



Zur Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen gibt es Disease Management Programme – DMP (strukturierte Behandlungsprogramme). Aktuell gibt es in Berlin Programme für folgende Indikationen:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Asthma bronchiale
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- koronare Herzkrankheit KHK (inkl. Herzinsuffizienz (HI))
- Brustkrebs

Der Aufwand, der mit der Betreuung des Patienten innerhalb des Programms (Einschreibung, Dokumentation, Schulung) entsteht, wird gesondert vergütet. Vertraglich geregelt ist, dass die Abrechnung der Sonderleistungen nur für eingeschriebene Patienten erfolgen darf.

Es kommt immer wieder vor, dass Krankenkassen die Abrechnung von DMP-Leistungen nicht anerkennen, weil der Patient nicht oder nicht mehr im Programm eingeschrieben ist. Nachfolgend erhalten Sie Hinweise und Tipps zur Verwaltung von „DMP-Patienten“.

### 1. Einschreibung des Patienten in das DMP

Die Einschreibung erfolgt über die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE / EWE), die aus drei Exemplaren besteht:

1. Exemplar erhält die Datenstelle, **im Original per Post**
2. Exemplar verbleibt beim Arzt
3. Exemplar erhält der Patient

und

### 2. Dokumentation

Ein Teil der vorgeschriebenen Dokumentation dient dazu, die regelmäßige und dauerhafte Teilnahme des Patienten am Programm zu belegen und damit die Vergütung der Sonderleistungen zu gewährleisten.

Die Dokumentation besteht aus zwei Teilen: Im indikationsübergreifenden Teil werden u.a. die grundlegenden administrativen und allgemeine Daten sowie die für die Behandlung wichtigen Komorbiditäten erhoben. Für jede Erkrankung schließt sich ein eigener, indikationsspezifischer zweiter Teil an.

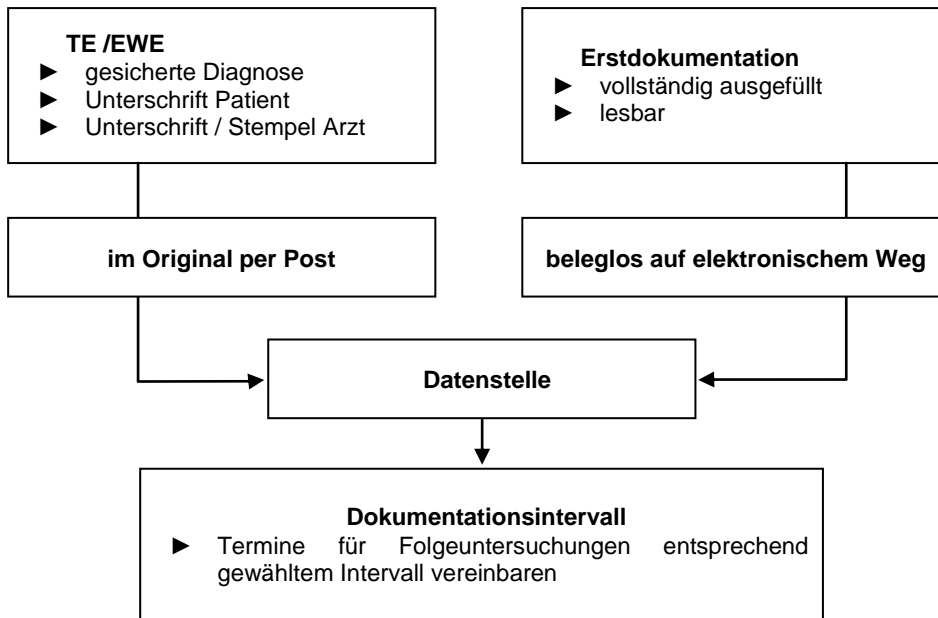
Die Dokumentationsdaten werden komplett elektronisch erfasst und an die Datenstelle gesendet. Die Übermittlung erfolgt ausschließlich beleglos.

Um einen Patienten **wirksam** in ein Programm **einzuschreiben**, muss **beides**, die TE / EWE und die vollständig und korrekt ausgefüllte Erstdokumentation im selben Quartal bei der Datenstelle **vorliegen**.

Achten Sie auf vollständig ausgefüllte und lesbare Teilnahmeerklärungen und Dokumentationen. Die Datenstelle wird sich bei Fehlern an Sie wenden, Korrekturen kosten jedoch Zeit und können dazu führen, dass die Teilnahme des Patienten am Programm erst später wirksam wird und sich damit Ihr Vergütungsanspruch verzögert.

**Einschreibung des Patienten**

**TE /EWE und Erstdokumentation innerhalb des selben Quartals an die Datenstelle senden**



**Erstdokumentation**

Je nach Ausprägung der gesundheitlichen Erfordernisse wählt der Arzt den Abstand der Untersuchungen (viertel- oder halbjährlich). Das ist auf dem Dokumentationsbogen zu vermerken. Das Intervall kann bei jeder folgenden Untersuchung angepasst werden.

Es wird einmalig eine Erstdokumentation erstellt, anschließend handelt es sich um Folgedokumentationen. Ausnahme ist ein Kassenwechsel des Patienten. In diesem Fall muss eine neue Erstdokumentation erstellt und eine neue TE / EWE eingeholt werden.

**Folgedokumentation**

Entsprechend des gewählten Dokumentationsintervalls ist der Patient zu den Untersuchungen einzubestellen. Dafür sind Folgedokumentationen zu erstellen.

Werden innerhalb des festgelegten Intervalls keine Dokumentationen an die Datenstelle übermittelt, wird der Patient von der Krankenkasse aus dem Programm ausgeschrieben. Für bereits abgerechnete Leistungen könnte dann das Honorar nicht gezahlt oder zurück gefordert werden.

Im Falle einer Ausschreibung erhalten Sie von den Krankenkassen eine schriftliche Mitteilung. Prüfen Sie, ob der Patient (mit einer neuen TE/EWE und Erstdokumentation) wieder in das Programm eingeschrieben werden kann.

**3. Durchgehende Programmteilnahme des Patienten**



Stellen Sie sicher, dass die Programmteilnahme des Patienten intervallsgerecht durchgehend nachgewiesen werden kann. Die Datenstelle kann Sie dabei unterstützen.

**Dokumentationsintervall wählen**

**Dokumentationsintervall einhalten**

**durchgehende Programmteilnahme des Patienten**

**► Quittungsliste**

Sie erhalten nach der Übermittlung der Dokumentationen eine Quittungsliste. Prüfen Sie, ob alle übersandten Dokumentationen eingegangen sind. Die Liste ist kein Beleg für vollständige und fehlerfreie bzw. zur Abrechnung akzeptierte Dokumentationen.

**► Fehlermeldung**

Sollte die Datenstelle Unstimmigkeiten in den versandten Dokumentationen feststellen, werden Sie nach 14 Tagen über ein gesondertes Schreiben zur Korrektur aufgefordert. Es besteht eine Frist von 52 Tagen nach Quartalsende, um diese bei der Datenstelle einzureichen.

Sollten Korrekturen fehlerbehaftet sein, werden diese zur erneuten Korrektur zurückgereicht. Die Frist von 52 Tagen verlängert sich dadurch nicht. Nach Verstreichen der 52-Tage-Frist wird die nicht korrigierte / fehlerhafte Dokumentation nicht mehr für die Abrechnung akzeptiert.

**► Quartalsliste (Arztreminder)**

In den letzten drei Arbeitstagen eines Quartals sendet Ihnen die Datenstelle eine Liste mit allen noch im Quartal zu erstellenden Dokumentationen. Kommen Sie der Aufforderung möglichst rasch nach.

**► Information zu Einzelfällen**

Die Datenstelle können Sie jederzeit um Auskunft bzgl. des Einschreibestatus Ihres Patienten fragen. Nutzen Sie das, um unklare Einschreibungen / Teilnahmen zu klären und zu korrigieren.

**4. weitere Tipps und Hinweise zur Verwaltung von „DMP-Patienten“****Überweisungen**

Bei Überweisungen an mit- und weiterbehandelnde Ärzte muss das Feld „Auftrag/Diagnose/Verdacht“ mit „DMP“ und die/den codierte(n) Diagnose(n) nach ICD-10 gekennzeichnet sein.

**DMP-Kennzeichnung über die elektronische Gesundheitskarte (eGK)**

Die Kennzeichnung der eGK erfolgt in Form von Ziffern. Für jede Indikation ist eine Ziffer (für derzeit sechs Programme die Ziffern 1-6) hinterlegt.

Nr.	DMP-Kennzeichnung für die Indikation
1	Diabetes mellitus Typ 2
2	Brustkrebs
3	Koronale Herzkrankheit (KHK)
4	Diabetes mellitus Typ 1
5	Asthma bronchiale
6	chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)

Die Zuordnung ist zur Zeit, entgegen der Regelung im BMV-Ä Technische Anlage zur Anlage 4a, leider nur bei einigen Krankenkassen gesetzt.

**Abrechnung von Leistungen innerhalb der Programme**

Damit die Abrechnung eindeutig den erbrachten Leistungen innerhalb des DMP zugeordnet werden kann, empfiehlt es sich gleich zu Beginn der Behandlung die Diagnose zu codieren. Die Abrechnung erfolgt über die für das jeweilige Programm spezifischen Symbolnummern, die Sie im Praxissystem in Ihrer Quartalsabrechnung eintragen und unter der Angabe der Erkrankung. Die Symbolnummern sind in den DMP-Verträgen geregelt.

**Ansprechpartner**

Für Rückfragen steht Ihnen unser Service-Team unter der Telefonnummer 31003-999 gerne zur Verfügung.

**Informationen von der Datenstelle****Angabe DMP – Teilnahme auf Überweisungen****DMP-Kennzeichnung auf der elektronischen Gesundheitskarte****Codierung der Diagnose und DMP-Abrechnungsziffern****Ansprechpartner Service-Center:  
Tel. 31003-999**