

Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme

Teil 2: Organisatorisch- administrativer Rahmen für die Durchführung

Schriftliches Informations- und
Schulungsmaterial für Ärzte¹

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text nur die männliche Form verwendet, dennoch sind gleichrangig beide Geschlechter gemeint.

Inhalt

1. Einführung	3
2. Hintergrund: Zur Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen	4
3. Einige wichtige Aspekte vorab	5
4. Der Programmstart mit Eingangsuntersuchung und Einschreibung	7
5. Was zum Programmstart noch wichtig ist	16
6. Wie es nach der Einschreibung weitergeht	18
7. Was Sie sonst noch wissen sollten	20
8. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für eine künftige Neuauflage dieser Information?	22
9. Adressen	22

1. Einführung

Ziel von Teil 2 des Wegweisers durch strukturierte Behandlungsprogramme

Ergänzend zu den indikationsspezifischen Broschüren (Teil 1 des schriftlichen Informations- und Schulungsmaterials) möchten wir Ihnen mit dieser als Teil 2 des schriftlichen Informations- und Schulungsmaterials herausgegebenen Broschüre alle weiteren Informationen geben, damit die strukturierten Behandlungsprogramme erfolgreich umgesetzt werden können.

Weitere wichtige Informationen zur Umsetzung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme

Aufbau und Inhalt

Die Broschüre beginnt mit einem kurzen Überblick zum Hintergrund der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme.

In Kapitel 3 wird kurz auf die Zulassung von Behandlungsprogrammen sowie auf einige grundlegende Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten eingegangen.

In ausführlicherer Form wird in Kapitel 4 auf alle administrativen und organisatorischen Aspekte eingegangen, die mit dem Start eines Programmes verbunden sind.

Kapitel 5 ergänzt die Ausführungen des vorangegangenen Kapitels insofern, als einige weitere Aspekte kurz dargestellt werden, die wichtiges Hintergrundwissen für die Programmdurchführung bilden.

Wie es nach dem Start der Programme weitergeht, ist in Kapitel 6 beschrieben.

Was sonst noch im Zusammenhang mit den strukturierten Behandlungsprogrammen wissenswert ist, enthält Kapitel 7.

Abschließend bitten wir Sie in Kapitel 8 um Ihre Meinung zu dieser Broschüre und ggf. um Verbesserungsvorschläge für eine Neuauflage.

2. Hintergrund: Zur Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen

Reform des RSA

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

Mit den Regelungen des Gesetzes erhielt der Gemeinsame Bundesausschuss – ein mit Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer besetztes Gremium – zwei Aufträge: Er sollte dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), seit Ende 2002 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)

Gemeinsamer Bundesausschuss schlägt Krankheiten vor

1. sieben, mindestens jedoch vier Krankheiten vorschlagen, für die strukturierte Behandlungsprogramme zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker eingeführt werden sollten,

Gemeinsamer Bundesausschuss empfiehlt Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme

2. eine Empfehlung geben, welchen Anforderungen diese strukturierten Behandlungsprogramme genügen müssen, und zwar hinsichtlich,
- der Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
 - der durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen,
 - Voraussetzung und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
 - Schulung der Versicherten und der Leistungserbringer,
 - Dokumentation,
 - Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) eines Programms.

Vier Krankheiten für Programme vorgeschlagen

Am 28. Januar 2002 hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem BMGS die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen für die folgenden vier Krankheiten vorgeschlagen:

- Diabetes mellitus
- Mammakarzinom
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Asthma bronchiale/COPD.

Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschuss zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme setzte das Ministerium mit der 4. Verordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (4. RSAÄndV) um. Die 4. RSAÄndV trat am 1. Juli 2002 in Kraft. Sie beinhaltet sowohl allgemeine als auch krankheitsspezifische Anforderungen an die Behandlungsprogramme.

Empfehlungen für die krankheitsspezifischen Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme finden sich jeweils als Anlagen zu der Verordnung.

Seit dem 1. Juli 2002 sind damit die rechtlichen Grundlagen dafür gegeben, dass gesetzliche Krankenversicherungen strukturierte Behandlungsprogramme anbieten und Sie als Arzt eingeschriebene Versicherte entsprechend den Festlegungen der Verordnung behandeln können.

Im Anschluss an die 4. RSAÄndV folgten weitere Verordnungen, in denen Schritt für Schritt weitere der vorgeschlagenen Indikationen eingeführt wurden, wie etwa mit der 7. RSAÄndV zum 1. Mai 2003 die Indikation koronare Herzkrankheit (KHK). In den Verordnungen werden die Behandlungsprogramme zudem weiterentwickelt, indem beispielsweise Abläufe vereinfacht werden.

Rechtliche Grundlagen für den Start der Programme bestehen seit dem 1. Juli 2002

3. Einige wichtige Aspekte vorab

Wie strukturierte Behandlungsprogramme zugelassen werden: die Akkreditierung

Krankenkassen bzw. deren Verbände müssen beim Bundesversicherungsamt für ein Behandlungsprogramm eine Zulassung beantragen. Eine Zulassung erteilt das Bundesversicherungsamt nur, wenn die Programme die in der Risikostrukturausgleichsverordnung formulierten Anforderungen erfüllen und wenn die Verträge zur Durchführung der Programme vorliegen. Dazu müssen das Programm selbst sowie die zur Durchführung geschlossenen Verträge von den Krankenkassen bzw. deren Verbänden beim Bundesversicherungsamt eingereicht werden. Das Bundesversicherungsamt prüft die eingereichten Unterlagen längstens innerhalb einer Frist von drei Monaten und erteilt – vorausgesetzt die Anforderungen sind erfüllt – die Zulassung. Wenn erforderlich, kann die Zulassung mit Auflagen versehen werden.

Zulassung der Programme muss von den Kassen beantragt werden

Was Ihr Patient/Ihre Patientin wissen sollte:

Strukturierte Behandlungsprogramme sind durch eine staatliche Behörde zugelassen und müssen von Experten ausgearbeitete und durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) festgelegte Qualitätsanforderungen erfüllen.

Teilnahme am Programm ist kostenlos und freiwillig

Kosten der Programme und Freiwilligkeit der Teilnahme

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

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

Was Ihr Patient/Ihre Patientin wissen sollte:

Die Teilnahme ist freiwillig und grundsätzlich kostenfrei. Die Nichtteilnahme ist mit keinerlei Konsequenzen verbunden.

Austritt aus dem Programm jederzeit möglich

Jederzeitiges Ausscheiden möglich

Bereits eingeschriebene Patienten können jederzeit aus dem Programm durch Widerruf ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung wieder austreten. Eine einfache Mitteilung des Patienten/der Patientin gegenüber seiner/ihrer Krankenkasse ist ausreichend.

Was Ihr Patient/Ihre Patientin wissen sollte:

Ein Austritt ist jederzeit möglich. Eine einfache Mitteilung an die Krankenkasse reicht aus.

4. Der Programmstart mit Eingangsuntersuchung und Einschreibung

Warum einschreiben?

Um am Programm teilnehmen zu können, müssen sich die Patienten bei ihrer Krankenkasse in das Programm einschreiben. Gründe für die Einschreibung sind:

- Krankenkassen sind Betreuungsfunktionen zugeordnet (siehe Kapitel 6). Diese Betreuungsfunktionen können natürlich nur wahrgenommen werden, wenn die Krankenkassen wissen, wer am Programm teilnimmt.
- Das Angebot von strukturierten Behandlungsprogrammen durch die Krankenkassen ist mit dem Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen – dem so genannten Risikostrukturausgleich – verknüpft: Krankenkassen wird im Rahmen dieses Finanzausgleiches für eingeschriebene Versicherte ein höherer Beitragsbedarf zuerkannt als für nicht eingeschriebene Versicherte.

In der Verordnung sind die Bedingungen genau festgelegt, zu denen Krankenkassen ihre Patienten in das Programm einschreiben können.

Ihre Patienten müssen sich bei ihrer Kasse einschreiben

BMGS gibt Einschreibeformalitäten genau vor

Voraussetzungen für die Einschreibung

Zur Einschreibung sind erforderlich:

- die schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten,
- die schriftliche Einwilligung des Versicherten, dass die von Ihnen zu dokumentierenden Informationen für genau beschriebene Zwecke genutzt werden dürfen,
- die schriftliche Diagnosebestätigung durch Sie,
- das Vorliegen der vollständig ausgefüllten und von Ihnen unterschriebenen Erstdokumentation.

Einschreibung erfordert:

1. Teilnahmeerklärung
2. Einwilligung
Datennutzung
3. Diagnosebestätigung
4. Erstdokumentation

Ansprache von Versicherten/Ihren Patienten

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

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

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

Krankenkassen haben ihre Versicherten i. d. R. schon informiert

Aber nicht alle Krankenkassen haben vorab informiert – teilweise auch generell darauf verzichtet, betroffene Versicherte anzuschreiben und zu informieren. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass die Informationen nicht alle Patienten erreicht haben.

Bitte sprechen Sie Patienten eigeninitiativ auf eine mögliche Programmteilnahme an

Daher die Bitte an Sie:

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

Aufklärung der Patienten über die Programmbestandteile

Worüber Sie die Patienten und Patientinnen vor der Eingangsuntersuchung ggf. noch aufklären sollten

Je nach Informationsstand Ihrer Patienten sollte ggf. noch einmal eine kurze Aufklärung über die Ziele des Programms, die Ausrichtung der Behandlung im Rahmen des Programms an wissenschaftlich anerkannten Methoden sowie die Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Therapeuten erfolgen.

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

Ziele des Programms

Verringerung der Mortalität, von Folgeerkrankungen, Komplikationen und Symptomen der Erkrankung sowie mehr Lebensqualität sind Ziele

Die Vermeidung von Symptomen der Erkrankungen, eine möglichst hohe Lebenserwartung, die Verhinderung von Komplikationen und Folgeerkrankungen sowie auch die Senkung der Mortalität, sofern möglich, sind übergeordnete Programmziele. Dazu gehört, Symptome, aber auch unerwünschte Nebenwirkungen der Behandlung zu vermeiden bzw. zu verringern.

Evidenzbasierte Programmgrundlagen

Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten Methoden

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

Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Fachleute

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

Kooperation und Abstimmung festgelegt

Eingangsuntersuchung:

Diagnosesicherung und Vereinbarung von Therapiezielen

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

Diagnosesicherung und Eingangsuntersuchung stehen am Anfang

- dass die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme gegeben sind (Diagnosesicherung, genau beschrieben und übersichtlich dargestellt in den indikationsspezifischen Broschüren),
- dass der Patient zur aktiven Mitwirkung an der Umsetzung der Programminhalte bereit ist,
- dass nach ärztlicher Einschätzung eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Erhöhung der Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung zu erwarten sind.

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

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

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

Die für die Einschreibung erforderliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die schriftliche Diagnosebestätigung erfolgen auf dem Einschreibeformular.

Die Erklärungen Ihres Patienten/Ihrer Patientin sowie das Ergebnis der Diagnosesicherung sind in einem Formular, dem Einschreibeformular (Teilnahme- und Einwilligungserklärung), zusammengefasst. Für jede Indikation gibt es ein eigenes Formular.

Diagnosebestätigung und Erklärungen des Versicherten erfolgen auf dem Einschreibeformular

Aufbau des Einschreibeformulars

Das Einschreibeformular ist für jede Indikation gleich aufgebaut. Es besteht aus drei Blöcken:

- Im „oberen Block“ erklärt der/die Versicherte unter Angabe von Datum und mit seiner/ihrer Unterschrift, dass er/sie am jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen möchte, und dass ihm/ihr die textlich ausgeführten Bedingungen der Teilnahme bekannt sind.

Seine/ihre Unterschrift bestätigt auch, dass er/sie Sie für die Dauer seiner/ihrer Teilnahme als (Koordinations-)Arzt wählt bzw. dass er/sie den auf dem Einschreibeformular zu benennende(n) Arzt als (Koordinations-)Arzt wählt (zu den Aufgaben des (Koordinations-)Arztes siehe Kapitel 6).

- Im „mittleren Block“ willigt er/sie – wiederum unter Angabe von Datum und mit seiner/ihrer Unterschrift – darin ein, dass seine/ihre Daten in der beschriebenen Form für die ebenfalls ausgeführten Zwecke genutzt werden dürfen.
- Im unteren Block bestätigen Sie entsprechend den Ergebnissen Ihrer Eingangsuntersuchung unter Angabe des Datums mit Ihrer Unterschrift,
 - dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Einschreibung gegeben sind,
 - dass seitens des Patienten/der Patientin eine grundsätzliche Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen besteht,
 - dass eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Erhöhung der Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung zu erwarten sind.

Wie Sie Einschreibeformulare erhalten

Rechtzeitig zum Start eines strukturierten Behandlungsprogramms werden Ihnen die Einschreibeformulare bereitgestellt. Sollten Sie noch keine Einschreibeformulare erhalten haben, wenden Sie sich an Ihre Kassenärztliche Vereinigung Bremen.

Einschreibeformulare halten ggf. auch die Krankenkassen für ihre Versicherten bereit. In Einzelfällen kann es auch sein, dass die Versicherten bei ihrem nächsten Arztbesuch bereits ein Einschreibeformular mitbringen.

Formulare werden Ihnen
zugestellt

**Was beim Einschreibeformular zu beachten ist
und wohin es zu versenden ist**

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- Der oben links befindliche „Kasten“ mit den Angaben zur Person, zur Krankenkasse usw. wird – wie bei allen anderen Mustervordrucken auch – durch Einlesen der Krankenversichertenkarte ausgefüllt.
- Alle anderen auszufüllenden Felder müssen vollständig ausgefüllt sein, die Datumsangaben müssen lesbar sein. Eine Einschreibung kann die Krankenkasse nur vornehmen, wenn alle vorgesehenen Angaben bzw. Unterschriften erfolgt sind!
- Die Vertragspartner haben eine gemeinsame Datenstelle beauftragt, an die das Original des Einschreibeformulars zusammen mit dem Original des Erstdokumentationsbogens (siehe nachfolgende Ausführungen) zu senden ist.
- Ein Durchschlag des Originals ist für Ihre Unterlagen und ein Durchschlag für den Patienten/die Patientin bestimmt.

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

Was Ihr Patient/Ihre Patientin wissen sollte:

Eine Einschreibung – und damit eine Teilnahme am Programm – ist nur möglich, wenn das Einschreibeformular komplett ausgefüllt ist. Insbesondere ist zu beachten, dass aufgrund der gesetzlichen Vorgaben keine Einschreibung erfolgen kann, wenn der Patient/die Patientin nicht in die vorgesehene Datennutzung einwilligt.

Behandlungsverlauf muss dokumentiert werden

Weiterhin für die Einschreibung erforderlich:

Die Erstdokumentation

Die Umsetzung bzw. Durchführung der Versorgung entsprechend den Maßgaben des Programms basiert wesentlich auf Informationen zum Behandlungsverlauf, die in der Verordnung genau bestimmt sind.

Diese Informationen sind erstmals im Zusammenhang mit der Erstuntersuchung zu erheben (Erstdokumentation).

(Vordrucke Erst- und Folgedokumentationsbögen werden Ihnen von der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen zur Verfügung gestellt.)

Wofür die Daten genutzt werden

Entsprechend den Vorgaben der Verordnung sind die Informationen für folgende Zwecke zu erheben und auszuwerten:

- **Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten**
Die Krankenkassen sollen ihre Versicherten auf der Basis der zu dokumentierenden Informationen bei der Durchführung des Programms unterstützen, z. B. dadurch, dass die eingeschriebenen Versicherten an die Einhaltung von vereinbarten Folgeterminen und ggf. die Teilnahme an Patientenschulungen erinnert werden (siehe dazu auch Kapitel 6).
- **Qualitätssicherungsmaßnahmen für Ärzte**
Auf der Basis der erhobenen Daten werden Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgesehen. Diese können z. B. in Form von Feedback-Berichten erfolgen. Diese Verfahren sollen Aufschluss darüber geben, inwieweit die vertraglich vereinbarten Qualitätsziele erreicht und bei Bedarf verbesserungsfähig sind. Weitere geeignete Verfahren können Qualitätszirkel oder auch Informationen in Form schriftlicher Berichte sein. Die konkrete Ausgestaltung ist in dem Vertrag geregelt, an dem Sie teilnehmen (siehe dazu auch Kapitel 6).
- **Evaluation des Erfolges der Programmdurchführung**
Schließlich sieht der Ordnungsgeber vor, dass die Daten in der oben beschriebenen pseudonymisierten Form auch dazu genutzt werden, die Programme auf ihren Erfolg hin durch unabhängige Sachverständige zu untersuchen (siehe dazu auch Kapitel 7).

Was beim Erstdokumentationsbogen zu beachten ist und wohin er zu versenden ist

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- Der oben links befindliche „Kasten“ mit den Angaben zur Person, zur Krankenkasse usw. wird – wie bei allen anderen Mustervordrucken auch – durch Einlesen der Krankenversichertenkarte gefüllt.
- **Alle** anderen auszufüllenden Felder müssen **vollständig** und lesbar ausgefüllt sein. Eine Einschreibung kann die Krankenkasse nur vornehmen, wenn alle vorgesehenen Angaben bzw. Unterschriften erfolgt sind!

Der Erstdokumentationsbogen muss vollständig ausgefüllt sein

Übermittlungsfristen für die Erstdokumentation:

Ein Blatt des Erstdokumentationsbogens ist für Sie bestimmt, eines für den Patienten/die Patientin. Das Original wird an die Datenstelle gesendet (Adresse, siehe Seite 22).

Um eine Überbelastung der Datenstelle zum Ende des Quartals zu vermeiden und eine zügige Bearbeitung und ggf. Korrektur zu ermöglichen, sollte die Erstdokumentation zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung grundsätzlich spätestens 3 Wochen nach Befunderhebung an die Datenstelle gesandt werden.

Sofern die Dokumentation jedoch am Ende eines Quartals erstellt wird, muss die Dokumentation bis zum zehnten Tag nach Ablauf des Quartals in dem die Dokumentation erstellt und unterschrieben wurde, bei der Datenstelle vorliegen.

Korrekturen:

Sollten Sie von der Datenstelle einen Dokumentationsbogen mit der Bitte um Korrektur zurückerhalten, senden Sie den korrigierten Bogen bitte unverzüglich zurück.

Korrekturen müssen spätestens **52 Tage** nach Ablauf des Dokumentationsintervalls in dem Sie erstellt und unterschrieben wurden, bei der Datenstelle vorliegen und zur Plausibilisierung der Dokumentation führen. Sonst muss diese Dokumentation als verfristet und somit fehlend gewertet werden.

Was Ihr Patient/Ihre Patientin wissen sollte:

Die Erhebung und Nutzung der Daten erfolgt, damit Ihr Patient/Ihre Patientin während der Teilnahme am Programm optimal betreut werden kann; weiterhin dafür, dass der Erfolg der Behandlung im Programm untersucht und die Programmdurchführung ggf. weiter verbessert werden können.

Einschreibung durch die Krankenkasse

Die Krankenkasse bzw. die Datenstelle prüft die bei ihr eingehenden Einschreibe- und Erstdokumentationsbögen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Liegen alle für die Einschreibung maßgeblichen Informationen vor und sind alle Voraussetzungen erfüllt, werden Ihre Patienten bei der Krankenkasse als „Teilnehmer“ registriert (Einschreibung).

Einschreibung erfolgt durch die Kasse

Patient erhält Teilnahmebestätigung und neue Krankenversichertenkarte

Information des Versicherten/der Versicherten und des (Koordinations-)Arztes

Erfolgreich eingeschriebene Patienten erhalten eine Teilnahmebestätigung von der Krankenkasse und eine neue Krankenversichertenkarte. Die alte Karte wird eingezogen.

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

Was Ihr Patient/Ihre Patientin wissen sollte:

Nachdem die Krankenkasse überprüft hat, ob die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind, nimmt sie die Einschreibung vor. Ihr Patient/Ihre Patientin erhält eine Teilnahmebestätigung und eine neue Krankenversichertenkarte.

Der Programmstart im Überblick

Ihre Aufgaben	Aufgaben der Krankenkasse
Ansprache, Durchführung der Eingangsuntersuchung/ Diagnosesicherung und Dokumentation	Vorinformation des/der Versicherten
Ausfüllen der Teilnahmeerklärung mit dem Patient/der Patientin	Registrierung (Einschreibung)
Anamnese	
Erhebung aktueller Befunde und ggf. Laborparameter und Dokumentation	
Aufstellung Behandlungsplan (inkl. Terminabsprachen und ggf. Über- weisungen) und Dokumentation	
Vereinbarung von Therapiezielen, ggf. von Schulungen und Dokumentation	
Versendung Teilnahmeerklärung Erstdokumentationsbogen an die Datenstelle	

5. Was zum Programmstart noch wichtig ist

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

Mitwirkungspflichten des Patienten/der Patientin: Einhaltung vereinbarter Termine und ggf. Teilnahme an Patientenschulungen

Der Verordnungsgeber hat der aktiven Mitwirkung des Patienten/der Patientin großes Gewicht beigemessen. Vorgabe ist deshalb auch, dass Patienten von der weiteren Teilnahme am Programm ausgeschlossen werden müssen, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten zwei veranlasste Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen haben. Ein Ausschluss muss auch erfolgen, wenn innerhalb von drei Jahren zwei der Dokumentationen fehlen. Dazu müssen Patienten natürlich die vereinbarten Termine einhalten.

Was Ihr Patient/Ihre Patientin wissen sollte:

Grundlage und Voraussetzung für den Erfolg des Programms ist die aktive Mitarbeit Ihres Patienten/Ihrer Patientin. Dazu gehört ggf. die Teilnahme an Patientenschulungen.

Weisen Sie ihn/sie bitte auch darauf hin, dass die Krankenkassen die Teilnahme am Programm beenden müssen, wenn veranlasste Schulungen ohne plausible Begründung versäumt werden. Auch müssen Patienten vereinbarte Termine einhalten, damit die erforderlichen Dokumentationen ausgefüllt werden können.

„Lotse“ der Patienten durch das Programm

Aufgaben des (Koordinations-)Arztes

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

Das beginnt mit der Einschreibung. Der (Koordinations-)Arzt sichert die Diagnose, prüft, ob der Patient/die Patientin von einer Teilnahme profitiert, führt die Eingangsuntersuchung durch und füllt die Erstdokumentation aus.

Für den weiteren Verlauf der Behandlung setzt der (Koordinations-)Arzt gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin Therapieziele fest. Anschließend begleitet er/sie den Patienten/die Patientin langfristig und kontinuierlich durch das Programm und dokumentiert die Behandlung (Folgedokumentation). Patienten werden aus dem Programm ausgeschlossen, wenn innerhalb von drei Jahren zwei der zu erstellenden quartalsbezogenen Dokumentationen fehlen.

Was Ihr Patient/Ihre Patientin wissen sollte:

Bitte informieren Sie die Patienten über die Aufgaben des (Koordinations-)Arztes.

Wer welche Daten erhält

Der Ordnungsgeber hat genau festgelegt, wer wann welche der von Ihnen dokumentierten Daten in welcher Form erhält:

- Einen Durchschlag bzw. einen Ausdruck (bei elektronischer Übermittlung der Formulare), auf dem alle von Ihnen dokumentierten Informationen sowie Ihre Unterschrift erkennbar sind, erhalten jeweils Sie und Ihr Patient/Ihre Patientin.
- Das Original geht an die Datenstelle.
- Die von Ihnen dokumentierten Informationen müssen weiterhin für die Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten des Behandlungsprogramms durch einen unabhängigen Sachverständigen (Evaluation, siehe unten, Kapitel 7) bereitgestellt werden. Bevor die Daten an die unabhängigen Sachverständigen weitergegeben werden, müssen sie pseudonymisiert werden. D. h. alle Namen und weiteren Merkmale, die es ermöglichen, solche Informationen einer Person zuzuordnen, werden durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert. Es können dann keine Rückschlüsse mehr auf Sie oder auf einzelne Patienten gezogen werden.

Datenzugang für die Evaluation nur in pseudonymisierter Form

Datenschutz

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

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

Strenge Datenschutzbestimmungen

Patient/-in ist schriftlich über Dokumentation zu informieren

Zugang zu den Daten haben nur besonders geschulte Personen

Daten werden nach Ablauf einer festgelegten Frist gelöscht

Was Ihr Patient/Ihre Patientin wissen sollte:

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

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

6. Wie es nach der Einschreibung weitergeht

Aufgaben des (Koordinations-)Arztes

Sicherung der Kontinuität
und Einhaltung der
Programmgrundlagen

Einhaltung der Programmgrundlagen in der Behandlung und Kontinuität des Behandlungsverlaufs

Dem (Koordinations-)Arzt kommt die Aufgabe zu sicherzustellen, dass die Behandlung kontinuierlich erfolgt und sich dabei an den medizinischen Vorgaben orientiert, wie sie in den krankheitsspezifischen Broschüren dokumentiert sind.

- Wichtiger Teil dabei ist die Überprüfung und ggf. Veränderung der gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin abgestimmten Therapieziele.
- Dazu gehört die Wiedereinbestellung von Patienten/Patientinnen zu Wiederholungsuntersuchungen und die Einleitung weiterer Therapiemaßnahmen (selbst oder in Absprache mit weiteren Fachleuten).
- Weiterhin gehört dazu die Abstimmung der weiteren Behandlung mit allen anderen in die Behandlung einbezogenen Ärzten (niedergelassene Kollegen, Krankenhausärzte, Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen) und nichtärztlichen Therapeuten und Beratern (Erährungsberater etc.).

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

Folgedokumentationen

Die Folgedokumentation und die dafür notwendigen Untersuchungen sind je nach den Vorgaben in der Verordnung anzufertigen. Entsprechende Informationen enthalten die indikationsspezifischen Broschüren, in denen die medizinischen Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme beschrieben sind.

Folgedokumentationen
quartalsweise oder jedes
2. Quartal

Beachten Sie auch hier wieder bitte die folgenden Punkte:

- Der oben links befindliche Kasten mit den Angaben zur Person, zur Krankenkasse usw. wird – wie bei allen Mustervordrucken auch – durch Einlesen der Krankenversichertenkarte ausgefüllt.
- **Alle** anderen auszufüllenden Felder müssen **vollständig** und lesbar ausgefüllt sein.
- Ein Blatt des Folgedokumentationsbogens ist für Sie bestimmt, eines für den Patienten (bzw. bei elektronischer Übermittlung ein Ausdruck). Das Original wird an die Datenstelle gesendet (Adresse S. 22).

Übermittlungsfristen für die Folgedokumentation:

Um eine Überbelastung der Datenstelle zum Ende des Quartals zu vermeiden und eine zügige Bearbeitung ggf. Korrektur zu ermöglichen, sollte auch die Folgedokumentation grundsätzlich spätestens 3 Wochen nach Befunderhebung an die Datenstelle gesandt werden.

Sofern die Dokumentation jedoch am Ende eines Quartals erstellt wird, muss die Dokumentation bis zum zehnten Tag nach Ablauf des Dokumentationszeitraums in dem diese erstellt und unterschrieben wurde, bei der Datenstelle vorliegen.

Bitte beachten Sie zusätzlich, dass die Folgedokumentation in dem von Ihnen gewählten Dokumentationsintervall (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal, im DMP Brustkrebs nur jedes zweite Quartal) erstellt wird.

Korrekturen:

Sollten Sie von der Datenstelle einen Dokumentationsbogen mit der Bitte um Korrektur zurückerhalten, senden Sie den korrigierten Bogen bitte unverzüglich zurück.

Korrekturen müssen spätestens **52 Tage** nach Ablauf des Dokumentationsintervalls in dem Sie erstellt und unterschrieben wurden, bei der Datenstelle vorliegen und zur Plausibilisierung der Dokumentation führen. Sonst muss diese Dokumentation als verfristet und somit fehlend gewertet werden.

Vertrag regelt Fortbildungsverpflichtungen

Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen

Entsprechend den Forderungen des Ordnungsgebers beinhaltet der Vertrag, an dem Sie teilnehmen, Regelungen zur krankheitsspezifischen Fortbildung.

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

Kassen geben Erinnerungshilfen

Unterstützung der Kontinuität des Behandlungsverlaufs durch die Krankenkasse

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

Verschiedene Kassen halten weitere Unterstützungen als Programmleistungen vor. So z.B. Programmmaterialien, Beratungsleistungen etc.

Welche Maßnahmen in welchen Fällen im Einzelnen zum Einsatz kommen, kann dabei von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich sein. Weitergehende Informationen dazu können Ihnen die Krankenkassen selbst geben.

Ärztliche Qualitätssicherung ist wesentlicher Programmbestandteil

Qualitätssicherungsmaßnahmen für Ärzte

Programmbestandteil ist weiterhin, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen für die ärztliche Behandlung erfolgen, die Ihnen eine regelmäßige Selbstkontrolle ermöglichen. Dies können z. B. Feedback-Berichte oder Qualitätszirkel sein.

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

7. Was Sie sonst noch wissen sollten

Wechsel des Koordinationsarztes ist unkompliziert möglich

Arztwechsel

Wählt ein Patient Sie persönlich als seinen neuen koordinierenden Arzt im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms, ist es erforderlich, dass sie eine Folgedokumentation und eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung erstellen und auf beiden Dokumenten das Feld Arztwechsel ankreuzen. Diese Dokumente senden Sie bitte unter Beachtung der Übermittlungsfristen an die Datenstelle (Adresse siehe Seite 23).

Übernehmen Sie eine Praxis, so sind ebenfalls Neueinschreibungen notwendig.

Ausnahme im DMP Diabetes mellitus Typ 2: Wählt ein Patient Sie als seinen neuen koordinierenden Arzt im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2, ist es erforderlich, dass Sie eine neue Erstdokumentation und eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung erstellen und auf beiden Dokumenten das Feld Arztwechsel ankreuzen. Diese Dokumente senden Sie bitte unter Beachtung der Übermittlungsfristen an die Datenstelle (Adresse siehe Seite 23).

Kassenwechsel

Bei einem Krankenkassenwechsel ihres Patienten, endet das Programm mit dem Tag des Kassenwechsels.

Eine erneute Einschreibung in das entsprechende Behandlungsprogramm der neuen Krankenkasse ist sofort möglich. Das Dokumentationsintervall auf der letzten erstellten Dokumentation muss nicht beachtet werden.

Bitte erstellen Sie dazu mit ihrem Patienten eine neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie eine neue Erstdokumentation. Diese beiden Dokumente müssen dann unter Beachtung der Übermittlungsfristen an die Datenstelle gesandt werden.

Ausschreibung des Patienten:

fehlende Dokumentationen

Die Krankenkassen müssen die Teilnahme ihres Patienten am Behandlungsprogramm beenden, wenn zwei Dokumentationen innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren fehlen oder nicht vollständig oder nicht plausibel innerhalb von 52 Tagen (10 Tage Übermittlungsfrist, 42 Tage Korrekturfrist) nach Ablauf des Dokumentenzeitraumes bei der Datenstelle vorliegen. Bitte beachten Sie dabei, dass das Verfahren der Programmausschreibung immer der einzelnen Krankenkasse und **nicht** der Datenstelle obliegt.

Schulungen

Die Krankenkassen müssen die Teilnahme ihres Patienten am Behandlungsprogramm beenden, wenn der Patient innerhalb von 12 Monaten an 2 von Ihnen veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht teilnimmt.

Wird auf der Folgedokumentation von Ihnen im Bereich Schulungen

„Empfohlene Schulungen wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) = nein“

angekreuzt, handelt es sich um eine nicht plausible Begründung und kann bei zweimaligen Auftreten zum Programmende führen.

Jährliche Überprüfung der medizinischen Programminhalte

Aktualisierungen des Programms

Der Gemeinsame Bundesausschuss (siehe oben, Kapitel 2) hat weiterhin den Auftrag, die medizinischen Vorgaben mindestens in Jahresabständen zu überprüfen.

Sind beispielsweise aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Behandlung Änderungen dieser Vorgaben angezeigt, muss er gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) Empfehlungen abgeben, wie die Vorgaben zu aktualisieren sind.

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

Externe Sachverständige bewerten Wirksamkeit und Kosten

Evaluation

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

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

Damit die Vergleichbarkeit der Evaluationsergebnisse sichergestellt ist, muss sich jede Evaluation an methodischen Kriterien orientieren, die vom Bundesversicherungsamt vorgegeben werden.

Die Evaluationen gewinnen vor dem Hintergrund große Bedeutung, dass ihre Ergebnisse mit ausschlaggebend dafür sind, ob ein Programm über die Dauer von drei Jahren hinaus verlängert wird.

Programmzulassung zunächst befristet auf drei Jahre

Dauer eines Programms

Jedes Programm wird vom Bundesversicherungsamt zunächst befristet für den Zeitraum von drei Jahren zugelassen. In Abhängigkeit von den Ergebnissen der Evaluation entscheidet das Bundesversicherungsamt über die Verlängerung der Zulassung.

Jede Verlängerung kann sich wiederum längstens auf den Zeitraum von drei Jahren erstrecken.

Im Fall einer Verlängerung gilt die Einschreibung eines Versicherten weiter, d. h. einer erneuten Einschreibung bedarf es nicht.

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

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

**Gemeinsame Einrichtung der Krankenkassen und
Kassenärztlichen Vereinigung
Schwachhauser Heerstr. 26/28
28209 Bremen**

Folgende Fragen sind von Interesse:

- Haben wir Ihren Kenntnisstand erweitert?
- Konnten wir Ihre Fragen in dieser Broschüre beantworten?
- Wie bewerten Sie die Inhalte dieser Schulungsbroschüre hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz?

9. Adressen

An folgende zentrale Adresse senden Sie bitte:

- das Original des Einschreibformulars (Teilnahme- und Einwilligungserklärung)
- die für die Krankenkasse des Versicherten vorgesehenen Blätter des Erstdokumentationsbogens und nachfolgend die für die Krankenkasse des Versicherten vorgesehenen Blätter des Folgedokumentationsbogens

**T-Systems
Enterprise Services GmbH
DMP-Datenstelle Bremen
Postfach 101330
47403 Moers**