

Arbeitshilfe



Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

Im Rahmen der Implementierung eines DMP Asthma/COPD im KV-Bereich Hamburg möchten wir die Gelegenheit nutzen, Ihnen eine kleine Arbeitshilfe mit auf den Weg zu geben. Diese soll Ihnen neben der Einführungsveranstaltung bzw. dem unmittelbar zum Programmstart ab 01.07.2007 zur Verfügung stehenden Arztmanual als Wegweiser dienen. Der vorliegende Flyer gibt Ihnen einen ersten Überblick über den Ablauf eines Disease-Management-Programms in Ihrem Praxisalltag sowie Hilfestellung bei der Ausfüllung der Dokumentationen. Ein besonderes Augenmerk verdient die Vermeidung häufiger Fehlerquellen und die Beschreibung des eDMP-Verfahrens, welches gerade vor dem Hintergrund der zum 01.04.2008 verpflichtenden Einführung von großer Bedeutung ist. Bitte nutzen Sie auch die umfangreichen Informationsmöglichkeiten auf unserer Internetseite unter www.kvhh.de. Dort finden Sie auch eine Ausfüllhilfe, die alle Fragen im Zusammenhang mit der Dokumentation beantwortet.

Gerne stehen wir Ihnen für weitere Fragen und Anregungen jederzeit zur Verfügung. Bitte nutzen Sie hierfür die in diesem Flyer angegebenen AnsprechpartnerInnen.

Ihre

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Inhaltsverzeichnis

1. Asthma/COPD Ablauf im Praxisalltag
2. Hinweise zum Ausfüllen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) Erstdokumentation (ED) sowie Folgedokumentation (FD)
3. Das eDMP-Verfahren
4. Wichtige Hinweise zum Umgang mit dem DMP Asthma/COPD

Impressum:

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers
Redaktion: Matthias Baer-Zickur
Bilder: www.fotolia.de
Layout und Satz: Melanie Vollmert
Stand: 01.08.2007

1. Asthma/COPD Ablauf im Praxisalltag

Teilnahmevoraussetzungen

- Arztinforeveranstaltung oder Info mittels Arztmanual¹
- Teilnahmemöglichkeit als koordinierender Arzt (Versorgungsebene 1)
 - Vertragsärzte, insbesondere **Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen § 73 SGB V

Versorgungsebene 1

In Ausnahmefällen kann auch ein Arzt nach § 4 (Versorgungsebene 2) teilnehmen, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung **dauerhaft betreut** worden ist oder diese Betreuung aus **medizinischen Gründen erforderlich** ist.

- Teilnahmemöglichkeit als pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt (Versorgungsebene 2)
 - **Facharzt für Innere Medizin** mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „**Pneumologie**“ und/oder der Teilgebietsbezeichnung „**Lungen und Bronchialheilkunde**“ für Kinder oder Jugendliche mit Asthma bronchiale: **Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin** mit der Zusatzweiterbildung **Pneumologie** und/oder mit der Zusatzweiterbildung nach Kammerrecht ‚**Allergologie**‘ und/oder Genehmigung der KVH zur **Abrechnung der Nr. 13650 EBM**.
 - Erforderliche **Ausstattung** für Erwachsene²: Möglichkeit zur Durchführung von Spirometrie einschl. Atemwiderstandsmessung und Provokationstestung (qualitätsgesichert); Ganzkörper-Plethysmographie (qualitätsgesichert); Laborchemische Untersuchungen, insbesondere Blutgase.
 - Erforderliche **Ausstattung** für Kinder und Jugendliche: Möglichkeit zur Durchführung von Spirometrie, Atemwegwiderstandsmessung, Methode zum Nachweis der bronchialen Hyperreagibilität
- **Teilnahmeerklärung³ und Einverständniserklärung** ausfüllen und an die KVH senden:

Versorgungsebene 2

Ansprechpartner bei der KVH (Genehmigung)

Frau Gehrke-Vehrs Tel. 040-22802-384
Frau Schmitt Tel. 040-22802-523
Anschrift: Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

Sie erhalten von der KVH ein Genehmigungsschreiben zur Abrechnung der DMP-spezifischen Abrechnungsziffern nach Prüfung der eingereichten Unterlagen.

Wichtig!

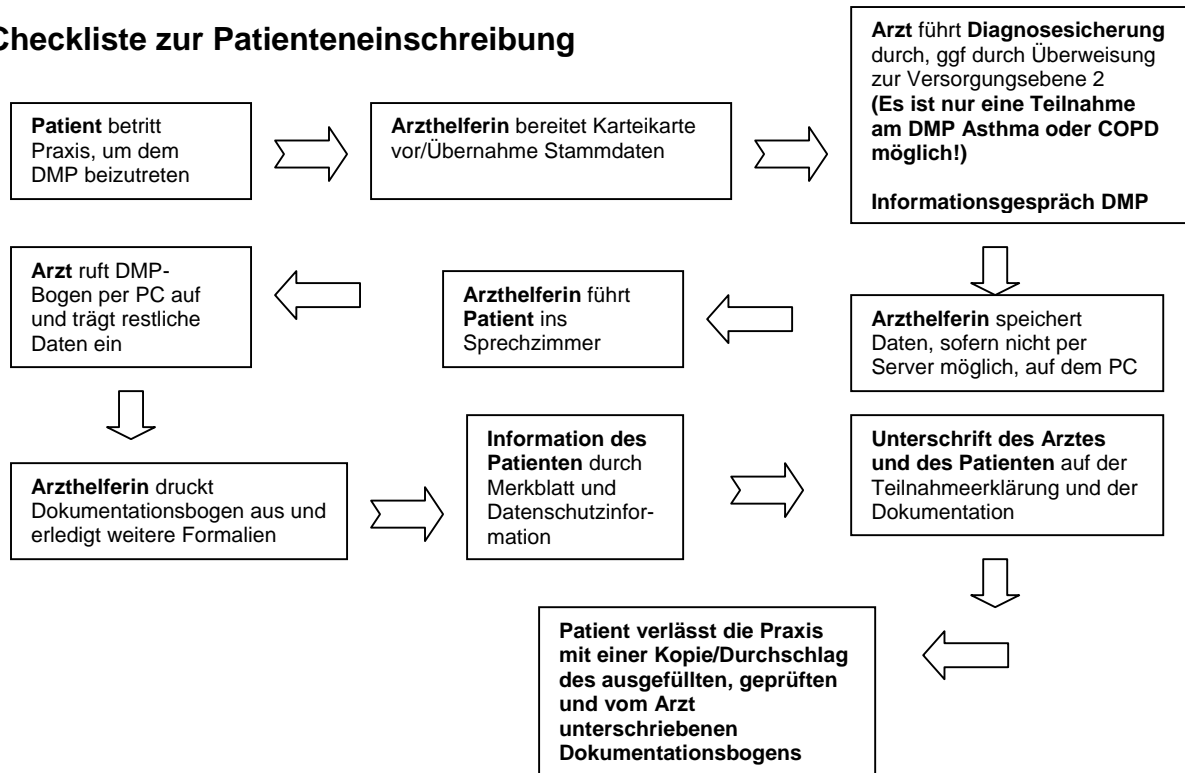
Die KVH prüft für die Gemeinsame Einrichtung der Vertragspartner einmal jährlich die Strukturvoraussetzungen für die teilnehmenden ÄrztInnen. Hierbei ist insbesondere der Nachweis für die durchgeführten Qualitätszirkel bzw. Fortbildungsveranstaltungen entsprechend der Vorgaben in Anlage 1a/b bzw. 2a/b des Vertrages zu erbringen. Denken Sie bitte daran eine Kopie der Nachweise für die Ärztekammer auch der KVH zukommen zu lassen. Zudem ist die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus (Schwerpunkt Pneumologie) ggü. der KVH nachzuweisen. Eine Bestätigung des Krankenhauses ist hierfür ausreichend.

¹ Die Arztmanuale werden von der KVH mit Erteilung der Genehmigung versandt.

² Nachweis durch Bestätigung auf der Teilnahmeerklärung.

³ Die Teilnahmeerklärung (Anl. 4 des Vertrages) erhalten Sie in der Einführungsveranstaltung bzw. beim Pförtner der KVH.

Checkliste zur Patienteneinschreibung



- Dem **Patienten** muss **vor** der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) das **Merkblatt** und die **Datenschutzinformation** vorliegen.⁴
- Der **Arzt** muss die **Erstdokumentation** Asthma bzw. COPD (Anlage 8a bzw. 9a) ausfüllen und das **Datum**, den **Arztstempel** und seine **Unterschrift** auf den unteren Teil der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) setzen. Eine Einschreibung ist nur in einem der beiden Programme (Asthma oder COPD) möglich!

Fristen

- Die **Erstdokumentation** (ED) soll **innerhalb von 10 Tagen** nach dem Abschluss der Befunderhebung an die Datenstelle

Datenstelle
 INTER-FORUM Data Services GmbH
 Abteilung DMP-HH
 Postfach 500 753 - 04304 Leipzig
 Hotline 0341 / 259 20 43
 Fax 0341 / 259 20 22
 dmp-hh@inter-forum.de

Wichtig!
 Die Einschreibung ist erfolgreich, wenn der Datenstelle fehlerfreie Dokumentationen fristgerecht vorliegen.

- Die **Folgedokumentation** (FD) muss entweder **jedes** oder jedes 2. **Quartal** (Dokumentationsfrequenz) erstellt werden und soll **innerhalb von 10 Tagen** nach Erstellung der Dokumentation an die Datenstelle versandt werden.

⁴ Merkblatt, Datenschutzinformation, Patienteninformation und Teilnahme- und Einwilligungserklärung sind Anlage 10a Asthma bzw. Anlage 10b COPD. Bitte beachten Sie, dass sowohl bei „Papier-Dokumentation“ als auch beim eDMP-Verfahren die TE/EWE stets als Papierbogen an die Datenstelle geschickt werden muss, weil die Patientenunterschrift darauf enthalten sein muss und eine elektronische Signatur nicht möglich ist.

2. Hinweise zum Ausfüllen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE), Erstdokumentation (ED) sowie Folgedokumentation (FD)

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung⁵

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Einlesen der Versichertenkarte!

Erklärung Asthma zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma

Einschreibung
 Arztwechsel

050d Krankenhaus-IK

Wichtig! Die Teilnahme ist nur bei Asthma oder COPD möglich.

1. Teilnahmeerklärung (vom Versicherten auszufüllen)
Hiermit erkläre ich,
- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder die mich im Programm betreffende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat, ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation erhalten und lenne sie.
- dass ich darüber informiert bin, dass mir auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden,
- dass mir bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betraut wie bisher,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden (bei einem Arztwechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich),
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

2. Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)
Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigelegt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,
- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Ausfertigung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z. B. Dienstleister) (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse oder einen von dieser beauftragten Dritten weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreffende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusehen kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenzärztlichen Vereinigung sowie ggf. mit meinen pseudonymisierten Angaben aus dem o. g. Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter 1. an dem Programm teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.
Zu 2.: Ja, ich bin mit der unter 2. beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zur Bestätigung der Erklärungen unter 1. und 2.:

- vom koordinierenden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen -

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass 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 koordinierender Arzt:

Stempel

Abschnitt 1 führt die Bedingungen der Teilnahme des Versicherten auf. In diesem Teil benennt der Versicherte außerdem seinen koordinierenden Arzt (Versorgungsebene1) mit Namen und Praxisanschrift.

Wichtig!

- Angaben zur Person (Feld oben links) bitte durch Einlesen der KVK ausfüllen
- Alle anderen Felder müssen vollständig ausgefüllt werden (nur eine vollständige Dokumentation führt zur wirksamen Einschreibung)
- Bei einem Arztwechsel ist dieses Feld durch den neu gewählten Arzt anzukreuzen und eine Folge-Doku auszufüllen

Abschnitt 2 informiert den Patienten über die Datenerhebung und die Datenflüsse (die Patienteninformation und die Datenschutzbestimmungen sind Bestandteil der TE/EWE).

Beide Teile unterschreibt der Patient unter Angabe des Datums (Teilnahmeerklärung).

Datenstelle

INTER-FORUM Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 500 753 - 04304 Leipzig
Hotline 0341 / 259 20 43
Fax 0341 / 259 20 22
dmp-hh@inter-forum.de

Wichtig!

Bitte vergessen Sie nicht das Datum, die Unterschrift und den Arztstempel.

Die TE/EWE ist stets per Papier auszufüllen (auch bei einem Arztwechsel durch den neu gewählten Arzt) und an die Datenstelle zu senden. Das eDMP-Verfahren ist hierfür nicht einsetzbar.

⁵ Zur Vereinfachung wird nur die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Asthma vorgestellt (Anlage 10 a).

Die Erstdokumentation⁶

Einlesen der
Versichertenkarte!

Wichtig! Die Teilnahme ist nur bei
Asthma oder COPD möglich.

DMP Fallnummer
Nur für einen Patienten aus max. 7 alphanumerischen Zeichen. Die Nr. muss auf der Folgedoku (FD) fortgeführt werden. Nimmt d. Patient an mehreren DMPs teil, kann dieselbe Nr. verwendet werden. Es ist auch möglich, die Nr. aus der Praxissoftware zu übernehmen, sofern sie max. 7stellig ist.

Bitte setzen Sie auf allen Bögen den
Arztstempel.

Einschreibung

- Patienten ab dem 5. bzw. für COPD ab 18. Lebensjahr können teilnehmen.
- Anamnese nicht älter als 12 Monate
- Keine gleichzeitige Einschreibung Asthma bzw. COPD möglich!
- Für die Einschreibung ist die Angabe in einem Feld ausreichend.

Anamnese (bei COPD ident.)

- „Diagnose bekannt seit“ ist Pflichtfeld, wenn unbekannt = 0 eingeben
- Bei „Häufigkeit Asthmasymptome“ und „Raucher“ nur jeweils eine Angabe möglich
- Bei „Andere Luftnot verursachende“ Mehrfachnennung möglich

Medikation (bei COPD ident.)

- zu jeder Medikamentengruppe ist nur eine Angabe erforderlich

Schulungen (bei COPD ident.)

- Eine Angabe erforderlich und nur eine Angabe zulässig
- Bei Instruktion nur eine Angabe zulässig

- Bei „Empfehlung zum Tabakverzicht“ nur, wenn Raucher mit Ja angekreuzt ist
- Bei „Selbstmanagementplan“ nur eine Angabe zulässig
- Bei „Ein- oder Überweisung“ nur eine Angabe zulässig
- Das „Datum der nächsten Konsultation“ (nächstes oder übernächstes Quartal) ist optional
- Beim Doku-Intervall nur eine Angabe zulässig
- Datum und Unterschrift sind Pflichtfelder!

3 Durchschläge
(bei COPD ident.)

1. an die Datenstelle
2. zum Verbleib in der Praxis
3. für den Patienten

Sofern bei den oberen 8 Feldern kein Kreuz gesetzt wurde, ist hier (Kinder und/oder Erwachsene) ein Kreuz zu setzen. Achtung! Unter „Aktuelle Medikation“ darf dann nicht mehr „keine“ angekreuzt werden.

Nach Datum und Unterschrift binnen 10 Tagen nach Erstellung an die

Datenstelle

INTER-FORUM Data Service GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 500 753 - 04304 Leipzig
Hotline 0341 / 259 20 43
Fax 0341 / 259 20 22
dmp-hh@inter-forum.de

⁶ Zur Vereinfachung wird nur die Erstdokumentation für Asthma vorgestellt (Anlage 8a).

3. Das eDMP-Verfahren

Alle DMP-Ärzte können die im DMP geforderten Dokumentationen⁸ papierlos (derzeit nur) per Diskette oder CD-ROM⁹ an die Datenstelle „Interforum“ in Leipzig senden.

Datenstelle
INTER-FORUM Data Services GmbH Abteilung DMP-HH Postfach 500 753 - 04304 Leipzig Hotline 0341 / 259 20 43 Fax 0341 / 259 20 22 dmp-hh@inter-forum.de

Ansprechpartner eDMP bei KVH
Frau Schulte (PIT) Tel. 040-22802-728
Herr Baer-Zickur Tel. 040-22802-728

Benötigt wird dazu eine Praxissoftware mit DMP-tauglichem Modul, das von der KBV zertifiziert wurde. Dieses Modul erzeugt aus den in der Praxissoftware gespeicherten Daten geprüfte DMP-Dokumentationen, die per Datenträger an die Datenstelle geschickt werden. Von dort geht eine Eingangsbestätigung mit allen verarbeiteten Datensätzen zum Abgleich zurück an die Praxis. Da es die sog. elektronische Signatur noch nicht gibt, wird diese sog. Versandliste genutzt, um die Erstellung durch den Arzt sicher zu dokumentieren. Die Versandliste kommt von der Datenstelle und muss vom Arzt auf jeder Seite unterschrieben und binnen 10 Tagen an die Datenstelle zurückgeschickt werden.

Die abgeglichenen Daten gehen mit Arztunterschrift und Datum wieder an die Datenstelle zurück. Papiausdrucke in der Praxis entfallen, da die Archivierung von der Datenstelle übernommen wird. Lediglich der Patient erhält einen Ausdruck der Dokumentation, so wie er vorher einen Durchschlag erhalten hat.

Die Vorteile des "eDMP"-Verfahrens

1. Das leidige Korrekturverfahren reduziert sich erheblich, da die Datensätze bereits von der Praxissoftware geprüft sind.
2. Die Eingangsbestätigung aller versandten Datensätze erfolgt zeitnah.
3. Die Praxis muss keine Papierakten mehr führen.

Teilnahme am "eDMP" - Was ist zu tun?

1. Mit dem Softwarehaus abklären, ob eine KBV Zertifizierung für eDMP vorliegt; die Zulassungsliste der KBV finden Sie im Internetauftritt der KV unter www.kvhh.de -> rechte Navigationsleiste -> DMP -> eDMP.
2. Die Teilnahmeerklärung für die KVH ausfüllen; den Vordruck erhalten Sie ebenfalls im o.g. Internetauftritt.

Checkliste eDMP-Software (Was ist bei der Auswahl der Software-Module zu beachten?)

1. Verfügt das Programm über Schnittstellen und wenn ja, welche?
2. Gibt es Möglichkeiten zur Karteneinlesung in die Doku-Bögen?
3. Ist eine Datenübernahme aus der Praxissoftware (PVS) möglich?
4. Gibt es eine interne Plausibilitätsprüfung der Dokumente?
5. Ist das Programm kostenlos/günstig (Updates)?
6. Können Praxisdaten mit Leitlinien verglichen werden?
7. Ist die Software KBV-zertifiziert?
8. Ist der Online-Datenversand möglich/vorbereitet (Wichtig ab 01.04.2008 verbindlich)?
9. Sind die Dokubögen als Hintergrund im Programm abgebildet (ermöglicht einfache Übertragung per Hand in Ausnahme/Notfällen)?
10. Kann der Dokubogen ausgedruckt werden?
11. Markierung fehlerhafter Datenfelder möglich?

⁸ Bitte beachten Sie, dass die TE/EWE nach wie vor per Papier (wegen der Patientenunterschrift) an die Datenstelle geschickt werden muß.

⁹ Im Zuge der Umsetzung der eDMP-Regelungen zum 01.04.2008 wird es mindestens noch ein weiteres Übermittlungsverfahren geben.

4. Wichtige Hinweise zum Umgang mit dem DMP Asthma/COPD

Vertragsunterlagen

Sie können den Vertrag samt Anlage sowie das Arztmanual (ausführliche Programmbeschreibung) im Internetauftritt der KVH einsehen (www.kvhh.de -> linke Navigationsleiste -> DMP -> Asthma/COPD).

Die Teilnahmeerklärung (Anlage 4 des Vertrages), die eDMP-Anzeige zur Genehmigung durch die KVH „Teilnahme DMP + eDMP“ erhalten Sie ebenfalls auf den oben genannten Internetseiten und beim Pförtner der KVH.

Der Vertrag sowie das Arztmanual werden zeitnah zum Programmstart auch in Papierform den DMP-Teilnehmern zur Verfügung stehen.

Wichtige Tips im Umgang mit dem DMP Asthma/COPD in Ihrer Praxis (Stichwortliste)

10 Tagesfrist: Frist zur Versendung der Daten (ED, FD) sowie der TE/EWE an die Datenstelle nach Erstellungsdatum. Daran schließt sich eine 42tägige Korrekturfrist an, innerhalb derer die Datenstelle fehlerhafte Dokumentationen durch Zurücksenden an die Praxis zu berichtigen versucht.

Deadline! Die Termine 21.2./22.5./21.8./21.11. sind die Tage, an denen letztmalig fristgerecht (Eingang Datenstelle) die Dokumentationen für die Vorquartale eingehen können. Hintergrund ist die maximal 52 Tage Korrekturfrist (10 Tage Versendung + 42 Tage Korrektur). **TIP: Je früher, desto...**

Handzeichen nicht vergessen! Die Korrekturen müssen mit einem Handzeichen und Datum versehen werden, da sie ansonsten ungültig bleiben (**häufige Fehlerquelle**).

Arztwechsel! Bei einem Arztwechsel muss eine TE/EWE durch den neu gewählten Arzt ausgestellt werden (Feld: „Arztwechsel“ ankreuzen). Zusätzlich muss eine Folgedoku (FD) ausgestellt und auch dort das Feld „Arztwechsel“ angekreuzt werden (**häufige Fehlerquelle**).

Reminder = sind Informationen von der Datenstelle für den Arzt über die Folgetermine zur Einbestellung der Patienten.

Krankenkassenliste = Wir empfehlen für den Praxisalltag die Anfertigung einer Liste der Ansprechpartner bei den Krankenkassen zu erstellen. So können im direkten Kontakt Fragen um das DMP Asthma/COPD geklärt werden.

Sammeln der Dokus? Dies sollte im Hinblick auf die engen Korrekturfristen vermieden werden. Lieber sollte unter Nutzung von eDMP öfter an die Datenstelle versendet werden. So können auch Rückfragen von Krankenkassen vermieden werden.

a/b-Datensatz = Die Daten auf den Doku-Bögen werden in a-Daten (Arzt Datensatz) und b-Daten (Kassendatensatz) unterschieden. Die Datenstelle trennt die auf der Doku vorhandenen Daten (hierzu ist übrigens die Fallnummer von erheblicher Bedeutung) und sendet die a-Daten an die KVH und die b-Daten an die Datenannahmestellen der Kassen.

Datumsangabe = Es ist stets das Datum der Erstellung der Dokumentation zu verwenden (Beginn der 10 Tagesfrist).

Schulungsempfehlung = Wer auf der Doku „Schulung empfohlen“ ankreuzt, muss auf der Folge-Doku „Ja“ oder „aktuell nicht möglich“ ankreuzen, da andernfalls die Patienten nach 2maliger Nichtteilnahme an einer empfohlenen Schulung aus dem Programm geschrieben werden muss (**häufige Fehlerquelle**).

Keinen roten Kugelschreiber! Bitte verwenden Sie keinen roten Kugelschreiber, auch nicht bei der Korrektur (Handzeichen!), da die Datenstelle bei der Erfassung diese nicht erkennen kann und die Dokumentationen ungültig werden.

Feedback-Bericht = Die Gemeinsame Einrichtung (bestehend aus KV und Hamburger Krankenkassen) erstellt aus den Daten (ED, FD) der Datenstelle halbjährig Berichte über die Entwicklung der Dokumentationsparameter in der teilnehmenden Praxis.

Qualitätsbericht = Ist ein ebenfalls von der Gemeinsamen Einrichtung erstellter Jahresbericht zur Qualitätssicherung.

Vergütungsregelungen im Überblick!

Leistung	EUR	Abrechnungsnummer
Erstdokumentation (Asthma)	25,00	99425
Folgedokumentation (Asthma)	15,00	99426
Erstdokumentation (COPD)	25,00	99427
Folgedokumentation (COPD)	15,00	99428
Betreuungspauschale Versorgungsebene 1 (1 x pro Dokumentationszeitraum)	7,50	99429
Pauschale für die Versorgungsebene 2 (max. 2 x pro Kalenderjahr)	25,00	99430
Asthmaschulung für Kinder (optimal 7 Kinder, 30 UE a 45 Min., davon 18 UE Kinder, 12 UE Eltern)	20,00	99431
Nachschulungen (frühestens n. 6 Monaten; max. 5 UE a. mind. 45 Min.)	20,00	99432
NASA (optimal 10 Patienten, 6 UE a 60 Min.)	22,50	99433
Nachschulung (frühestens n. 1 Jahr; mind. 45 Min.)	22,50	99434
COBRA (optimal 10 Patienten, 6 UE a 60 Min.)	22,50	99435
Nachschulung /frühestens n. 1 Jahr, mind. 45 Minuten)	22,50	99436
Kosten für Schulungsmaterial (Verbrauchsmaterial) mit Ausnahme der Nachschulungen	9,50	99437

Bitte beachten Sie, dass der koordinierende Arzt (der Arzt, der die ED, FD und TE/EWE ausfüllt) = Ebene 1 diese 7,50 EUR (99429) zusammen mit der Doku (ED oder FD) abrechnen darf.

Nimmt ein Arzt der Ebene 2 ausnahmsweise an der Ebene 1 teil, muss er sich zwischen der Nr. 99429 (7,50 EUR) und der 99430 (25 EUR max. 2 x pro Kalenderjahr) entscheiden (Abrechnungsausschluss).

Bitte beachten Sie, dass diese Gebühr grds. nur von der Ebene 2 abrechenbar ist.

Nehmen Ärzte der Ebene 2 ausnahmsweise an der Ebene 1 teil (Koordinierende Funktion mit Einschreibung und Dokumentation), ist entweder die Nr. 99430 (25 EUR max. 2 mal pro Kalenderjahr) oder die Nr. 99429 (7,50 EUR pro Dokumentation) abrechenbar. (Abrechnungsausschluss)

Ansprechpartner

Ansprechpartner

Hamburger Krankenkassen

Wegen der Vielzahl der betreffenden Krankenkassen sehen wir von einer Auflistung der Ansprechpartner ab.

KVH - Bei Fragen zum Vertragsinhalt:

Ansprechpartner Herr Baer-Zickur 040-22802-728
 Frau Schöppich 040-22802-381

KVH - Bei Fragen zur Vertragsumsetzung/Teilnahme-voraussetzungen/Genehmigung:

Ansprechpartner: Frau Gehrke-Vehrs 040-22802-384
 Frau Schmitt 040-22802-523

KVH – Bei medizinischen Sachverhalten:

Bitte wenden Sie sich an die Medizinische Fachberatung, Tel. 22 802-571 oder 572

Datenstelle:

INTER-FORUM Data Services GmbH
 Abteilung DMP-HH
 Postfach 500 753 - 04304 Leipzig

Hotline 0341 / 259 20 43
 Fax 0341 / 259 20 22
 dmp-hh@inter-forum.de