quartalsende . Die Erklärungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals .
Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Erstdokumentation, Folgedokumentation	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, spätestens jedoch 10 Tage nach Ende des Quartals an die Datenstelle .
Korrekturverfahren bei Dokumentation	Die Datenstelle fordert den dokumentierenden Arzt innerhalb von 14 Tagen 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 Möglichkeiten der elektronischen Datenübermittlung von der Arztpraxis zur Datenstelle

5.4.1 KVSAonline

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

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.

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.

Die Datenstelle nimmt die Übermittlungsdatei mit den Datensätzen entgegen, prüft und verarbeitet diese. Kann die Übermittlungsdatei nicht verarbeitet werden, wird der dokumentierende Arzt 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.

5.4.2 KIM-Adresse

Die Datenübermittlung der DMP-Dokumentationen ist digital über die folgende KIM sicher möglich.

DMP-Datenstelle@davaso.kim.telematik

5.4.3 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.

5.5 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

5.5.1 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 (gekreuzte 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 H) 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.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Krankenkassennummer: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Betreiberstellen-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

070E H Krankenhaus-IK: _____

☐ Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Koronare Herzkrankheit ☐ Asthma ☐ Brustkrebs ☐ Depression ☐ Rheumatoide Arthritis

oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2 ☐ Herzinsuffizienz ☐ COPD ☐ Rücken ☐ Osteoporose

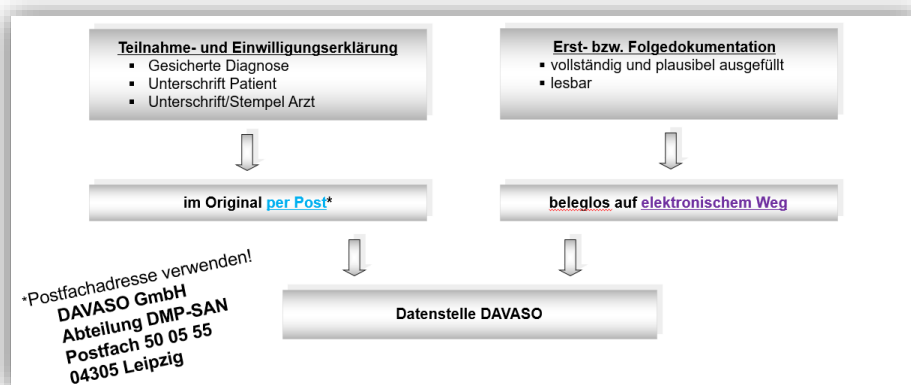
1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle. Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung

5.5.2 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.



5.6 Hinweise zur Datenübermittlung

Im Rahmen eines DMP sind die teilnehmenden Arztpraxen verpflichtet, definierte medizinische und administrative Daten zu dokumentieren und regelmäßig zu übermitteln. Die fristgerechte und vollständige Erstellung und Übermittlung der Daten der Erst- und Folgedokumentation an die Datenstelle ist die Grundlage für die Abrechnung und Vergütung der Leistungen aus den DMP-Verträgen.

Verschiedene Fehlerquellen können zu Datenverlusten oder unvollständigen Datenübermittlungen führen. Der Verlust der Datensätze kann u.a. organisatorische als auch finanzielle Folgen nach sich ziehen:

- Fehlende Vergütung von DMP-Leistungen
- Dokumentationslücken im Behandlungsverlauf
- Qualitätsmängel in der Programmevaluation
- Mehraufwand durch Nacherfassung

Zur Minimierung dieses Risikos können folgende präventive Maßnahmen angewandt werden:

System- oder Softwarefehler:

- Datenübermittlung immer vor einem Softwareupdate

Übermittlungsbestätigung:

- Ausdruck des Transportbegleitschein (Versandliste) der Praxissoftware
- Rückruf bei DAVASO nach Datenexport zum Abgleich
- Beachtung der Informationen der Datenstelle:
 - „*Verarbeitungsstand Ihrer Daten – Übersicht über plausible Dokus und TEEWE*“
 - Korrekturschreiben
 - Folgedokureminder

Fristversäumnisse:

- zeitigere bzw. monatliche Versendung der Datensätze

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 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 - Schulungsprogramm

- Kardio-Fit

Hypertonieschulungen

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

Asthmaschulungen

- NASA (Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker) / AFA
- Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter
- ASEV-Schulung – Asthmaschulung 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 Patientenschulungen im Videoformat

Der G-BA hat beschlossen, dass auch Videoschulungen im Rahmen von DMP dauerhaft möglich sind. Durch den Beschluss können DMP-Schulungen ganz oder teilweise (z. B. nur einzelne Module) im Videoformat stattfinden, sofern sie vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zugelassen sind.

Bislang können folgende vom BAS zugelassene DMP-Schulungsprogramme, die in den DMP-Verträgen vereinbart sind, im Videoformat erbracht werden:

- MEDIAS 2-Schulung
- Kardio-Fit-Schulung
- AGAS-Schulung, einschl. ASEV-Schulung
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetes ohne Insulin
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetes mit konventioneller Insulinbehandlung
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für bedarfsgerechte Insulintherapie
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie

Werden DMP-Schulungen im Videoformat durchgeführt, müssen diese zusätzlich mit der GOP 96000 gekennzeichnet werden.

Die Vergütungen von Schulungen im Videoformat entsprechen den der Schulungen in Präsenz. Sofern Schulungsmaterialien ausgehändigt werden, kann die Abrechnungsziffer für die Schulungsmaterialien abgerechnet werden.

Die Möglichkeit der Abrechnung der GOP „Zuschlag Videosprechstunde“ (01450) ist im Einzelfall zulässig, wenn am gleichen Tag ein Videokontakt aufgrund einer medizinischen Indikation und im zeitlichen Abstand von mindestens einer Stunde eine Patientenschulung stattfindet. In diesem Einzelfall ist die Uhrzeit je Inanspruchnahme der Abrechnung anzugeben.

6.5 Vergütung der Schulungsleistungen

Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Abrechnungsziffern für Schulungsleistungen können Sie dem Anhang 2 „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.

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.

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

Als Abrechnungshilfe finden Sie im Anhang 1 dieses Manuals eine Übersicht der „Abrechnungsziffern aller Leistungen der strukturierten Behandlungsprogramme“. Die DMP-Vergütung wird in den Honorarunterlagen separat ausgewiesen.

9. Wichtige Informationsquellen auf einen Blick

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Den aktuellen Stand zu bestehenden Verträgen der strukturierten Behandlungsprogramme finden Sie auf der Homepage der KVSA unter:

www.kvsa.de >> Praxis >> Verträge >> Disease-Management-Programme

zu finden.

Passende Fortbildungen suchen und auswählen und direkt online buchen können Sie unter:

www.kvsa.de >> Praxis >> Fortbildungen

Teilnahmeerklärungen der Ärzte

Die Teilnahmeerklärungen der Ärzte für das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm sind unter:

www.kvsa.de >> Praxis >> Genehmigungen >> D >> Disease-Management-Programme

zu finden.

Datenstelle für den Bereich der KVSA

DAVASO GmbH
Abt. DMP-SAN
PF 50 05 55
04305 Leipzig
Tel. (0341) 25 92 00

Datenübertragung über KVSAonline/KIM

Nähere Informationen erhalten Sie unter:

www.kvsa.de >> Praxis >> IT in der Praxis

oder telefonisch unter der Nummer 0391 627 7000

DMP-Richtlinien

Die vollständige DMP-Richtlinie finden Sie auf der Seite des G-BA unter folgendem Link:

www.gba.de >> Richtlinien >> Disease-Management-Programme >> DMP-Anforderungen-Richtlinie

Allgemeine Basisinformationen zu strukturierten Behandlungsprogrammen

Grundlegende Informationen und statistische Daten sowie die vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassene Schulungsprogramme sind unter

www.bundesamtsozialesicherung.de >> Themen >> Disease-Management-Programme >> DMP – Grundlegende Informationen

zu finden.

Abrechnungsziffern strukturierter Behandlungsprogramme (ab 1. April 2024)

DMP Asthma/COPD

Leistungen	Abr.-nr	Vergütung				Anmerkungen
		AOK	IKK, KBS, vdek	BKK	SVLFG	
Dokumentation durch den koordnierenden Arzt						
Erstdokumentation	96319	22,50 €	22,50 €	22,50 €	-	nur einmal je Arzt und Patient abrechenbar
Folgedokumentation	96323	22,50 €	22,50 €	22,50 €	-	pro Patient nur einmal im Quartal abrechenbar
Betreuung im Rahmen einer 1/2-jährlichen Dokumentation						
Halbjährliche Behandlung und Betreuung	96328	10,00 €	-	-	-	bei 1/2-jährlicher Doku, in dem Quartal, in dem nicht dokumentiert wird
Behandlung, keine Dokumentationserstellung						
Strukt. Behandlung bei Erstkontakt	96319	-	-	-	20,00 €	keine Erstellung der Erstdokumentation, einmalige Abrechnung
Strukt. Behandlung bei fortlaufender Behandlung	96323	-	-	-	15,00 €	keine Erstellung der Folgedokumentation, pro Patient nur einmal im Quartal
Spezialisierte Betreuung durch § 4 - Ärzte						
Prädiagnostik-Komplex	96355	40,00 €	40,00 €	40,00 €	50,00 €	einmalig und nur auf Überweisung des HA abrechenbar
Diagnostik- und Therapie-Komplex	96356	40,00 €	40,00 €	40,00 €	50,00 €	einmal im Krankheitsfall und nur auf Überweisung des HA abrechenbar
DMP COPD (ab 1. April 2024)						
Behandlungsintensiver Therapiekomplex	96357	40,00 €	40,00 €	40,00 €	40,00 €	einmal im Krankheitsfall bei höhergradiger Einschränkung (unter 50 %) der FEV1 sowie bei gehäuften Exazerbationen nur auf Überweisung des HA abrechenbar
DMP Asthma (ab 1. Oktober 2024)						
Behandlungsintensiver Therapiekomplex	96357	40,00 €	40,00 €	40,00 €	40,00 €	einmal im Krankheitsfall bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie bei erwachsenen Patienten mit schwerem und / oder unkontrolliertem Asthmaund nur auf Überweisung des HA abrechenbar

KBS, BKK und EK: Für diese Versicherten ist die Teilnahme bei einem Arzt nur an einem DMP möglich.

AOK und IKK: Für diese Versicherten ist die Teilnahme grundsätzlich nur an einem DMP möglich.

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), ehemals LKK: Hier gilt keine Einschränkung, die Betreuung der Patienten ist in mehreren Behandlungsprogrammen möglich.

Bei Versicherten der SVLFG erfolgt keine Dokumentationserstellung und somit keine Einschreibung.

DMP Brustkrebs

Leistungen	Abr.-nr	Vergütung					Anmerkungen
		AOK / IKK BKK / KBS	Ersatzkassen			LKK*	
			ab 1.10.2024	ab 1.04.2025	ab 1.07.2025		
Dokumentation							
Einschreibung nach histol. Erstbefund/Rezidiv u. v. OP	96219A	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	gleichzeitige Abrechnung der 96219 C ausgeschlossen
Vervollständigung der ED nach OP	96219B	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	gleichzeitige Abrechnung der 96219 C ausgeschlossen
Einschreibung einer bereits operierten Patientin	96219C	40,00 €	40,00 €	40,00 €	40,00 €	40,00 €	gleichzeitige Abrechnung der 96219A und 96219B nicht möglich
Begleitgespräch mit Erstellung Folgedoku	96218D	37,50 €	25,00 €	35,00 €	37,50 €	-	
Beratungsgespräche							
G. vor stat. Aufnahme u. nach histolog. Sicherung	96218A	37,50 €	34,00 €	37,50 €	37,50 €	37,50 €	einmal je Krankheitsfall
G. nach der stationären Behandlung	96218B	37,50 €	34,00 €	37,50 €	37,50 €	37,50 €	einmal je Krankheitsfall
Begleitgespräch ohne Folgedokumentation	96218C	12,50 €	12,50 €	12,50 €	12,50 €	-	einmal je Quartal, gleichzeitige Abrechnung der 96218D nicht möglich

***Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), ehemals LKK:**
Bei Versicherten der SVLFG erfolgt keine Dokumentationserstellung (Erst- und Folgedokumentation) und somit keine Einschreibung (TEEWE)
Die Abrechnungsziffern können für die Einhaltung der Koop.-regeln sowie der Versorgungsinhalte, die vollständige Dokumentation
in den Patientenunterlagen und die Information der Pat. abgerechnet werden.

Abrechnungsziffern strukturierter Behandlungsprogramme (ab 1. April 2021)

DMP Diabetes mellitus Typ 1

Leistungen	Abr.-nr	Vergütung				Anmerkungen
		AOK	IKK, BKK, vdek	KBS	SVLFG	
Dokumentation durch den koordnierenden Arzt						
Erstdokumentation	96019	22,50 €	22,50 €	22,50 €	-	nur einmal je Arzt und Patient abrechenbar
Folgedokumentation	96023	22,50 €	22,50 €	22,50 €	-	pro Patient nur einmal im Quartal
Behandlung, keine Dokumentationserstellung						
Strukt. Behandlung bei Erstkontakt	96019	-	-	-	20,00 €	keine Erstellung der Erstdokumentation, einmalige Abrechnung
Strukt. Behandlung bei fortlaufender Behandlung	96023	-	-	-	15,00 €	keine Erstellung der Folgedokumentation, pro Patient nur einmal im Quartal
Betreuung im Rahmen einer 1/2-jährlichen Dokumentation						
Halbjährliche Behandlung und Betreuung	96028	10,00 €	-	-	-	bei 1/2-jährlicher Doku, in dem Quartal, in dem nicht dokumentiert wird
Spezialisierte Betreuung						
Betreuung u. Behandlung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	99872	37,50 €	37,50 €	37,50 €	37,50 €	pro Patient pro BHF abrechenbar
Betreuung u. Behandlung durch diabetologisch qualif. Pädiater	99872	37,50 €	37,50 €	37,50 €	37,50 €	Behandlung und Betreuung von Kinden und Jugendlichen
Fachärztliche Leistungen						
FÄ für Augenheilkunde						
Früherkennungsleistung hinsichtlich der Retinopathia Diabetica	96026	10,00 €	10,00 €	10,00 €	10,00 €	nur einmal im Jahr auf Überweisung von koordinierenden Arzt abrechenbar, taggleiche Abrechnung der EBM-Ziff. 06333 ausgeschlossen (gilt nur für AOK, IKK, LKK)
Nephrologe						
Untersuchung zur Vermeidung der Dialysepflichtigkeit bei diabetischer Nephropathie	96027	-	-	10,00 €	-	nur einmal im Jahr auf Überweisung von koordinierenden Arzt abrechenbar

KBS, BKK und EK: Für diese Versicherten ist die Teilnahme bei einem Arzt nur an einem DMP möglich.

AOK und IKK: Für diese Versicherten ist die Teilnahme grundsätzlich nur an einem DMP möglich.

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), ehemals LKK: Hier gilt keine Einschränkung, die Betreuung der Patienten ist in mehreren Behandlungsprogrammen möglich.

Bei Versicherten der SVLFG erfolgt keine Dokumentationserstellung und somit keine Einschreibung.

Abrechnungsziffern strukturierter Behandlungsprogramme (ab 1. oktober 2023)

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Leistungen	Abr.-nr	Vergütung					Anmerkungen
		AOK	IKK	vdek	BKK KBS	SVLFG	
Dokumentation durch den koordnierenden Arzt							
Erstdokumentation	99819	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	-	nur einmal je Arzt und Patient abrechenbar
Folgedokumentation	99823	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	-	pro Patient nur einmal im Quartal
Behandlung, keine Dokumentationserstellung							
Strukt. Behandlung bei Erstkontakt	99819	-	-	-	-	20,00 €	keine Erstellung der Erstdokumentation, einmalige Abrechnung
Strukt. Behandlung bei fortlaufender Behandlung	99823	-	-	-	-	15,00 €	keine Erstellung der Folgedokumentation, pro Patient nur einmal im Quartal
Betreuung im Rahmen einer 1/2-jährlichen Dokumentation							
Halbjährliche Behandlung und Betreuung	99828	10,00 €	-	-	-	-	bei 1/2-jährlicher Doku, in dem Quartal, in dem nicht dokumentiert wird
Spezialisierte Betreuung in diabetologischen Schwerpunktpraxen							
Betreuung und Behandlung (ohne Insulin)	99822D	40,00 €	40,00 €	40,00 €	40,00 €	50,00 €	auf max. 3 Quartale im Kalenderjahr begrenzt
Betreuung und Behandlung (mit Insulin)	99822C	40,00 €	40,00 €	40,00 €	40,00 €	50,00 €	auf max. 3 Quartale im Kalenderjahr begrenzt
Fachärztliche Leistungen							
Augenarzt							
Früherkennungsleistung hinsichtlich der Retinopathia Diabetica	99826	10,00 €	10,00 €	10,00 €	10,00 €	10,00 €	nur einmal im Jahr auf Überweisung von koordinierenden Arzt abrechenbar, taggleiche Abrechnung der EBM-Ziff. 06333 ausgeschlossen (gilt nur für AOK und IKK)
Nephrologe							
Untersuchung zur Vermeidung der Dialysepflichtigkeit bei diabetischer Nephropathie	99827	-	-	-	10,00 €	-	nur einmal im Jahr auf Überweisung von koordinierenden Arzt abrechenbar

KBS, BKK und EK: Für diese Versicherten ist die Teilnahme bei einem Arzt nur an einem DMP möglich.

AOK und IKK: Für diese Versicherten ist die Teilnahme grundsätzlich nur an einem DMP möglich.

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), ehemals LKK: Hier gilt keine Einschränkung, die Betreuung der Patienten ist in mehreren Behandlungsprogrammen möglich.

Bei Versicherten der SVLFG erfolgt keine Dokumentationserstellung und somit keine Einschreibung.

Abrechnungsziffern strukturierter Behandlungsprogramme (ab 1. April 2018)

DMP Koronare Herzkrankheit

Leistungen	Abr.-nr	Vergütung				Anmerkungen
		AOK	IKK, KBS, vdek	BKK	SVLFG	
Dokumentation durch den koordinierenden Arzt						
Erstdokumentation	99849	22,50 €	22,50 €	22,50 €	-	nur einmal je Arzt und Patient abrechenbar
Folgedokumentation	99853	22,50 €	22,50 €	22,50 €	-	pro Patient nur einmal im Quartal
Behandlung, keine Dokumentationserstellung						
Strukt. Behandlung bei Erstkontakt	99849	-	-	-	20,00 €	keine Erstellung der Erstdokumentation, einmalige Abrechnung
Strukt. Behandlung bei fortlaufender Behandlung	99853	-	-	-	15,00 €	keine Erstellung der Folgedokumentation, pro Patient nur einmal im Quartal
Betreuung im Rahmen einer 1/2-jährlichen Dokumentation						
Halbjährliche Behandlung und Betreuung	99858	10,00 €	-	-	-	bei 1/2-jährlicher Doku, in dem Quartal, in dem nicht dokumentiert wird
Spezialisierte Betreuung durch § 4-Ärzte						
Prädiagnostik-Komplex	99855	40,00 €	40,00 €	40,00 €* 40,00 €	50,00 €* 50,00 €	einmal im Krankheitsfall und nur auf Überweisung desHA abrechenbar
Diagnostik- und Therapie-Komplex	99856	40,00 €	40,00 €	40,00 €* 40,00 €	50,00 €* 50,00 €	in der Regel 2 Quartale im Kalenderjahr und nur auf Überweisung des HA abrechenbar

KBS, BKK und EK: Für diese Versicherten ist die Teilnahme bei einem Arzt nur an einem DMP möglich.

AOK und IKK: Für diese Versicherten ist die Teilnahme grundsätzlich nur an einem DMP möglich.

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), ehemals LKK: Hier gilt keine Einschränkung, die Betreuung der Patienten ist in mehreren Behandlungsprogrammen möglich.

Bei Versicherten der SVLFG erfolgt keine Dokumentationserstellung und somit keine Einschreibung.

DMP Osteoporose

Leistungen	Abr.-nr	Vergütung			Anmerkungen
		AOK	IKK	KBS	
Dokumentation durch den koordinierenden Arzt					
Erstdokumentation	96419	22,50 €	22,50 €	22,50 €	nur einmal je Arzt und Patient abrechenbar
Folgedokumentation	96423	22,50 €	22,50 €	22,50 €	pro Patient nur einmal im Quartal
Sturzanamnese und Folgeabschätzung	96427	10,00 €	10,00 €	10,00 €	nur einmal alle 3 Jahre, Ausschluss: GOP 03360 im gleichen Quartal
Betreuung im Rahmen einer 1/2-jährlichen Dokumentation					
Halbjährliche Behandlung und Betreuung	96428	10,00 €	-	-	bei 1/2-jährlicher Doku, in dem Quartal, in dem nicht dokumentiert wird
Spezialisierte Betreuung durch § 4-Ärzte					
Prädiagnostik-Komplex	96455	40,00 €	40,00 €	40,00 €	einmal im Kalenderjahr und nur auf Überweisung des HA abrechenbar
Diagnostik- und Therapie-Komplex	96456	40,00 €	40,00 €	40,00 €	2 Quartale im Kalenderjahr und nur auf Überweisung des HA abrechenbar
Sturzanamnese und Folgeabschätzung	96427	10,00 €	10,00 €	10,00 €	nur einmal alle 3 Jahre, Ausschluss: GOP 03360 im gleichen Quartal

Schulungen	DMP Diabetes mellitus Typ 2		DMP KHK		DMP Diabetes mellitus Typ 1		DMP Asthma/COPD		DMP Osteoporose		Anmerkungen
	Abr.-nr	Vergütung	Abr.-nr	Vergütung	Abr.-nr	Vergütung	Abr.-nr	Vergütung	Abr.-nr	Vergütung	
Diabetesschulungsprogramme											
1 Diabetes & Verhalten (Typ 2 Diabetes mit Insulin) Schulungsmaterial	99820A 99821A	20,00 € 9,00 €	99850A 99851A	20,00 € 9,00 €	- -	- -	96320A 96321A	20,00 € 9,00 €	96420A 96421A	20,00 € 9,00 €	10 UE innerhalb von 3 - 5 Wochen für bis zu 10 Patienten
2 Zi-Schulung für Diabetiker, die Normalinsulin spritzen* Schulungsmaterial	99820B 99821B	20,00 € 9,00 €	99850B 99851B	20,00 € 9,00 €	- -	- -	96320B 96321B	20,00 € 9,00 €	96420B 96421B	20,00 € 9,00 €	5 UE für bis zu 4 Patienten, innerhalb von 4 Wochen
3 Zi-Schulung für Diabetiker, die Insulin spritzen* Schulungsmaterial	99820C 99821C	20,00 € 9,00 €	99850C 99851C	20,00 € 9,00 €	- -	- -	96320C 96321C	20,00 € 9,00 €	96420C 96421C	20,00 € 9,00 €	5 UE für 4 -10 Patienten, innerhalb von 4-6 Wochen
4 Zi-Schulung, die nicht Insulin spritzen* Schulungsmaterial	99820D 99821D	20,00 € 9,00 €	99850D 99851D	20,00 € 9,00 €	- -	- -	96320D 96321D	20,00 € 9,00 €	96420D 96421D	20,00 € 9,00 €	4 UE für 4 -10 Patienten, innerhalb von 4-6 Wochen
5 MEDIAS 2 * Schulungsmaterial	99820E 99821E	20,00 € 10,74 €	99850E 99851E	20,00 € 10,74 €	- -	- -	96320E 96321E	20,00 € 10,74 €	96420E 96421E	20,00 € 10,74 €	12 UE für 6 -10 Patienten im mittleren Lebensalter (40-65 J.), innerhalb von 8 Wo.
6 MEDIAS 2 ICT Schulungsmaterial	99830B 99831B	20,00 € 9,00 €	99860B 99861B	20,00 € 9,00 €	- -	- -	96330B 96331B	20,00 € 9,00 €	96430B 96431B	20,00 € 9,00 €	12 UE für 4 - 8 Patienten mit einem Hypertonus, innerhalb von 8 Wochen
7 DiSKo-Schulung (Wie Diabetiker zum Sport kommen)	99820F	20,00 €	99850F	20,00 €	-	-	96320F	20,00 €	96420F	20,00 €	1 UE für bis zu 10 Patienten, nur im Zusammenhang mit Diabetes Typ 2 Schulung
8 Intensivierte Insulintherapie bzw. DITP* Schulungsmaterial	99820K 99821K	20,00 € 9,00 €	99850K 99851K	20,00 € 9,00 €	96020K 96021K	25,00 € 9,00 €	96320K 96321K	20,00 € 9,00 €	96420K 96421K	20,00 € 9,00 €	12 UE für bis zu 4 Patienten, innerhalb von 20 Wochen
9 LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung Schulungsmaterial	99820M 99821M	25,00 € 9,89 €	99850M 99851M	25,00 € 9,89 €	96020M 96021M	25,00 € 9,89 €	96320M 96321M	25,00 € 9,89 €	96420M 96421M	25,00 € 9,89 €	10 UE (Module 1 - 5) für bis zu 10 Patienten, innerhalb von 20 Wochen
10 Jugendliche mit Diabetes Schulungsmaterial	- -	- -	- -	- -	96020J 96021J	25,00 € 100,00 €	96320J 96321J	25,00 € 100,00 €	- -	- -	16 UE für 10 Patienten, innerhalb von 6 Tagen
11 Diabetesbuch für Kinder Schulungsmaterial	- -	- -	- -	- -	96020P 96021P	25,00 € 19,90 €	96320P 96321P	25,00 € 19,90 €	- -	- -	i.d.R. 8 Unterrichtseinheiten für Kinder zwischen 6 und 12 Jahren
12 Strukturiertes geriatrisches Schulungsprogramm Schulungsmaterial	99830A 99831A	15,00 € 8,90 €	99860A 99861A	15,00 € 8,90 €	- -	- -	96330A 96331A	15,00 € 8,90 €	96430A 96431A	15,00 € 8,90 €	7 UE a 45 Min., innerhalb von 8 Wo. für 4 - 6 Pat. im höheren Lebensalter (multimorbid, geriatrisch, ab 65 J.) nur von diabetologischen Schwerpunktpraxen zu erbringen
13 PRIMAS Schulungsmaterial	- -	- -	99860C 99861C	20,00 € 17,99 €	96030C 96031C	20,00 € 17,99 €	96330C 96331C	20,00 € 17,99 €	96430C 96431C	20,00 € 17,99 €	12 UE a 90 Min., 3 bis 8 Patienten, 6-12 Wochen Schulungsdauer, wöchentlich 1-2 Termine
KHK Schulungsprogramm											
14 Kardio-Fit * Schulungsmaterial	99830F 99831F	20,00 € 9,99 €	99860F 99861F	20,00 € 9,99 €	96030F 96031F	20,00 € 9,99 €	96330F 96331F	20,00 € 9,99 €	96430F 96431F	20,00 € 9,99 €	3 UE für 4 -6 Patienten, innerhalb von 6 Wochen
Hypertonieschulungsprogramme											
15 Modulare Bluthochdruckschulung IPM Schulungsmaterial je Modul	99820L 99821L	12,50 € 2,00 €	99850L 99851L	12,50 € 2,00 €	96020L 96021L	12,50 € 2,00 €	96320L 96321L	12,50 € 2,00 €	96420L 96421L	12,50 € 2,00 €	2 - 10 UE für 8 - 10 Patienten, in wöchentlichen Abständen, innerhalb von 8 Wochen
16 Hypertonie-Schulung (ZI)* Schulungsmaterial	99820S 99821S	20,00 € 9,00 €	99850S 99851S	20,00 € 9,00 €	96020S 96021S	20,00 € 9,00 €	96320S 96321S	20,00 € 9,00 €	96420S 96421S	20,00 € 9,00 €	4 UE für 4 Patienten, innerhalb von 4 Wochen
17 HyPOS Schulungsmaterial	- -	- -	99850I 99851I	25,00 € 6,00 €	96020I 96021I	25,00 € 6,00 €	96320I 96321I	25,00 € 6,00 €	96420I 96421I	20,00 € 6,00 €	5 UE a 90 Min., für 4 - 6 Patienten, innerhalb von 10 Wochen
Schulungen zum Gerinnungsselbstmanagement											
18 SPOG - Schulungsprogr. orale Gerinnungsstörung Schulungsmaterial	99820G 99821G	20,00 € 5,00 €	99850G 99851G	20,00 € 5,00 €	96020G 96021G	20,00 € 5,00 €	96320G 96321G	20,00 € 5,00 €	96420G 96421G	20,00 € 5,00 €	4 UE für bis zu 6 Patienten, in wöchentlichen Abständen
Asthmaschulungsprogramme											
19 NASA /AFA Schulungsmaterial	99820R 99821R	20,00 € 9,00 €	99850R 99851R	20,00 € 9,00 €	96020R 96021R	20,00 € 9,00 €	96320R 96321R	20,00 € 9,00 €	96420R 96421R	20,00 € 9,00 €	6 UE a 60 Min, für bis zu 8 Patienten, innerhalb von 12 Wochen
20 Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung * Schulungsmaterial	99820Q 99821Q	20,00 € 9,00 €	99850Q 99851Q	20,00 € 9,00 €	96020Q 96021Q	20,00 € 9,00 €	96320Q 96321Q	20,00 € 9,00 €	- -	- -	18 UE a 45 Min. für Kinder und 12 UE a 45 Min. für Eltern für bis zu 8 Patienten innerhalb von 20 Wochen
21 ASEV-Schulung * Asthmaschulung von Vorschulkindern unter Einbeziehung der Eltern, Astham-Kleinkindschulung	99830D 99830E 99831D	20,00 € 35,00 € 9,00 €	99860D 99860E 99861D	20,00 € 35,00 € 9,00 €	96030D 96030E 96031D	20,00 € 35,00 € 9,00 €	96330D 96330E 96331D	20,00 € 35,00 € 9,00 €	- - -	- - -	1. - 12. UE a 45 Min., für bis zu 6 Patienten 13. UE a 45 Min., für bis zu 6 Patienten, die 1. bis 13. UE sind innerhalb von 20 Wochen
COPD-Schulungsprogramme											
22 ATEM	99830H 99831H	37,50 € 10,00 €	99860H 99861H	37,50 € 10,00 €	96030H 96031H	37,50 € 10,00 €	96330H 96331H	37,50 € 10,00 €	96430H 96431H	37,50 € 10,00 €	4 UE (je 120 Minuten), die in einem angemessenen Zeitrahmen zu erfolgen haben, für bis zu 8 Pat.
23 Schulung COPD nach Bad Reichenhaller Modell Schulungsmaterial	99820X 99821X	20,00 € 9,00 €	99850X 99851X	20,00 € 9,00 €	96020X 96021X	20,00 € 9,00 €	96320X 96321X	20,00 € 9,00 €	96420X 96421X	20,00 € 9,00 €	6 UE a 60 Min. für 8 - 15 Patienten, innerhalb von 12 Wochen
24 COBRA/AFBE Schulungsmaterial	99820T 99821T	20,00 € 9,00 €	99850T 99851T	20,00 € 9,00 €	96020T 96021T	20,00 € 9,00 €	96320T 96321T	20,00 € 9,00 €	96420T 96421T	20,00 € 9,00 €	6 UE a 60 Min, für bis zu 8 Patienten, innerhalb von 12 Wochen
Osteoporose-Schulungsprogramme											
25 Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie	99830G 99831G	25,00 € 12,90 €	99860G 99861G	25,00 € 12,90 €	96030G 96031G	25,00 € 12,90 €	96330G 96331G	25,00 € 12,90 €	96430G 96431G	25,00 € 12,90 €	5 UE a 60 Min., die in einem angemessenen Zeitrahmen zu erfolgen haben !!! Nur für AOK- und IKK- und KNAPPSCHAFTs-Versicherte in allen DMP!!!

UE - eine Unterrichtseinheit umfasst grundsätzlich einen Zeitraum von 90 Minuten

* Neu ab 1. Juli 2025: Die Kennzeichnung, der im Videoformat erbrachten Schulungen erfolgt zusätzlich über die Kennzahl 96000.

SCHLÜSSEL-TABELLE

gültig ab:

Version:

01.10.2024

1.06

Code	Bezeichnung
00	nicht gesetzt
01	DM2
02	Brustkrebs
03	KHK
04	DM1
05	Asthma
06	COPD
07	HI*
08	Depression*
09	Rückenschmerz*
10	Rheuma*
11	Osteoporose
12	Adipositas*
30	DM2 und KHK
31	Asthma und DM2
32	COPD und DM2
33	COPD und KHK
34	COPD, DM2 und KHK
35	Asthma und KHK
36	Asthma, DM2 und KHK
37	Brustkrebs und DM2
38	DM1 und KHK
39	Asthma und DM1
40	Asthma und Brustkrebs
41	Brustkrebs und KHK
42	Brustkrebs und COPD
43	COPD und DM1
44	Brustkrebs, DM1 und KHK
45	Asthma, Brustkrebs und DM1
46	Brustkrebs und DM1
47	COPD, DM1 und KHK
48	Brustkrebs, COPD und DM2
49	Asthma, DM1 und KHK
50	Asthma, Brustkrebs und KHK
51	Brustkrebs, COPD und KHK
52	Brustkrebs, COPD, DM2 und KHK
53	Asthma, Brustkrebs, DM2 und KHK
54	Brustkrebs, DM1 und KHK
55	Asthma, Brustkrebs und DM1
56	Asthma, Brustkrebs, DM1 und KHK
57	Brustkrebs, COPD und DM1
58	Brustkrebs, COPD, DM1 und KHK

* keine DMP-Vereinbarung in Sachsen-Anhalt umgesetzt