

Wissenswertes zu den DMP

Claudia Scherbath
Referentin
Vertragsabteilung

Welche DMP gibt es?



Ablauf der DMP



DMP richtig übermitteln und dokumentieren



Medizinische Versorgungsinhalte



Abrechnung und Vergütung



Welche DMP gibt es?



©fovito – stock adobe.com

Welche DMP gibt es?

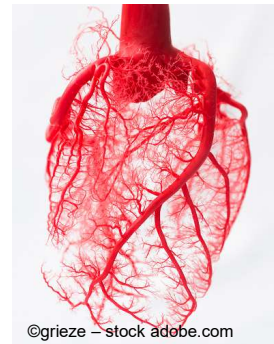
Derzeitige Verträge zu folgenden Erkrankungen:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Diabetes mellitus Typ 1
- Koronare Herzkrankheit
- Asthma bronchiale / COPD
- DMP Osteoporose
- **Brustkrebs**

alle KK

nur AOK, IKK
und
KNAPPSCHAFT

alle KK



Welche möglichen zukünftigen DMP könnte es geben?



Chronischer
Rückenschmerz



Depression



Rheumatoide Arthritis



Chronische
Herzinsuffizienz



Adipositas

- nur die GBA - Beschlüsse liegen vor => keine landesspezifischen Verträge
- **Keine Vertragsabschlüsse** mit Krankenkassen vorhanden
- **Keine Arztteilnahme** möglich => es können **keine Patienten eingeschrieben** werden

Ablauf der DMP



©fovito – stock adobe.com

Teilnahme Arzt

Erste Versorgungsebene: Koordinierender Arzt

- Hausarzt
- Facharzt im Ausnahmefall



Zweite spezialisierte Versorgungsebene

- DM 2: diabetologisch verantwortlicher Arzt
- KHK: FA Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Kardiologie und weitere Ärzte
- Asthma/COPD: pneumologisch qualifizierter Arzt / FA für Kinder- und Jugendmedizin
- FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

➔ Teilnahmeerklärung Arzt je DMP ausfüllen, ankreuzen und unterschrieben an die KVSA zurücksenden



zu finden unter:

https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/qualitaet/genehmigungen/disease_management_programme_dmp.html

Kooperation der Versorgungsebenen

Erste Versorgungsebene: Koordinierender Arzt

- Koordination
- Routine- und Verlaufsuntersuchungen
- Einschreibung/Dokumentation
- Patientenschulungen
- Sturzanamnese und Folgeabschätzung (DMP Osteop.)



Zweite spezialisierte Versorgungsebene

- Prädiagnostik
- Diagnostik- und Therapie
- Betreuungsintensiver Therapiekomplex (DMP Asthma/COPD)
- Patientenschulungen
- Sturzanamnese und Folgeabschätzung (DMP Osteop.)

 **interdisziplinäre und sektorenübergreifende Betreuung**

 **Überweisung zum Facharzt mit Kennzeichnung „DMP“**

Teilnahme Patient



**gesicherte
Diagnose**

Bereitschaft
und
Fähigkeit zur
**aktiven
Mitwirkung**
und Teilnahme

Durch die
Teilnahme ist
eine
**Verbesserung
der
Lebensqualität**
zu erwarten

freiwillige
Teilnahme

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Tätigkeitskennung
Versicherung/Art
Status
Bundesrat/Name
Mutter
Vater

Diabetes mellitus Typ 1 ☐ oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2 ☐ Koronare Herzkrankheit ☐ oder ☐ Herzinsuffizienz ☐ Asthma ☐ oder ☐ COPD ☐ Rücken ☐ Brustkrebs ☐ Depression ☐ Rheumatoide Arthritis ☐

Q70E Krankenh.-IK

**Teilnahme- und
Einwilligungserklärung
+
Erstdokumentation
=
DMP Teilnehmer**

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/Ärzt
Ich wurde ausführlich und umfassend über das Programm und die
führlichen schriftlichen Informationen informiert.

2. Einwilligung:
Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dem Programm eine
erforderliche Maßnahme ist. Bei Nichtteilnahme kann es zu
beteiligt. Bei Nichtteilnahme kann es zu
Krankenkasse.

Ich willige in die Teilnahme an dem Programm ein.
Ich weiß, dass das Programm aus dem Programm aus dem Programm
Einwilligung erforderlich ist.

zu 1: Ja, ich möchte teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.
zu 2: Ja, ich habe die Informationen zum Datenschutz (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und
weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekom-
me. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am
Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –
Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannten Diagnose(n) ent-
sprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft
worden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mit-
wirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung
profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Unterschrift
Stempel Ärztin/Arzt

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

Exemplar für die Datenstelle

Derzeit gültige indikationsübergreifende TE/EWE ... 070E

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

Krankenkasse bzw. Kostenträger: **070E-H Krankenhaus-IK**

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

Kostenträgerkennung: **Versicherten-Nr.:** **Status:**

Herrenbesitz-Nr. **Arzt-Nr.:** **Datum:**

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

☐ 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. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose(n) teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen. **Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.**

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen. **Unterschrift** **Stempel Ärztin/Arzt**

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

Krankenkasse bzw. Kostenträger: **070E-H Krankenhaus-IK**

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

Kostenträgerkennung: **Versicherten-Nr.:** **Status:**

Herrenbesitz-Nr. **Arzt-Nr.:** **Datum:**

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

☐ 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. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

Bestellung über den Paul Albrechts Verlag GmbH
(Tel.: 04154 / 799 - 292 oder - 123)

Zukünftige neue DMP: derzeit keine Einschreibung möglich

Besonderheiten bei der Einschreibung

AOKen und IKKen:

- Teilnahme grundsätzlich nur an einem DMP möglich
- Ausnahme: bereits eingeschriebene Patienten im DMP BK



KNAPPSCHAFT, BKKen und Ersatzkassen:

- Teilnahme bei einem Arzt nur in einem DMP möglich, aber bei mehreren Ärzten sind mehrere Einschreibungen möglich

Polizei und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), ehemals LKK:

- die Betreuung der Patienten ist in mehreren Behandlungsprogrammen möglich
- keine Einschreibung und keine Erstellung der Dokumentation (TEEWE, ED, FD) notwendig
- Abrechnung der strukturierten Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte möglich

Sonderfälle: Einschreibung des Patienten

... bei Arztwechsel

- **Weiterführung mit** Erstellung einer **Folgedokumentation** mit Kennzeichnung Arztwechsel
- keine Erstellung einer neuen TEEWE und Erstdokumentation

... bei Kassenwechsel

- erneute Teilnahme am DMP erforderlich
- **erneute** komplette **Ersteinschreibung: Teilnahmeerklärung + Erstdokumentation**

... bei Ausschreibung durch die Krankenkasse

- **Neueinschreibung: Teilnahmeerklärung + Erstdokumentation**

... in Vertretung

- Kennzeichnung in der entsprechenden **Folgedokumentation**



©gloszilla – stock.adobe.com

Doppeleinschreibung ...

... **Einschreibung** für dasselbe strukturierte Behandlungsprogramm **bei zwei koordinierenden Ärzten**

- × die Krankenkasse wird 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

... DAVASO informiert den Arzt, der zuletzt dokumentiert hat: „ ... es liegt bereits eine Folgedokumentation für diesen Patienten vor ...“ (falscher zeitlicher Kontext)



©MD_01 – stock adobe.com

Fragen & Antworten zur Teilnahme des Patienten (1)

Warum wurde mein Patient durch die Krankenkasse ausgeschrieben?

- ... zwei aufeinander folgende fehlende Folgedokumentationen
- ... Patient nimmt nicht aktiv teil
- ... an den empfohlenen Schulungen nicht teilgenommen

19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja/ <u>Nein</u> /War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen*
----	--------------------------------------	--

Teilnahme Patient - weitere Folgeuntersuchung im Dokumentationsintervall

- **einmal im Quartal**
oder
jedes zweite Quartal

- Individuell in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus unter Berücksichtigung von Begleit- und Folgeerkrankungen und in Absprache mit dem Patienten

**Ein
Wechsel
ist
jederzeit
möglich!**



... die Doku ist **quartals-
gebunden**, d.h. weder
Tage- noch Monate-
oder Wochenabstände
zwischen den Dokus
sind ausschlaggebend!!!

Teilnahme Patient - Dokumentationswege

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

- Gesicherte Diagnose
- Unterschrift Patient
- Unterschrift/Stempel Arzt



im Original per Post*

Erst- bzw. Folgedokumentation

- vollständig und plausibel ausgefüllt
- lesbar



beleglos auf elektronischem Weg



Datenstelle DAVASO



***Postfachadresse verwenden!**
DAVASO GmbH
Abteilung DMP-SAN
Postfach 50 05 55
04305 Leipzig

DMP richtig übermitteln und dokumentieren



Möglichkeit der Datenübermittlung

... Online-Übertragung: KVSAonline

- Teilnahme ist bei der KVSA zu beantragen
- nähere Informationen über <http://www.kvsa.de> (Startseite>>Praxis>>IT in der Praxis>>KVSAonline) oder telefonisch unter der Nummer 0391-627 7000
- KVSA dient als Mittler und speichert die eingereichten Übermittlungsdateien unverändert zwischen
- die Dokus sind verschlüsselt und gehen über den KVSA – Server, DAVASO holt sich nachts die Daten ab, die KVSA kann die Daten nicht einsehen und auch nicht bearbeiten



DMP Datenträger ...

... ab **1. Januar 2025**:

- Wegfall sämtlicher Datenträger in allen DMP
- Datenexport nur noch über KVSAonline möglich



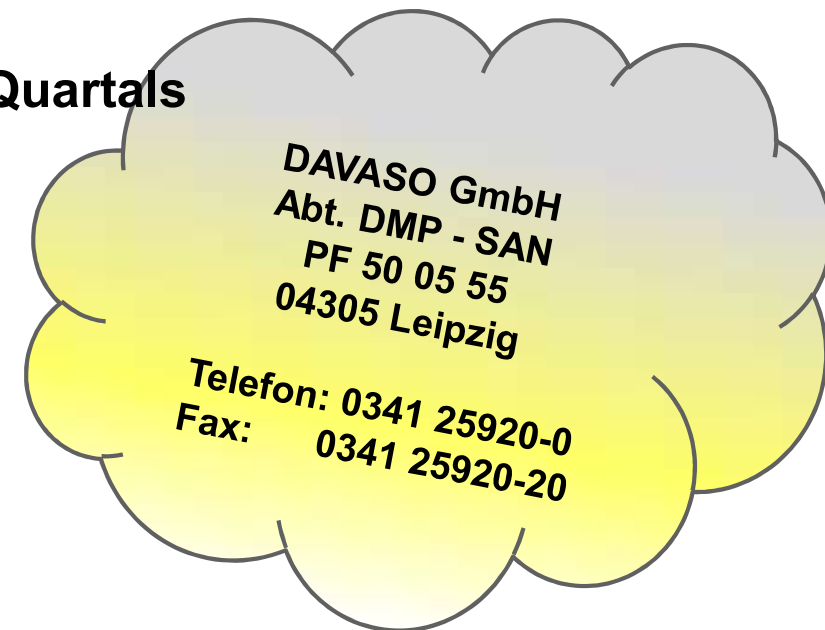
Fristen zur Übermittlung der Dokumentationen ...

Zum Versand

- ... bis **spätestens 10 Tage nach Ende des Quartals**

Zur Korrektur

- ... max. **spätestens bis 52 Tage nach Ende des Quartals**

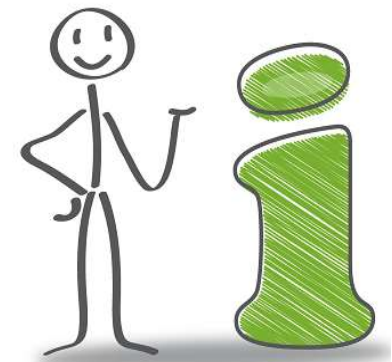


Praxistipps zur Datenübermittlung (1)

Folgedokumentation

- Übermittlung:
 - beleglos und monatliche Versendung (Empfehlung)
 - vor einem Softwareupdate
- Kontrolle:
 - Transportbegleitschein (Versandliste) der Praxissoftware ausdrucken
 - Rückruf bei DAVASO nach Datenexport zum Abgleich
 - Informationen der Datenstelle beachten:

„Verarbeitungsstand Ihrer Daten – Übersicht über plausible Dokus und TEEWE“

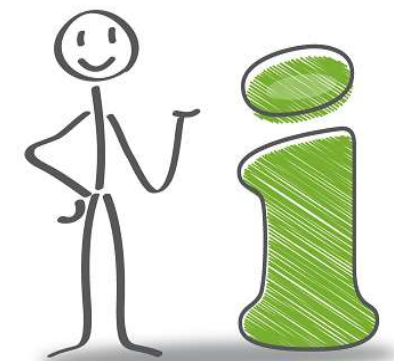


Trueffelpix – stock adobe.com

Praxistipps zur Datenübermittlung (2)

Informationen der Datenstelle beachten: „*Verarbeitungsstand Ihrer Daten – Übersicht über plausible Dokus und TEEWE*“ - Inhalte:

- ... plausible Dokumentationen und TE der letzten 14 Tage
- ... fehlende Erstdokumentationen
- ... noch zu erstellende Folgedokumentationen
- ... Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext
- ... außerhalb des Übermittlungszeitraum eingegangene Dokus
- ... Patienten, deren Krankenkasse nicht am DMP teilnimmt
- ... Fallbeendigungen



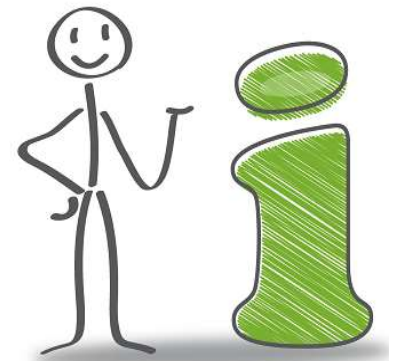
Trueffelpix – stock adobe.com

➡ nicht eingegangen Dokumentationen können hier nicht aufgeführt werden!

Praxistipps zur Datenübermittlung (3)

Korrekturschreiben der Datenstelle

- Korrektur einer TEEWE:
 - keine neue TEEWE einreichen, sondern auf Korrekturbeleg korrigieren und mit Originalunterschrift versehen
- Erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang bei unvollständigen und/oder unplausiblen Dokumentationsdatensatz
- Folgedokureminder:
 - wird 2x im Quartal (Anfang und Mitte) versendet



Trueffelpix – stock adobe.com

Fragen & Antworten zur Datenübermittlung

Warum sind die hochgeladenen Daten nicht oder nicht vollständig bei der Datenstelle angekommen?

- eigene erzeugte Versandliste muss kontrolliert werden, mit dem was bereits versandt wurde
- Gründe, z.B.: Softwareupdate, unvollständiger Export
- Nachfrage bei DAVASO

Ich habe Dokumentationsdaten an die Datenstelle gesandt. Woher weiß ich, dass meine der DMP-Datenstelle übermittelten Daten auch dort angekommen sind?

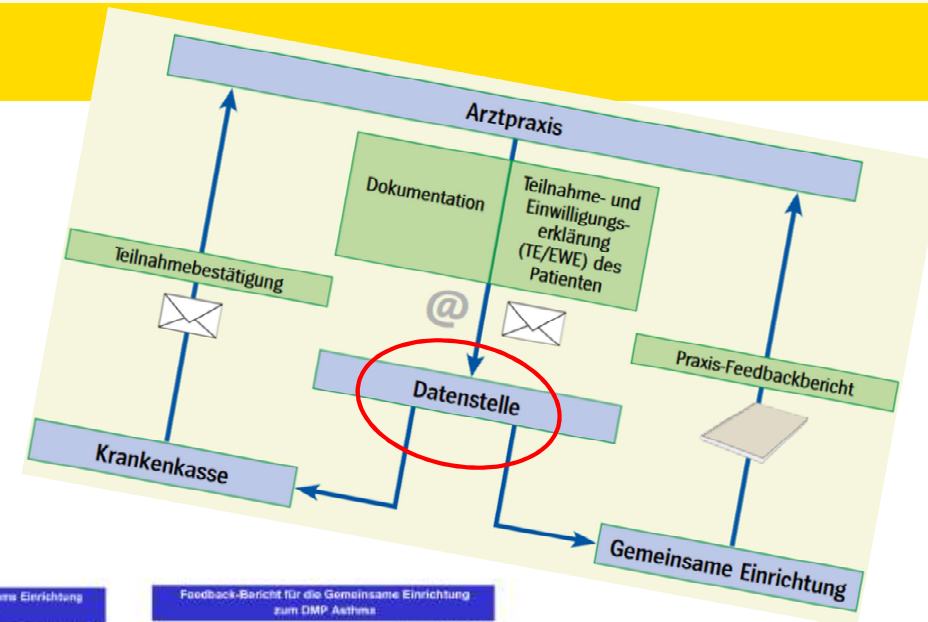
- Anruf: telefonischer Abgleich
- Erinnerungen und Korrekturschreiben kontrollieren
- E-Mailadresse hinterlegen: automatische Vorabinform



Datenfluss im DMP

Feedbackbericht

- je DMP ein indikationsspezifischer Bericht
- Auswertung der Zielerreichungsquoten
- die erfassten Dokumentationsdaten werden 2x im Kalenderjahr ausgewertet



Medizinische Versorgungsinhalte



©fovito – stock adobe.com

Arztmanuale



zu finden unter https://www.kvsa.de/praxis/vertraege/disease_management_programme_dmp.html

Ärztliche Kontrolluntersuchungen: DMP DM 2

Medizinische Untersuchung	Häufigkeit
Berechnung der Filtrationsrate (eGFR)	Min. einmal jährlich
Augenärztliche Untersuchung* einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie	Ein- oder zweijährlich (risikoabhängig)
Inspektion der Füße* einschließlich klinischer Prüfung auf Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus	Min. einmal jährlich
... bei erhöhtem Risiko, einschließlich Überprüfung des Schuhwerks	Min. vierteljährlich oder min. halbjährlich gemäß Befund
Blutdruckmessung	Vierteljährlich, min. halbjährlich
HbA1c-Messung	Vierteljährlich, min. halbjährlich
Untersuchung der Injektionsstellen bei insulinpflichtigen Patienten auf Lipohypertrophie und der korrekten Injektionstechnik	Vierteljährlich, min. halbjährlich Häufiger bei starken Glukoseschwankungen

*Augenarztbefundbogen: DMP Diabetes mellitus Typ 1 & 2

- ... Befundbogen als **Kopiervorlage** für den Augenarzt
- ... **zusätzlich** zum Überweisungsschein
- ... mit **Kennzeichnung DMP Diabetes**

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____		Angaben zum Diabetes: Diabetestyp: ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ sonst. _____ Diabetes seit: _____ (Jahr) HbA _{1c} : _____ % Therapie: ☐ Diät ☐ orale AD ☐ Insulin seit _____ (Jahr) ☐ Diab. Retinopathie seit: _____ (Jahr) ☐ Mikroalbuminurie ☐ Hypertonie ☐ HLP	
Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____		Augenärztliche Untersuchungsmethode: ☐ Binokular in Mydriasis ☐ Fluoreszenzangiographie ☐ Sonst.: _____	
Ergebnis der augenärztlichen Untersuchung:		rechtes Auge	
Visus	linkes Auge		
Fundus	Best-korrigierter Visus _____ Augenhintergrund einsehbar ☐ Nein ☐ Ja		
Diagnose	Diabetische Retinopathie ☐ Nein ☐ Ja nicht proliferativ wenn Ja ☐ mild ☐ mäßig ☐ schwer ☐ proliferativ ☐ Nein ☐ Ja klinisch signifikantes diab. Makulaödem ☐ Nein ☐ Ja Rubeosis iridis ☐ Nein ☐ Ja		
Sonstige Diagnosen (R / L): _____			
Therapie	Laser / Photokoagulation ☐ bereits ☐ einge- Kryotherapie ☐ erfolgt ☐ leitet ☐ bereits ☐ einge- Vitrektomie ☐ ☐ leitet ☐ erfolgt ☐ leitet Medikamente: _____		
Bemerkung			
Kontrolle Die nächste Kontrolluntersuchung ist in _____ Monaten erforderlich.			

Durch den zuweisenden
koordinierenden Arzt auszufüllen!

Fußversorgung: Einbeziehung der Hausärzte ...

- Überweisung eines Patienten zur Fußambulanz nach Anamnese und Untersuchung beider Füße (mit Fußstatus der Wagner/ Armstrong-Klassifikation A 2-5, B2-5, C1-5 und D 1-5, Charcot-Fuß, Teilamputationen, Füße als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie entsprechend der DMP-A-RL):
 - **Abrechnungsziffer: 92120**
 - **Vergütung: 15,00 € (1x im KHF)**
- nur für Versicherte aller AOKn und IKKn, aller BKK'n und Ersatzkassen
- Aktuelle Liste der Fußambulanzen unter:
https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Disease_Management_Programme/Diabetes_mellitus/Diabetische_Fuesse/Fussambulanzen_Sachsen-Anhalt.pdf



Abrechnung und Vergütung



©fovito – stock adobe.com

Vergütung: DMP Dokumentationen (koordinierender Arzt)

Erstdokumentation

- Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung und Versand der Unterlagen
- nur einmal je DMP-Teilnehmer abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Programm ausgeschrieben wurde

DM 2 **99819**

KHK **99849**

DM 1 **96019**

Asthma/COPD **96319**

Osteoporose **96419**

(nur AOK, IKK und KNAPPSCHAFT)



**22,50 € alle Krankenkassen
außer 20,00 € bei SVLFG**

Vergütung: DMP Dokumentationen (koordinierender Arzt)

Folgedokumentation

- Erstellung (Dokumentationszyklus: viertel- oder halbjährlich) und Versand
- je Patient und Arzt nur einmal im Quartal abrechenbar

DM 2	99823
KHK	99853
DM 1	96023
Asthma/COPD	96323
Osteoporose	96426

(nur AOK, IKK und KNAPPSCHAFT)

**22,50 € alle Krankenkassen
außer 20,00 € bei SVLFG**



Vergütung: DMP Dokumentationen (koordinierender Arzt)

Behandlung und Betreuung eines eingeschriebenen Patienten bei halbjährlicher Dokumentation

- in dem Quartal, in dem keine Dokumentation erstellt wurde, aber ein Arzt-Versicherten-Kontakt erfolgt ist

DM 2	99828	}
KHK	99858	
DM 1	96028	
Asthma/COPD	96328	
Osteoporose	96428	

10,00 € (nur AOK!!!)



©Frank Táubel – stock adobe.com

Vergütung: DMP Osteoporose (koordinierender Arzt)

(nur AOK, IKK und KNAPPSCHAFT)

Sturzanamnese und Folgeabschätzung

- Abrechnungsziffer: **96427 (10,00 €)**
- einmal alle 3 Jahre
- zur Feststellung des Sturzrisikos mit standardisierten Testverfahren (z.B. Timed „up & go“ Test, Chair-Rising-Test, Tandem-Stand-Test)
- nur Patienten ohne geriatrischen Versorgungsbedarf mit folgenden Kriterien:
 - Frauen und Diverse ab dem vollendeten 50. Lebensjahr bis zur Vollendung des 70.Lj
 - Männer ab dem vollendeten 60. Lebensjahr bis zur Vollendung des 70. Lj
- für Patienten ab dem 71. Lebensjahr ist die Erbringung dieser Leistung im Rahmen des geriatrischen Assessments (GOP 03360) abgegolten

Vergütung: Facharztpauschalen

DMP DM 2

- **Betreuung & Behandlung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis:**

**99822 D (ohne Insulin): 40,00 € (AOK, IKK, BKK, KBS, EK)
50,00 € (LKK)**

99822 C (mit Insulin): **40,00 €** (AOK, IKK, BKK, KBS, EK)
50,00 € (LKK)

⇒ max. 3 Quartale im Kalenderjahr



DMP DM 1

- Betreuung & Behandlung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis:

99872 (auch für diabetologisch qualifizierte Pädiater): 37,50 €

⇒ **1x pro BHF**

Vergütung: Facharztpauschalen: DMP Asthma/COPD

- Prädiagnostik-Komplex:
96355: 40,00 € ⇒ **einmalig**
- Diagnostik- und Therapie-Komplex:
96356: 40,00 € ⇒ **1x KHF**
- Behandlungsintensiver Therapiekomplex:
96357: 40,00 € ⇒ **1x KHF**



©4th Life Photography – stock adobe.com

DMP COPD: bei höhergradiger Einschränkung (unter 50 %) der FEV1 sowie bei gehäuften Exazerbationen

DMP Asthma: bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie bei erwachsenen Patienten mit schwerem und / oder unkontrolliertem Asthma

(nur AOK, IKK und KNAPPSCHAFT)

Vergütung: Facharztpauschalen

Osteoporose

- Prädiagnostik-Komplex: **96455** (40,00 €) ⇒ **1x im Kalenderjahr**
 - zur Abklärung der Einschreibevoraussetzung bei unklarem Befund seitens des koordinierenden Arztes über das Vorliegen der DMP-Diagnose
 - Erkennung der gesicherten Diagnose mit Möglichkeit zur Einschreibung
- Diagnostik- und Therapie-Komplex: **96456** (40,00 €) ⇒ **2x im Kalenderjahr**
- Sturzanamnese und Folgeabschätzung: **96427** (10,00 €) ⇒ **einmal alle 3 Jahre**
 - nur Patienten ohne geriatrischen Versorgungsbedarf
 - Standardisierte Testverfahren (z.B. Timed „up & go“ Test, Chair-Rising-Test, Tandem-Stand-Test)

Patientenschulungen: Eckpunkte

- jeder Patient kann eine Schulung entsprechend seiner Indikation erhalten, **egal in welchem DMP er eingeschrieben ist**
- **Wiederholungsschulungen** sind möglich, wenn der aktuelle Schulungsstand des Patienten dies erfordert
- Vergütung: pro Patienten pro Unterrichtseinheit



- Schulungsprogramme zu finden unter: www.kvsa.de >> Praxis >> Verträge >> Disease Management Programme >> Liste Schulungsziffern

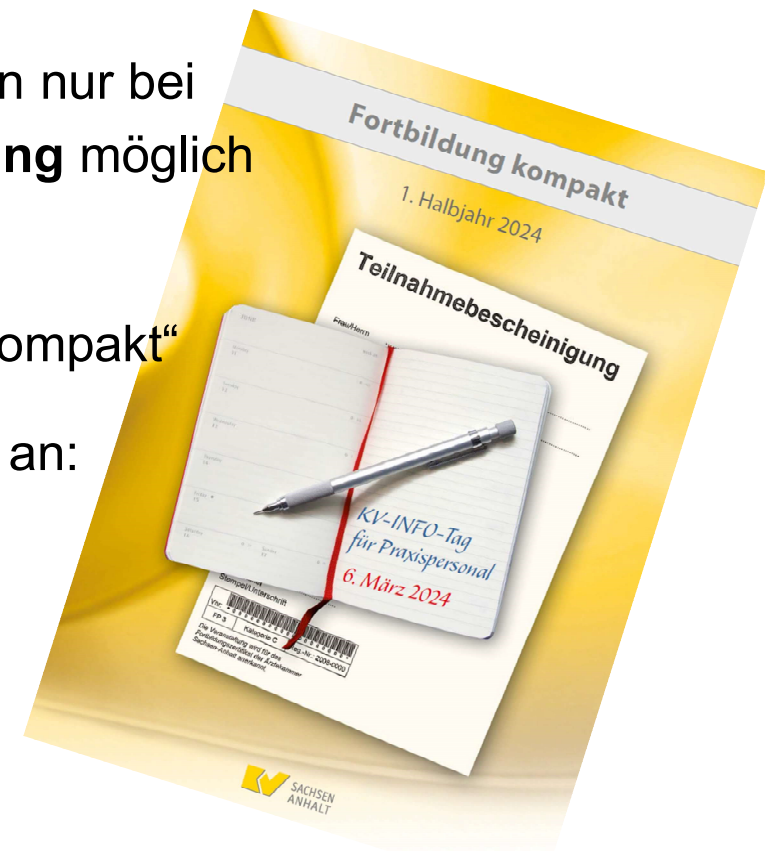
Auswahl an Patientenschulungen in den DMP

Schulungen	DMP Diabetes mellitus Typ 2	DMP KHK	DMP Diabetes mellitus Typ 1	DMP Asthma/C OPD	DMP Osteo- porose
Diabetesschulungsprogramme					
1 Diabetes & Verhalten (Typ 2 Diabetes mit Insulin)	x	x	-	x	x
2 ZI-Schulung für Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	x	x	-	x	x
3 ZI-Schulung für Diabetiker, die Insulin spritzen	x	x	-	x	x
4 ZI-Schulung, die nicht Insulin spritzen	x	x	-	x	x
5 MEDIAS 2	x	x	-	x	x
6 MEDIAS 2 ICT	x	x	-	x	x
7 DiSko-Schulung (Wie Diabetiker zum Sport kommen)	x	x	-	x	x
8 Intensivierte Insulintherapie bzw. DTTP	x	x	x	x	x
9 LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung	x	x	x	x	x
10 Jugendliche mit Diabetes	-	-	x	x	-
11 Diabetesbuch für Kinder	-	-	x	x	-
12 Strukturiertes geriatrisches Schulungsprogramm	x	x	x	-	x
13 PRIMAS	-	x	x	x	x
KHK Schulungsprogramm					
14 Kardio-Fit	x	x	x	x	x
Hypertonieschulungsprogramme					
15 Modulare Bluthochdruckschulung IPM	x	x	x	x	x
16 Hypertonie-Schulung (ZI)	x	x	x	x	x
17 HyPOS	-	x	x	x	x
Schulungen zum Gerinnungsselbstmanagement					
18 SPOG - Schulungsprogr. orale Gerinnungsstörung	x	x	x	x	x
Asthaschulungsprogramme					
19 NASA /AFA	x	x	x	x	x
20 Qualitätsmanagement in der Asthaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthaschulung	x	x	x	x	-
21 ASEV-Schulung: Asthaschulung von Vorschulkindern unter Einbeziehung der Eltern, Asthma-Kleinkindschulung	x	x	x	x	-
COPD-Schulungsprogramme					
22 ATEM !!!NEU ab 1. April 2024!!!	x	x	x	x	x
23 Schulung COPD nach Bad Reichenhaller Modell	x	x	x	x	x
24 COBRA/AFBE	x	x	x	x	x
Osteoporose-Schulungsprogramme					
25 Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie	x	x	x	x	x

UE - eine Unterrichtseinheit umfasst grundsätzlich einen Zeitraum von 90 Minuten

Erwerb der Schulungsqualifikation für Praxen

- Durchführung und Abrechnung von Patientenschulungen nur bei Nachweis einer entsprechenden **Schulungsberechtigung** möglich
- Angebote zu den Schulungsqualifikationen in der jeweils aktuellen „PRO“ oder in der „Fortbildung kompakt“
- Fragen zum Erwerb der eigenen Schulungsqualifikation an: Fortbildung@kvsa.de



Ansprechpartner

Ansprechpartner

Claudia Scherbath

☎ 0391 627-6236

📠 0391 627-8249

✉ claudia.scherbath@kvsa.de

Ansprechpartner

Sophie Rasin

☎ 0391 627-6247

📠 0391 627-8249

✉ sophie.rasin@kvsa.de



Weitere Informationen unter:

https://www.kvsa.de/praxis/vertraege/disease_management_programme_dmp.html

https://www.kvsa.de/praxis/allgemeines_zur_vertragsaerztlichen_taetigkeit/qualitaet/genehmigungen/disease_management_programme_dmp.html

Haben Sie noch Fragen?



Claudia Scherbath
Vertragsabteilung

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg