

DMP: Neue Teilnahme und Einwilligungserklärung der Versicherten ab 1. April 2021

Da sich die gesetzliche Grundlage für die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) geändert hat, wurden auch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) inklusive der Patienteninformation und der Information zum Datenschutz für alle DMP überarbeitet.

Ab 1. April 2021 ist nur noch die neue 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.

Die bislang eingesetzten indikationsübergreifenden TE/EWE (70, 070A, 070B, 070C, 070D) sind nicht mehr zu verwenden.

Die folgenden bisherigen indikationsspezifischen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen entfallen und sind nicht mehr zu benutzen:

- DMP Brustkrebs: 020B, 020C, 020D, 020E
- DMP Asthma/COPD: 050C, 050D, 060B, 060C, 060D
- DMP Diabetes mellitus Typ 1: 010D, 010F
- DMP Diabetes mellitus Typ 2: 10, 010C, 010D, 010E, 010F
- DMP KHK: 030B, 030C, 030D

Die neue indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung (070E) führt auch alle zukünftigen neuen strukturierten Behandlungsprogramme (Depression, rheumatoide Arthritis, Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Osteoporose) als Ankreuzfelder mit auf. **Für diese Diagnosen gibt es noch keine Verträge in Sachsen-Anhalt. Es können keine Versicherten in diese DMP eingeschrieben werden.**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Erklärung
zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für

070E

Krankenhaus-IK

Diabetes mellitus Typ 1 Koronare Herzkrankheit Asthma Brustkrebs Depression Rheumatoide Arthritis

oder oder 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 erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen.

Exemplar für die Datenstelle

Ansprechpartnerin:
Claudia Scherbath
Tel. 0391 627-6236

Dieses Formular kann in den Formularstellen der KVSA unter Tel. 0391 627-6031, 0391 627-7031 oder 0345 2998 0040 abgefordert werden.