

Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme

Teil 2: Organisatorisch – administrativer Rahmen für die Durchführung

Schriftliches Informations- und Schulungsmaterial für Ärzte und medizinisches Personal in Hamburg

Stand: 1. Januar 2011

Inhalt

1. Ziele der strukturierten Behandlungsprogramme	3
2. Gesetzliche Grundlagen.....	3
3. Teilnahmevoraussetzungen	3
3.1. Teilnahme des Arztes.....	3
3.2. Teilnahme des Versicherten.....	4
3.3. Teilnahme der Krankenkasse	4
4. Erhebung und Nutzung von Daten, Datenschutz	5
5. Übermittlung der erhobenen Daten, Korrektur- und Unterschriftsverfahren ..	5
5.1. Teilnahme- und Einwilligungserklärungen	5
5.2. Erst- und Folgedokumentationen	6
6. Der Einschreibevorgang	7
6.1. Initiative zur Einschreibung eines Versicherten	7
6.2. Aufklärung des Patienten vor Einschreibung.....	7
6.3. Teilnahme- und Einwilligungserklärung	8
6.4. Erstdokumentation	8
6.5. Aktionen der Krankenkasse bei erfolgreicher Einschreibung	9
7. Behandlung des Patienten nach der Einschreibung	9
7.1. Aufgaben des Arztes	9
7.2. Aufgaben des Versicherten.....	9
7.3. Aufgaben der Krankenkasse	10
7.4. Folgedokumentation	10
7.5. Wechsel des koordinierenden Arztes (DMP-Arzt).....	10
7.6. Beendigung der Teilnahme von Versicherten.....	10
8. Sonderfälle	11
8.1. Notwendigkeit einer erneuten Einschreibung im DMP Brustkrebs	11
8.2. Abforderung archivierter Unterlagen durch die Krankenkasse.....	11

1. Ziele der strukturierten Behandlungsprogramme

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (= Disease-Management-Programme oder DMP) wurden entwickelt, um

- eine Verschlechterung der Krankheit zu verhindern oder zu verlangsamen
- Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden und
- die krankheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern
- sowie eine Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien durchzuführen.

2. Gesetzliche Grundlagen

Die Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) in Deutschland begann mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) vom 1. Januar 2002.

Die Einzelheiten werden auf Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch entsprechende Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) geregelt.

Die RSAV beinhaltet sowohl allgemeine als auch krankheitsspezifische Anforderungen an die DMP. Sind diese Anforderungen nicht erfüllt, wird die DMP-Durchführung nicht aus dem allgemeinen Beitragsaufkommen finanziert.

Aktuell gibt es DMP für folgende Diagnosen:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (einschließlich Zusatzmodul Herzinsuffizienz)
- Diabetes mellitus Typ 1
- Asthma bronchiale
- COPD

Die gesetzlichen Anforderungen an diese DMP werden durch entsprechende Verträge in den KV-Regionen umgesetzt und damit wirksam. In Hamburg wurden für alle DMP mit den gesetzlichen Krankenkassen entsprechende Verträge geschlossen.

3. Teilnahmevoraussetzungen

3.1. Teilnahme des Arztes

Die Teilnahme eines Arztes an einem DMP ist freiwillig.

Für jedes DMP sind die Voraussetzungen für die Teilnahme eines Arztes vertraglich festgelegt.

Wenn Sie an einem Disease-Management-Programm in Hamburg teilnehmen möchten, finden Sie die entsprechenden Verträge und die Formulare für die Teilnahmeerklärungen unter den einzelnen DMP-Diagnosen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg), www.kvhh.de unter der Rubrik DMP.

Die Teilnahme ist gegenüber der KV Hamburg zu erklären.

Wenn Sie an mehreren DMP teilnehmen möchten, müssen Sie für alle DMP, an denen Sie teilnehmen möchten, entsprechende Teilnahmeerklärungen ausfüllen.

Mit der Teilnahmeerklärung verpflichten Sie sich zur Einhaltung der jeweiligen vertraglichen Regelungen, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte (evidenzbasierte medizinische Programmgrundlagen, Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten) und der Qualitätssicherung.

Wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, erhalten Sie eine entsprechende Bestätigung durch die KV Hamburg und werden in das Leistungserbringerverzeichnis für die jeweilige Diagnose aufgenommen. Sie sind damit berechtigt, im Rahmen des jeweiligen DMP Patienten einzuschreiben und Dokumentationen zu erstellen.

Entsprechend den Forderungen des Ordnungsgebers beinhalten die Verträge auch Regelungen zur krankheitsspezifischen Fortbildung der Ärzte.

Ärzte, die die vereinbarten Fortbildungsmaßnahmen nicht besuchen, können aus dem Programm ausgeschlossen werden.

3.2. Teilnahme des Versicherten

Ein Versicherter kann an einem DMP teilnehmen, wenn

- seine Krankenkasse für das jeweilige DMP akkreditiert ist (siehe 3.3 Teilnahme der Krankenkasse) und
- die jeweilige DMP-Diagnose auf ihn zutrifft (siehe Diagnosesicherung unter Punkt 6.3, Teilnahme- und Einwilligungserklärung) und
- er zur aktiven Mitwirkung bei der Umsetzung der Programminhalte bereit ist und
- er im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit einem Einschreibevorgang (siehe Punkt 6).

3.3. Teilnahme der Krankenkasse

Die Krankenkasse muss – entweder direkt oder über ihren Verband - beim Bundesversicherungsamt pro DMP-Diagnose und KV-Region eine Zulassung (= Akkreditierung) beantragen.

Die Zulassung erteilt das Bundesversicherungsamt nur, wenn die Programme die in der Risikostrukturausgleichsverordnung formulierten Anforderungen erfüllen und wenn die Verträge zur Durchführung der Programme vorliegen.

Sie gilt für einen Zeitraum von fünf Jahren, dann muss eine Verlängerung beantragt werden. Ob ein Programm verlängert wird, ist auch abhängig vom Ergebnis einer wissenschaftlichen Evaluation, die für jedes DMP gesetzlich vorgeschrieben ist.

4. Erhebung und Nutzung von Daten, Datenschutz

Während der DMP-Teilnahme eines Versicherten werden Daten in Form der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie von Erst- und Folgedokumentationen erhoben.

Die Einwilligung dazu gibt der Versicherte mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Die Verwendung der Daten wird in der „Information zum Datenschutz“, die zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung gehört, detailliert beschrieben.

Von jedem Dokument (Teilnahme- und Einwilligungserklärung) oder Datensatz (Dokumentation) erhält der Versicherte vom Arzt (d.h. von Ihnen) eine Kopie oder einen Ausdruck, damit er weiß, welche Daten übermittelt werden.

Die Daten dienen folgenden Zwecken

- Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten durch die Krankenkasse (siehe 7.3 Aufgaben der Krankenkassen)
- Qualitätssicherungsmaßnahmen für Ärzte durch die Gemeinsame Einrichtung (siehe 7.1 Aufgaben der Ärzte)
- wissenschaftliche Evaluation der Programmdurchführung hinsichtlich der Wirksamkeit und der Kosten durch einen externen Evaluator

Zu diesem Zweck müssen die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie die Dokumentationen von den Ärzten an die zuständige Datenstelle geschickt werden. Im Bereich der KV Hamburg ist dies die Firma INTER-FORUM Data Services GmbH.

Diese leitet die Daten an die Krankenkassen sowie mit Pseudonymisierung des Versichertenbezuges an die Gemeinsame Einrichtung und den Evaluator weiter.

Es gelten die üblichen strengen Regeln des Datenschutzes.

Darüber hinaus müssen alle Personen, die mit diesen Daten etwas zu tun haben, zu den einzuhaltenden datenschutzrechtlichen Sicherheitsvorkehrungen gesondert geschult sein. Die dokumentierten und gespeicherten Daten werden nach Ablauf einer Frist von sieben Jahren gelöscht. Für die Daten aus den Jahren 2003 und 2004 gilt eine gesonderte Aufbewahrungsfrist gemäß 23. RSA-ÄndV. Die Daten aus dem Jahre 2003 müssen neun und aus dem Jahr 2004 acht Jahre aufbewahrt werden.

5. Übermittlung der erhobenen Daten, Korrektur- und Unterschriftsverfahren

5.1. Teilnahme- und Einwilligungserklärungen

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWEs) werden ausschließlich in Papierform erstellt und sind seitens des Arztes an die Datenstelle zu verschicken.

Dies ist notwendig, da die Originalunterschriften von Arzt und Patient auf diesem Formular vorhanden sein müssen, das nach Überprüfung durch die Datenstelle bei der Krankenkasse archiviert und auf Verlangen der Prüfbehörde vorgelegt werden muss.

Als Papiervorlage kann entweder der entsprechende vordruckte Formularsatz mit zwei Durchschlägen (erhältlich bei der KV Hamburg) oder ein Ausdruck aus der Praxissoftware in dreifacher Ausfertigung, mit Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt, verwendet werden.

In Hamburg wurde vereinbart, die indikationsspezifischen Formulare zu verwenden sowie ab dem 3. Quartal 2009 zusätzlich das indikationsübergreifende Formular. Die aktuellen Formulare liegen zur Abholung bei der KV Hamburg bereit. Davon abweichende Formulare (z.B. älteren Stands) dürfen nicht verwendet werden.

Das unterschriebene Original der Teilnahme- und Einwilligungserklärung schicken Sie bitte an die folgende Adresse:

INTER-FORUM Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 06 53
04305 Leipzig

Für telefonische Rückfragen steht Ihnen die Hotline-Nummer (0341) 2 59 20 43 von montags bis freitags von 8:00 Uhr bis 18:30 Uhr zur Verfügung.

Ein Durchschlag der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist für die Archivierung in Ihrer Praxis gedacht und einer für den Patienten (mit Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt).

Die Datenstelle INTER-FORUM prüft die erhaltenen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen und führt folgendes Verfahren durch:

- eine Kopie unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllter TE/EWEs wird zur Korrektur an Sie zurückgeschickt,
- die Datenstelle benachrichtigt Sie, falls Sie andere als die vereinbarten Vordrucke benutzt haben,
- alle TE/EWEs (Originale und von Ihnen korrigierte Bögen) werden an die zuständigen Krankenkassen weitergeleitet.

5.2. Erst- und Folgedokumentationen

Erst- und Folgedokumentationen dürfen für alle DMP nur noch elektronisch erstellt und übermittelt werden.

Dazu gibt es drei Möglichkeiten:

- Erstellung der Dokumentation mit Hilfe einer Praxissoftware und postalische Versendung der Daten auf einem Datenträger (z.B. CD-ROM, Diskette) an die Datenstelle (Adresse wie beim Versand der TE/EWE, siehe 5.1).
- Erstellung der Dokumentation mit Hilfe einer Praxissoftware und Online-Übertragung der Daten über das Portal der KV Hamburg (siehe hierzu die „Arbeitshilfe für die online-Verfahren“ in Hamburg). Zudem ist der Datenstellenvertrag auf der Homepage der KV Hamburg veröffentlicht. Darin finden Sie ebenfalls die Beschreibung aller zulässigen online Verfahren.
- DMPonline-Datenerfassung auf dem Server der Datenstelle. Zur Nutzung dieses Verfahrens ist eine Anmeldung bei der Datenstelle erforderlich. Nähere Informationen sind im Internet Portal der KV Hamburg oder auf der Internetseite von DMPonline (<https://dmponline.inter-forum.de>) eingestellt.

Hinweis: Jede Praxissoftware führt eine Plausibilitätsprüfung der erfassten Daten durch. Sollten Angaben unvollständig oder unplausibel sein, erfolgt ein Hinweis. Wird die fehlerhafte Angabe nicht korrigiert, ist eine Speicherung und/oder Versendung des Datensatzes ggf. nicht möglich. Diese Plausibilitätsprüfung erfolgt auch im Rahmen der DMPonline-Datenerfassung.

Erstdokumentationen sind nur gültig, wenn Sie das Erstelldatum mit Ihrer Unterschrift bestätigt haben.

Dazu gibt es in Hamburg das verbesserte und vereinfachte Versandlistenverfahren: Der Arzt erhält in regelmäßigen Abständen von der Datenstelle (INTER-FORUM) ein Bestätigungsschreiben inklusive der Versandliste mit allen von ihm erstellten Erstdokumentationen. Das Bestätigungsschreiben ist nach Prüfung der Versandlisten durch den Arzt unterschrieben an die Datenstelle zurückzusenden. Der Vorteil gegenüber dem bisher angewandten Verfahren besteht darin, dass der Arzt nur noch eine Unterschrift leisten muss und nicht wie bisher jede einzelne Versandliste mit einer eigenen Unterschrift zu versehen und an die Datenstelle zurück zu senden hat.

Einzelheiten zum Versandlistenverfahren finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg unter folgendem Zugriff:

http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2009/10/103/dmp_anlage01_anhang1.pdf

Für unvollständige und fehlerhafte Erst- und Folgedokumentationen führt die Datenstelle ein Korrekturverfahren durch. Im Fehlerfall erhalten Sie einen Papierausdruck des fehlerhaften Datensatzes, den Sie korrigiert (und im Falle der Erstdokumentation unterschrieben) an die Datenstelle zurücksenden müssen.

Eine Beschreibung des Korrekturverfahrens finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg unter:

http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2009/10/103/datenstellenvertrag_idf_1_nachtrag_anlage_1.pdf

Damit der Patient weiß, welche Daten von ihm weitergeleitet wurden, erhält er von Ihnen immer einen Ausdruck der Erst- oder Folgedokumentation.

6. Der Einschreibevorgang

6.1. Initiative zur Einschreibung eines Versicherten

In einigen Fällen hat die Krankenkasse den Versicherten über das jeweilige Behandlungsangebot bereits informiert, so dass dieser von sich aus den Wunsch äußert, am Programm teilzunehmen.

Andererseits sollten Sie auch selbst Patienten ansprechen, die nach Ihrer Einschätzung die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und von dem Programm profitieren können.

6.2. Aufklärung des Patienten vor Einschreibung

Je nach Informationsstand Ihrer Patienten sollten Sie diese vor Einschreibung über folgende Punkte aufklären:

- Ziele des Programms
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Erhebung von Daten

- Aktive Teilnahme des Versicherten (z.B. Wahrnehmung regelmäßiger Arzttermine, Besuch von Schulungen)
- Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft
- Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligter Fachleute

Alle wichtigen Informationen sind in der Anlage zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Information zum Datenschutz, Patienteninformation) schriftlich festgehalten.

6.3. Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe auch Punkt 5.1) ist ein Formular, das von Ihnen und von Ihrem Patienten unterschrieben werden muss. Bei minderjährigen Patienten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch deren gesetzlichen Vertreter abgegeben.

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung hat folgenden Inhalt:

- Erklärung des Patienten, dass er die Programmbedingungen kennt und am Programm teilnehmen möchte,
- Erklärung des Patienten, dass er Sie als koordinierenden Arzt wählt,
- Erklärung des Patienten, dass er über die Verarbeitung und Nutzung seiner Daten im Rahmen des Programms informiert wurde und darin einwilligt,
- Ihre Erklärung, dass der Patient die Einschreibevoraussetzungen erfüllt (ärztliche Diagnosesicherung, Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitwirkung, Möglichkeit des Patienten, von der Einschreibung zu profitieren).

Bitte achten Sie darauf, dass das Formular vollständig ausgefüllt ist:

- Die Daten für den oben links befindliche „Kasten“ mit den Angaben zur Person und zur Krankenkasse werden durch Einlesen der Krankenversichertenkarte in der Praxissoftware gespeichert und können ausgedruckt werden.
- Für den Sonderfall, dass der Versicherte bei seiner gesetzlichen Krankenversicherung „Kostenerstattung“ gewählt hat und daher keine Krankenversichertenkarte besitzt, können diese Daten in Ihrer Praxissoftware auch manuell eingegeben werden.
- Arzt- und Betriebsstättennummer müssen vorhanden und beide müssen im Leistungserbringerverzeichnis (siehe Punkt 3.1) zu finden sein.
- Im Diabetes-Formular muss angekreuzt sein, ob Typ 1 oder Typ 2 zutrifft.
- Die Datumsangaben müssen lesbar und plausibel sein.
- Beide Unterschriften müssen vorhanden sein.

6.4. Erstdokumentation

Zur vollständigen Einschreibung gehört neben der TE/EWE auch die Erstdokumentation, die elektronisch erstellt und versendet, per Versandlistenverfahren von Ihnen bestätigt und ggf. korrigiert wird (siehe 5.2).

Dabei müssen die vertraglich vereinbarten Fristen eingehalten werden.

Wenn die Erstdokumentation, eventuelle Korrekturen sowie das unterschriebene Bestätigungsschreiben nicht innerhalb von 52 Tagen zuzüglich eines Quartals nach Ablauf des Dokumentationsquartals in der Datenstelle vorliegen, sind die Dokumentationsdaten

ungültig. D.h., dass keine Einschreibung zustande kommt und Sie auch keine Vergütung für die Dokumentation erhalten.

6.5. Aktionen der Krankenkasse bei erfolgreicher Einschreibung

Wenn TE/EWE und Erstdokumentationsdaten vollständig, plausibel und fristgerecht übermittelt wurden, die Angaben in diesen beiden Dokumenten zusammenpassen und die Teilnahmevoraussetzungen von Arzt, Versichertem und Krankenkasse erfüllt sind, bestätigt die Krankenkasse dem Arzt und dem Versicherten die erfolgreiche Einschreibung.

7. Behandlung des Patienten nach der Einschreibung

7.1. Aufgaben des Arztes

Als koordinierender Arzt haben Sie die Aufgabe sicherzustellen,

- dass die Behandlung kontinuierlich erfolgt,
- dass die Behandlung sich an den medizinischen Grundlagen und Programmvorgaben orientiert, wie sie in den krankheitsspezifischen Broschüren dokumentiert sind,
- dass gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele vereinbart, überprüft und ggfs. verändert werden
- dass in dem Fall, dass andere Ärzte oder nichtärztliche Therapeuten und Berater in die Therapie einbezogen werden, eine Abstimmung erfolgt.

Je nach vereinbartem Dokumentationsintervall bestellen Sie den Patienten mindestens viertel- oder halbjährlich in die Praxis ein; dabei erstellen Sie auch jeweils eine Folgedokumentation.

Zur organisatorischen Unterstützung des Ablaufes in Ihrer Praxis und damit keine Termine versäumt werden, erhalten Sie von der Datenstelle Listen mit anstehenden Folgedokumentationen (Folgedokumentationsreminder).

Anhand der halbjährlichen Feedback-Berichte der Gemeinsamen Einrichtung können Sie überprüfen, inwieweit die vereinbarten Qualitätsziele für die strukturierte Behandlung bei Ihren Patienten schon erreicht wurden.

7.2. Aufgaben des Versicherten

- Je nach vereinbartem Dokumentationsintervall nimmt der Versicherte mindestens viertel- oder halbjährliche Arzttermine wahr.
- Der Versicherte besucht die empfohlenen Schulungen.
- Der Versicherte befolgt die Empfehlungen des Arztes, so dass vereinbarte Ziele (z.B. Blutdruck senken) erreicht werden können.

Wenn für zwei aufeinander folgende Dokumentationsintervalle keine plausible fristgerechte Folgedokumentation vorliegt oder innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt wurden, wird der Versicherte gemäß der gesetzlichen Vorgabe aus dem Programm ausgeschrieben.

Sonderfall DMP Brustkrebs: Die anstelle von Schulungen im Behandlungsprogramm Brustkrebs vorgesehenen Patienteninformationen sind freiwillig, Nichtteilnahme führt nicht zum Programmausschluss.

7.3. Aufgaben der Krankenkasse

- Die Krankenkasse unterstützt den Versicherten mit Informationen zu seiner Erkrankung und zum Programm.
- Sie erinnert den Versicherten an anstehende Arzttermine und Schulungen.
- Zum Teil bietet sie weitere Serviceleistungen an.

Für diese Aufgaben kann die Krankenkasse einen Dienstleister beauftragen.

7.4. Folgedokumentation

Wie die Erstdokumentation wird auch die Folgedokumentation elektronisch erstellt und versendet. Es gilt jedoch eine andere Übermittlungsfrist (s. Absatz 4).

Wie unter Punkt 5.2 beschrieben, führt die Datenstelle eine Plausibilitätsprüfung und ein Korrekturverfahren für die erhaltenen Datensätze durch.

Bei der Versendung der Datensätze sowie ggf. der Korrekturbögen müssen die vertraglich vereinbarten Fristen eingehalten werden.

Wenn die Dokumentationsdaten und ggf. die Korrektur nicht innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationsquartals in der Datenstelle vorliegen, ist die Dokumentation ungültig und wird auch nicht vergütet.

Wenn dies in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationsintervallen passiert, führt es automatisch zur Ausschreibung des Versicherten (siehe 7.2).

Achtung: Für die kontinuierliche Programmteilnahme nach der Einschreibung zählen nur Folgedokumentationen! Eine erneute Erstdokumentation im Programmverlauf ersetzt keine Folgedokumentation, vielmehr wird die Folgedokumentation als fehlend gewertet.

7.5. Wechsel des koordinierenden Arztes (DMP-Arzt)

Wenn ein bereits eingeschriebener Patient Sie als neuen koordinierenden Arzt wählen möchte, müssen Sie lediglich die nächste anstehende Folgedokumentation erstellen. Durch die Betriebsstätten- und Arztnummer in den Dokumentationsdaten erfahren Datenstelle und Krankenkasse, wen sie zukünftig als koordinierenden Arzt ansprechen müssen.

Im Sinne einer kontinuierlichen Behandlung sollten Sie außerdem die bisherigen Patientenunterlagen von der Vorgängerpraxis anfordern.

7.6. Beendigung der Teilnahme von Versicherten

Die Teilnahme eines Versicherten an einem DMP kann aus verschiedenen Gründen beendet werden:

- Der Versicherte hat Arzt- oder Schulungstermine nicht wahrgenommen (siehe Punkt 7.2)

Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme

- Die dem DMP zugrunde liegende Diagnose liegt nicht (mehr) vor.
- Der Versicherte hat seine DMP-Teilnahme bei der Krankenkasse gekündigt.
- Der Versicherte wechselt seine Krankenkasse.
- Sonderfall DMP Brustkrebs: Es gibt keine Fernmetastasen und es ist seit 5 ½ Jahren kein neuer Tumor (Primärtumor, kontralateraler Brustkrebs oder lokoregionäres Rezidiv) aufgetreten.

In diesen Fällen schreibt die Krankenkasse den Versicherten aus dem Programm aus und teilt dies dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt mit.

Nach der Ausschreibung sind Folgedokumentationen nicht mehr gültig. Es kann jedoch eine erneute Einschreibung vorgenommen werden, falls die Voraussetzungen vorliegen.

8. Sonderfälle

8.1. Notwendigkeit einer erneuten Einschreibung im DMP Brustkrebs

Wenn Rezidive / kontralateraler Brustkrebs / Metastasen vor dem 1. Juli 2006 aufgetreten sind, konnten sie im damaligen Folgedokumentationsformular nicht erfasst werden.

In solchen Fällen wird die Krankenkasse die Versicherte ausschreiben.

Wenn Sie die Mitteilung über die Ausschreibung erhalten, können Sie die Patientin bei Vorliegen der Voraussetzungen direkt wieder neu einschreiben.

Das gleiche gilt, wenn ein Rezidiv erst nach der 5 ½-Jahres-Frist auftritt. Auch hier ist eine erneute Einschreibung (nach vorheriger Ausschreibung durch die Krankenkasse) unumgänglich.

8.2. Abforderung archivierter Unterlagen durch die Krankenkasse

Regelmäßig führen die Prüfdienste der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Prüfung der DMP-Einschreibungen und Dokumentationen durch. Dazu müssen die Datenstellen und die Krankenkassen Datensätze und Unterlagen zur Verfügung stellen.

In einem speziellen Fall sind auch Ärzte betroffen:

Ärzte, die zwischen dem 1. Oktober 2004 und dem 31. März 2006 Dokumentationen elektronisch übermittelt haben, gingen dabei nach dem vertraglich vereinbarten Archivierungsverfahren vor. D.h., ein unterschriebener Ausdruck der jeweiligen Erst- oder Folgedokumentation wurde in der Arztpraxis archiviert.

Falls archivierte Dokumentationen in der Prüfstichprobe enthalten sind, benötigt die Prüfbehörde Kopien der unterschriebenen Ausdrücke. Diese fordert die Krankenkasse bei Ihnen ab. Das genaue Verfahren wird in dem Anschreiben der Krankenkasse erläutert.