

Nachweis der Durchführung von versichertenbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahmen



**Bericht im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme
für das Krankheitsbild „Diabetes mellitus Typ 1“**

Bundesweiter Bericht über alle KV- Bereiche

September 2012



vorgelegt von der

BAHN-BKK
Franklinstraße 81
60486 Frankfurt/Main

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	6
2	Disease-Management-Programme (DMP) und wie Sie funktionieren	6
2.1	Rechtliche Grundlagen	6
2.2	Anforderungen an die Programme	7
2.3	Evidenzbasierte Versorgungsinhalte der Programme.....	8
3	Die BAHN-BKK und Ihr strukturiertes Behandlungsprogramm BAHN-BKK MedPlus.....	9
4	Allgemeiner Teil	10
4.1	Disease- Management- Programme.....	10
4.2	DMP und Qualitätssicherung bei der BAHN-BKK.....	10
4.3	DMP bei der BAHN-BKK	11
4.4	Strukturierte Dokumentationen, Datenfluss und Datenschutz im BAHN-BKK MedPlus Programm.....	12
5	Potenzialanalyse.....	13
6	Notwendige Einschreibeunterlagen zur Teilnahme am DMP.....	14
6.1	Papiergebundene Dokumentation	17
6.2	Elektronische Datenübermittlung (eDMP) seit 01.Juli 2008 bei der BAHN- BKK.....	18
6.3	Ablauf der Dokumentation im eDMP bei der BAHN-BKK	19
6.4	Erstdokumentation anstelle einer Folgedokumentation	20
6.5	Besonderheit Arztwechsel	20
6.6	Arztwechsel unter Vertragsarzt- Änderungsgesetz (VÄndG)	21
6.7	Datenfluss der Dokumentationen bis zur BAHN-BKK (Datenflussbeschreibung)	23
6.7.1	Verarbeitungsweg Datenstelle ZAS- BAHN-BKK	23
6.7.2	Datenfluss von der Akquise bis zur BAHN-BKK	23
6.7.3	Datenfluss bei der BAHN-BKK (vereinfachte Darstellung).....	25
6.7.4	Datenfluss der Dokumentationen bei der BAHN-BKK.....	25
6.8	Datenfluss der Erst- und Folgedokumentation (Aufgabenbeschreibung) ..	26

6.9	Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE EWE) ab 01.Juli 2008	27
6.9.1	Abb. 1 Muster einer indikationsübergreifenden Teilnahmeerklärung	28
6.9.2	Abb. 1 Muster einer indikationsspezifischen Teilnahmeerklärung	29
6.9.3	Abb. 1 Muster einer Erstdokumentation (Korrekturformular einer Datenstelle)	30
6.10	Gültige Erstdokumentation	32
7	Übersicht der bei der BAHN-BKK eingegangenen Dokumentationsbögen	34
8	Demographische Struktur der DMP- TeilnehmerInnen	35
9	Informations- und Erinnerungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung der Kontinuität der Versorgung („Reminding“)	39
9.1	Betreuung des Versicherten während der Teilnahme	39
9.2	Maßnahmen der Versichertenbetreuung allgemein	40
9.3	Maßnahmen im Rahmen der Versichertenbetreuung -KV bezogen-	43
10	Information des Versicherten	45
10.1	Telefonische Beratung („Inbound“)	45
10.2	Information der Versicherten durch Informationsmaterial	48
10.3	Versand der vom Versicherten gewünschten Informationsangeboten	49
10.4	Intensivbetreuung („Outbound“)	53
11	Schulungen im DMP	54
12	Beschränkung der Maßnahmen auf Gruppen von Patienten, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen	55
	Patienten	55
12.1	Darlegung der Ergebnisse der Auswertungen der BAHN-BKK zu den gestellten Anforderungen des Musterbehandlungsprogramms	56
12.2	Strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten, deren Verlaufsdokumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprozesses durch den Versicherten enthält (Vorgabe aus dem Musterbehandlungsprogramm)	59
13	Reminding	60

13.1	Ausschreibungen wegen zwei aufeinander folgend fehlender Dokumentationen oder zwei veranlasste empfohlene Schulungen innerhalb von 12 Monaten ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen	60
13.2	Regelungen zu fehlenden Dokumentationen ab dem 01. April 2007	60
13.3	Sonderregelung für fehlende Dokumentationen im 3. Quartal 2008	60
13.4	Ausschreibemanagement bei der BAHN-BKK	61
13.1	Aktivitäten der BAHN-BKK zur Vermeidung von Ausschreibungen aufgrund zweier aufeinander folgend fehlender Folgedokumentationen.	63
13.2	Ausschreibungen aufgrund weiterer Ausschreibetatbestände	66
13.3	Wiedereinschreibquote nach Ausschreibung aufgrund Ausschreibetatbestände	68
14	Übersicht über die Auslöser, Maßnahmenkatalog und Zielerreichung des BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1	70
15	Evaluation	79
15.1	Kohortenbildung.....	79
15.2	Auswertungsdaten	80
15.3	Medizinische Daten	80
15.4	Ökonomische Daten	80
15.5	Ergebnisse aus der Befragung zur Lebensqualität	81
15.5.1	Brief und Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität	83
15.5.2	Übersicht Datenfluss Evaluation.....	84
15.6	Durchführung der Evaluation im BKK System.....	85
16	Prüfungen der DMP Versicherungszeiten im RSA durch die Aufsichtsbehörde	85
16.1	Rechtsgrundlage und Prüfauftrag	85
16.2	Gegenstand der Prüfungen	86
16.3	Durchführung der Prüfungen.....	86
16.4	Mitteilung des Prüfergebnisses.....	86
17	Übersicht zum Stand der Gesetzgebung bei den DMP	87
18	Arztbezogener Qualitätssicherungsbericht der Gemeinsamen Einrichtungen	89

18.1	Feedbackberichte für den Arzt	90
18.2	Feedbackberichte für den KV Bereich (am Beispiel der KV Baden-Württemberg)	91
19	Fazit	99
19.1	Häufig an das DMP Team gestellte Fragen	100
19.1.1	Welche Ergebnisse haben die DMP bisher gebracht?.....	100
19.1.2	Wie geht es mit den BAHN-BKK MedPlus Programmen weiter?101	
19.1.3	Wie sehen das BVA und Mitbewerber die Stellung der DMP ...	102

1 Ausgangslage

Seit Einführung der ersten DMP- Programme hat sich die Teilnehmerzahl vervielfacht. Die DMP sind inhaltlich weiterentwickelt und in den Abläufen vereinfacht worden. Die jüngsten Maßnahmen zur Minderung des Verwaltungsaufwandes sind die flächendeckende Einführung der elektronischen Erfassung und Übermittlung der DMP Daten sowie die Einführung der Indikationsübergreifenden Dokumentation. Sie ist auf die wesentlichen Punkte reduziert worden, die für die Behandlungsplanung, Qualitätssicherung und Evaluation der Programme notwendig sind.

Heute existiert fast flächendeckend eine eigene Struktur zur Behandlung chronisch Kranker. Sie erzielt erwiesenermaßen erste positive gesundheitliche Effekte und wird in prozessualer und medizinisch-inhaltlicher Hinsicht fortlaufend weiterentwickelt.

2 Disease-Management-Programme (DMP) und wie Sie funktionieren

Die seit 2003 vollzogene Einführung von Disease-Management-Programme (DMP) (deutsch: Strukturierte Behandlungsprogramme) für mehrere so genannte Volkskrankheiten stellt eine der größten Innovationen im deutschen Gesundheitswesen dar. Angestoßen wurde sie durch den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen), der in einem Gutachten aus dem Jahre 2001 dem deutschen Gesundheitswesen zwar ein hohes Niveau der Akutversorgung bescheinigt, gleichzeitig aber gravierende Mängel bei der Versorgung chronisch Kranker moniert hatte.

2.1 Rechtliche Grundlagen

DMP ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, der sich durch eine systematische und strukturierte, an evidenzbasierten Leitlinien orientierte Behandlung von chronisch Kranken auszeichnet. DMP programme verknüpfen Leistungen der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation über die Grenzen der Versorgungsbereiche hinweg zu einem ganzheitlichen Behandlungskonzept. Ihr Ziel ist es, die Qualität der Versorgung zu erhöhen und deren Effizienz zu steigern.

Ein Spezifikum der DMP in Deutschland bestand darin, dass sie bei der Einführung an einen finanziellen Ausgleichmechanismus zwischen den Krankenkassen, den Risikostrukturausgleich (RSA) gekoppelt war. Die Teilnehmer an einem DMP bilden eine besondere Versichertengruppe. Für diese versicherten erhielten die Ärzte und Krankenkassen zusätzliche Mittel aus dem RSA. Intention des

Gesetzgebers bei dieser Entscheidung war, Anreize für die Krankenkassen zu schaffen, strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen anzubieten.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ab Januar 2009 gelten neue Regeln für die Finanzierung der DMP. Den Krankenkassen steht eine (deutlich geringere) Pauschale für die Durchführung der Programme aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung. Sie dient zur Deckung der Kosten für die Programmdurchführung, der Qualitätssicherung und die Evaluation.

2.2 Anforderungen an die Programme

Die Ausgestaltung der DMP in Form und Inhalt ist der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen übertragen worden (§ 137 SGB V) Das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, der auch mit Ärzten besetzte Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), ist beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geeignete chronische Krankheiten zu empfehlen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen.

Seit 2002 sind daraufhin folgende Indikationen ausgewählt und umgesetzt worden:

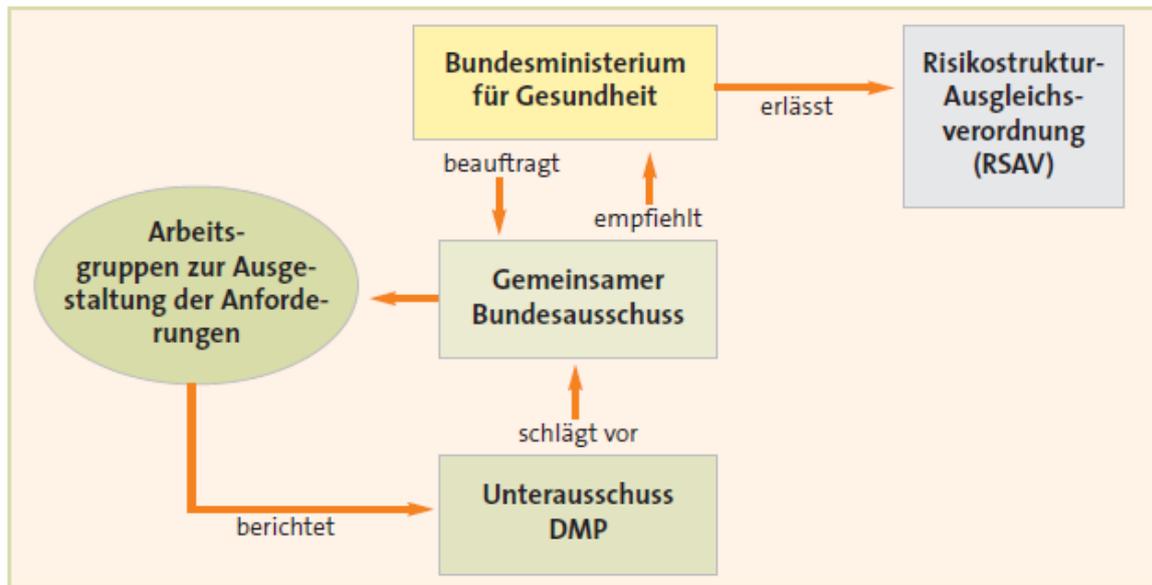
Diabetes mellitus Typ 1; Diabetes mellitus Typ 2; Brustkrebs; koronare Herzerkrankung (mit dem Modul Herzinsuffizienz); Asthma Bronchiale und COPD.

Für die inhaltliche Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme gelten grundsätzliche gesetzliche Vorgaben (§ 137 Abs 2 SGB V). Dies sind Anforderungen an die

- Behandlung der chronisch Kranken nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors;
- Durchzuführender Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein Programm einschließlich der Dauer der Teilnahme;
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten;
- Dokumentation der Behandlung;
- Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) und
- Zeitlichen Abständen zwischen den Evaluationen eines Programms und die Dauer einer Zulassung

Weiterhin sind u.a. die §§ 15a und 28 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) bzw. die neuen Regelungen im bzw. durch das Versorgungsstrukturgesetz (VstG) zu beachten.

So entstehen die Inhalte eines DMP am Beispiel des Vertrages in Baden-Württemberg



Die vom G-BA erarbeiteten Anforderungen werden durch das BMG geprüft und per Rechtsverordnung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, kurz RSAV) in Kraft gesetzt. Die praktische Umsetzung der Programme erfolgt in Baden-Württemberg auf der Basis von Verträgen der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KV Baden-Württemberg). In diesen Verträgen finden sich unter anderem Regelungen zu den Versorgungsinhalten entsprechend den RSAV-Anlagen, zur Qualitätssicherung, zum Datenmanagement und zur Vergütung der am DMP teilnehmenden Ärzte. Das Bundesversicherungsamt (BVA) überprüft die Übereinstimmung dieser Verträge mit den rechtlichen Grundlagen.

(Quelle: Arztmanual KV Baden-Württemberg) Stand 02/2010)

2.3 Evidenzbasierte Versorgungsinhalte der Programme

Die medizinischen Inhalte der DMP werden als Anlagen zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom BMG erlassen. Diese so genannten Versorgungsinhalte für das jeweilige Krankheitsbild enthalten die Definition der Erkrankung, Angaben zur Eingangsdagnostik, die Therapieziele und Hinweise zu einer differenzierten Therapieplanung. Außerdem werden therapeutische Maßnahmen, die Rehabilitation und die Kooperation der Versorgungsebenen beschrieben. Die Versorgungsinhalte werden auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien festgelegt. Die Versorgungsinhalte werden vom G-BA unter Einbeziehung externer Fachleute (Vertreter der Medizinischen Fachgesellschaften) formuliert. Diese Inhalte sind Behandlungsempfehlungen auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft.

3 Die BAHN-BKK und Ihr strukturiertes Behandlungsprogramm BAHN-BKK MedPlus

Die BAHN-BKK als Krankenkasse bevollmächtigte die Landesverbände Mitte, NORTHWEST, Bayern, Baden-Württemberg, und Hessen zur Vertragsgestaltung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen aller KV Bereiche als Vertragspartner. Die Vertragspartner haben sich als „Gemeinsame Einrichtung“ zusammengeschlossen. Ferner sind auch die Krankenhausgesellschaften beteiligt.

Die BAHN-BKK bietet Ihren Kunden somit flächendeckend das akkreditierte Disease- Management- Programm (DMP) unter dem Namen BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 seit dem Jahre 2005 an.

Zur Qualitätssicherung gehört unter anderem die Erstellung des hier vorliegenden Qualitätssicherungsberichts für alle KV Bezirke. Mit diesem Bericht sollen die Maßnahmen und Aktivitäten der BAHN-BKK im Rahmen des BAHN-BKK MedPlus Programms Diabetes mellitus Typ 1 öffentlich dargestellt werden.

Qualitätssicherung bedeutet, die BAHN-BKK begleitet den Kunden während seiner Teilnahme am BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1.

Dieser Bericht dient somit der Darlegung der versichertenbezogenen Betreuung der teilnehmenden Versicherten und spiegelt den Auswertungszeitraum 01.07.2011 bis zum 20.06.2012 wider. Die Erstellung und Veröffentlichung von Qualitätsberichten wird im jährlichen Abstand erfolgen. Auf Anfrage wird er auch in Papierform versandt.

Der Qualitätsbericht 2011/ 2012 beschäftigt sich mit der Versorgung der Versicherten im BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 und präsentiert Daten zu den Ergebnissen dieses Programms. Der Qualitätsbericht konzentriert sich dabei insbesondere auf die Frage, ob die im BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 formulierten Qualitätsziele im Berichtszeitraum erreicht werden konnten. Weiter enthält er informative Daten im Verhältnis zu den beteiligten Ärzten, Einrichtungen und PatientenInnen.

Der Erfolg der strukturierten Behandlungsprogramme ist eng verknüpft mit dem fortwährenden Bestreben aller Beteiligten nach optimaler Nutzung dieser Programme. Die BAHN-BKK hat hierbei die Aufgabe, ihren Kunden den Zugang zum Programm zu erleichtern und sie durch das Programm zu begleiten. Diese Aufgabe hat die BAHN BKK sehr ernst genommen, wie die folgenden Ergebnisse zeigen. Auf der Grundlage der Dokumentationsdaten hat die BAHN-BKK zahlreiche Kunden schriftlich und telefonisch erinnert, informiert, zur Eigeninitiative motiviert und beraten.

Die BAHN-BKK bedient sich keines Dienstleisters, sondern führt die ihr übertragenen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung alleine durch. Ferner wurde die Funktion einer DMP- Koordination geschaffen um den reibungslosen und effektiven Verfahrensablauf sicherzustellen.

4 Allgemeiner Teil

4.1 Disease- Management- Programme

Der Begriff „Disease – Management“ bedeutet wörtlich übersetzt „Krankheitsmanagement“. Das Ziel der DMP`s in Deutschland ist, die Versorgung chronisch Kranker durch eine strukturierte Behandlung zu optimieren.

Durch eine koordinierte, kontinuierliche Behandlung und Betreuung der Patienten nach evidenzbasierten Leitlinien sollen Komplikationen und Spätfolgen der Erkrankung vermieden oder deren Auftreten verzögert werden. Hierzu legen der koordinierende Arzt und der teilnehmende Patient gemeinsam den Behandlungsverlauf und die Therapieziele fest.

Darüber hinaus soll der Patient zu gesundheitsbewusstem Verhalten und zur aktiven Mitarbeit an der Therapie motiviert werden. Ziele der Vereinbarung sind die Optimierung der Versorgung der Versicherten durch eine Koordination der Behandlung einschließlich einer Kooperation aller Leistungserbringer sowie die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Programms. Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung und der Verbesserung der Lebensqualität der Versicherten.

In Deutschland wurden bisher strukturierte Behandlungsprogramme für die Diagnosen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs und Koronare Herzkrankheit (KHK) eingeführt. Die Behandlungsprogramme Asthma bronchiale und COPD folgten im Jahre 2006. Gesetzliche Grundlage ist die Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV). Dort sind die Ziele und Anforderungen, die Ausgestaltung und die medizinischen Grundlagen der einzelnen strukturierten Behandlungsprogramme festgelegt. Die RSAV bildet somit die Basis für die auf Landesebene abzuschließenden DMP- Verträge. Zur Akkreditierung werden diese Verträge bei der Aufsichtsbehörde dem Bundesversicherungsamt eingereicht.

4.2 DMP und Qualitätssicherung bei der BAHN-BKK

Die BAHN- BKK führt auf der gesetzlichen Grundlage des § 137 SGB V in Verbindung mit der RSAV und den Ausprägungen der regionalen DMP Verträge die vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen unseres BAHN-BKK MedPlus Programms Diabetes mellitus Typ 1 durch.

Die inhaltlichen Eckpunkte werden durch die RSAV und in den KV- spezifischen Umsetzungsverträgen mit den Leistungserbringern (DMP- Ärzten, Krankenhäuser und Reha- Einrichtungen) definiert.

Basis der für die Qualitätssicherung sind unter anderem die Dokumentationen, die die teilnehmenden DMP- Ärzte regelmäßig für Ihren im DMP eingeschriebenen PatientenInnen erstellen.

Die Aufgaben der Qualitätssicherung sind im Rahmen der Verträge zu den strukturierten Behandlungsprogrammen auf unterschiedlichen Institutionen verteilt z.B. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Gemeinsame Einrichtungen usw. Die BAHN-BKK ist dabei in erster Linie für die Qualitätssicherungsmaßnahmen gegenüber dem/der Versicherten verantwortlich.

Der Bericht umfasst deshalb Informationen über die Durchführung dieser kassen-seitigen, versichertenbezogenen Maßnahmen.

Qualitätssicherung bedeutet, die BAHN- BKK begleitet den Kunden während seiner Teilnahme am BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1.

Gemäß RSAV und dem strukturierten Behandlungsprogramm „BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1“ hat sich die BAHN-BKK verpflichtet, dem Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde in einem Turnus von zwölf Monaten einen Bericht über die Durchführung der kassenseitigen Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzulegen. Dieser ausführliche Bericht dient somit der Darlegung der versichertenbezogenen Betreuung der teilnehmenden Versicherten und umfasst den Zeitraum vom 01.07.2011 bis zum 30.06.2012 und entspricht den Besprechungsergebnissen -Anforderungen des Anhang 7- des BVA und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

4.3 DMP bei der BAHN-BKK

Die BAHN-BKK bietet ihren Versicherten die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen für das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 1 nach §137f SGB V an. Die Programme werden entsprechend dem Musterbehandlungsprogramm BAHN-BKK MedPlus sowie regionaler Verträge mit den Leistungserbringern durchgeführt.

Das Bundesversicherungsamt hat die Diabetes mellitus Typ 1 Programme der BAHN-BKK für die KV Bereiche Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Hessen, Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg- Vorpommern, Berlin, Baden-Württemberg, Sachsen und Brandenburg nach §137g SGB V bereits akkreditiert und beschieden.

Für alle KV Bereiche wurden die Gesetzlichen Neuerungen für die Reakkreditierung angewandt. In dem KV Bereich Saarland haben die Vertragspartner noch keinen Vertrag geschlossen.

4.4 Strukturierte Dokumentationen, Datenfluss und Datenschutz im BAHN-BKK MedPlus Programm

Die Grundlage der medizinischen Qualitätssicherung bilden die Erst- und Folgedokumentationen. Damit dokumentieren die am DMP teilnehmenden Ärzte den Behandlungsverlauf für Ihre eingeschriebenen PatientenInnen in einem viertel- oder halbjährlichen Rhythmus. In der Erstdokumentation werden administrative Daten des Patienten und des DMP- Arztes erhoben, weiterhin Daten zur Diagnosesicherung, zur Anamnese, zu aktuellen Befunden, zur aktuellen Medikation, zu Schulungen und zur weiteren Behandlung.

Die Dokumentationen werden nach der Erhebung an die von den Vertragspartnern beauftragte Datenstelle gesandt. Dort wird die Dokumentation nach bundeseinheitlich abgestimmten Kriterien auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Gegebenfalls werden die Bögen zur Korrektur an den DMP- Arzt zurückgesandt. Eine Frist, bis wann die Dokumentationen in den Datenstellen vorliegen muss, ist ebenfalls bundeseinheitlich geregelt. Diese Frist beträgt 52 Tage nach dem jeweiligen Quartalsende. Die Dokumentationen sind ein notwendiges Instrument der Qualitätssicherung. Auf der einen Seite sind sie die Datenbasis der ärztlichen Qualitätssicherung (Feedbackbericht) und des Qualitätsberichts durch die gemeinsame Einrichtung und andererseits die Grundlage für die kassenseitigen Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie den kassenseitigen Qualitätssicherungsbericht.

Der Datenfluss ist sehr komplex, da viele Stellen am DMP- Verfahren beteiligt sind. Bei der Krankenkasse laufen die Datensätze am Ende auf. Anhand dieser Datensätze prüft nun die BAHN-BKK, ob bestimmte – im den jeweiligen Bereichen der kassenärztlichen Vereinigung vereinbarte – Maßnahmen einzuleiten sind. Dazu gehört u.a. die Ausschreibung von Versicherten aus dem DMP- Programm wenn zwei Dokumentationen innerhalb von 3 Jahren fehlen.

Mit Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01. April 2007 ist für die Ein- und Ausschreibung eines Versicherten in ein DMP nur noch die fristgerechte Erstellung und Übermittlung sowie die Vollständigkeit und Plausibilität des B-Datensatzes maßgeblich. Ferner ist ein Kunde nach dem Ausschreibetatbestand des § 28 d Abs. 2 Ziffer 2c RSAV nur beim Fehlen von zwei aufeinander folgenden Dokumentationen aus dem Programm auszuschreiben. Warum die Daten fehlen kann die BAHN-BKK nicht nachvollziehen.

Die BAHN-BKK als Kasse ist hier alleine auf die Aussage der Zentralen Annahmestelle (ZAS) und abschließend auf die Aussage der zuständigen Datenstelle (DS) angewiesen. Grundsätzlich kann es an jedem der am DMP- Prozess beteiligten Akteuren liegen, wenn ein Dokumentationsbogen der BAHN-BKK nicht vorliegt.

Wir als BAHN-BKK können von uns behaupten, dass wir alle Maßnahmen eingeleitet haben, damit keine Datensätze „verloren“ gehen.

Ferner führt das Vorhandensein unterschiedlicher Datensituationen zu einem erhöhten Kommunikationsbedarf zwischen den Beteiligten und bei differierenden Datenlagen führt dieser Tatbestand zu Konfliktsituationen. Im schlimmsten Fall wenden sich die KundenInnen und der DMP- Arzt vom DMP ab und verzichten auf eine weitere bzw. neue Teilnahme am entsprechenden DMP BAHN-BKK MedPlus Programm.

Der Unmut über das Verfahren der Aus- und Einschreibung und die Konsequenzen der Beteiligten richtet sich zumeist gegen die Krankenkasse. Für uns als BAHN-BKK gilt auf jeden Fall, dass wir kein Interesse daran haben, auch nur eine unserer KundenInnen unberechtigter Weise aus den DMP- Programm auszuschreiben. Die BAHN-BKK investiert viel Zeit und Geld um die KundenInnen davon zu überzeugen, dass die Teilnahme an dem DMP- Programm ein Vorteil für die KundenInnen bedeuten kann.

So soll durch die Teilnahme am Programm erreicht werden, dass Sie aufgrund der vereinbarten Leitlinien nach den neuesten medizinischen Kenntnissen behandelt wird und durch diese Behandlung mögliche Folgeerkrankungen vermieden werden und dadurch die persönliche Lebensqualität gehalten oder gesteigert werden kann. Die BAHN-BKK hat mit Sicherheit kein Interesse daran DMP- TeilnehmerInnen oder den DMP- Arzt zu schikanieren.

Allerdings ist die BAHN-BKK gehalten, die in der RSAV genannten Ausschreibekriterien zu überwachen. Neben dem eigenen Interesse an einer regelmäßigen Teilnahme des Kunden und entsprechenden Dokumentation, wird die Umsetzung des § 28 d RSAV auch durch das Bundesversicherungsamt geprüft. Der Aufsichtsbehörde muss die lückenlose Dokumentation nachgewiesen werden. Ansonsten sind wir nicht sicher, dass es im Sinne der Aufsichtsbehörde zu einer RSAV - relevanten Einschreibung kommt.

Ferner könnte bzw. würde der BAHN-BKK ein monetärer Schaden (Liquiditätsvor- oder nachteil) aus dem Risikostrukturausgleichsverfahren in nicht unerheblichem Maß entstehen.

Die BAHN-BKK möchte als fairer und verlässlicher Partner im System natürlich nur die Ihr zustehenden Abschläge aus dem RSAV in Anspruch nehmen und nur Versicherungszeiten anmelden die korrekt und plausibel sind.

5 Potenzialanalyse

Potenzialanalysen haben zum Ziel, zu ermitteln, wie viele und welche Versicherte für die Teilnahme an einem DMP in Frage kommen. Für Potenzialanalysen werden die Morbiditätsinformationen in den der BAHN-BKK vorliegenden Leistungs- und Abrechnungsdaten genutzt. In den verschiedenen Krankenkassensystemen sind verschiedene Funktionen für die Erstellung von Potenzialanalysen aus verschiedenen Quellen bereits vorbereitet. Dies sind Potenzialanalysen zu den:

- Arzneimittelverordnungen (BKK InfoNet)
- Einzelfallnachweisen der ambulanten ärztlichen Behandlung (BKK InfoNet Web)
- Diagnosedaten der AU-, KG- und KH-Fälle (ISKV)

Neben den vorbereiteten Potenzialanalysen bieten sich auch individuelle Auswertungen in BKK InfoNet und ISKV Plus an.

Die Auswertung von Leistungs- und Abrechnungsdaten für Potenzialanalysen stößt aber auf viele Probleme, z. B.: Die Diagnosedaten können ungenau oder falsch oder einfach nur falsch codiert sein. Ein häufiges Problem ist die fehlende oder falsche Codierung von Verdachts- und Ausschlussdiagnosen.

Die Verordnung von Arzneimitteln weist u. U. nicht eindeutig auf ein Krankheitsbild hin, wenn der Wirkstoff für mehrere Indikationen zugelassen ist (z. B. wird Insulin bei Diabetes 1 und Diabetes 2, Bronchialtherapeutika bei Asthma und COPD verordnet).

Die Daten geben den Zeitbezug und die Chronifizierung nur ungenau wieder. So lässt sich u. U. nicht unterscheiden, ob mehrfach eine akute oder durchgehend eine chronische Erkrankung vorlag.

Je nach Wahl der Auswertungsmethodik sind Abweichungen der Ergebnisse von +/-50% jederzeit möglich. Generell ist eine Potenzialanalyse immer eine Abwägung zwischen Genauigkeit und Umfang des Ergebnisses. Daher bieten die im BKK InfoNet und InfoNet Web vorbereitete Potenzialanalysen „harte“ Kriterien (z. B. Häufigkeit von Diagnosen oder Höhe von verordneten Tagesdosen bei Medikamenten bezogen auf einen Versicherten), bei denen zwar weniger Versicherte, diese aber mit einer größeren Diagnosesicherheit, und „weiche“ Kriterien (z. B. nur einmaliges Auftreten einer Diagnose oder geringe Tagesdosen), bei denen mehr Versicherte, aber mit dem größeren Risiko einer falsch-positiven Identifikation ermittelt werden.

Die BAHN-BKK nutzt alle Ihr zur Verfügung stehenden Instrumente, um nur die Versicherten zu akquirieren, die mit der größten Diagnosesicherheit auch Teilnehmer eines DMP werden können. Die mögliche Ungenauigkeit der Ergebnisse der Potenzialanalyse muss bei der Ermittlung der Zahl der einschreibefähigen Versicherten berücksichtigt werden.

6 Notwendige Einschreibeunterlagen zur Teilnahme am DMP

Mit der Einschreibung eines Versicherten in ein DMP hat die BAHN-BKK die Möglichkeit, für diese(n) Versicherten einen erhöhten Beitragsbedarf im RSA zu melden. Um Missbrauch der Meldungen vorzubeugen, gibt es bürokratische Anforderungen, die vor allem der Rechtssicherheit dienen. So sind auch an die im DMP zu verwendenden Formulare bestimmte Anforderungen gestellt.

Um die Erfüllung der allgemeinen und speziellen Teilnahmevoraussetzungen rechtssicher prüfen zu können, sind daher für eine Einschreibung zwei Formulare notwendig.

Zum einen benötigt die BAHN-BKK eine vom Arzt und dem Versicherten unterschriebene **Teilnahme- und Einwilligungserklärung** (sog. TE/EWE).

Auf diesem Formular bestätigt der Arzt das Vorliegen der jeweiligen Diagnose.

Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er im Einzelnen über folgende Sachverhalte informiert worden ist:

- die Programm- und Versorgungsziele zu kennen und an ihrer Erreichung mitzuwirken
- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen zu kennen und zu unterstützen, die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter (Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) zu erhalten,
- die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung, seiner Mitwirkungspflichten im Programm und die Folgen fehlender Mitwirkung, sowie
- die mit seiner Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere die Übermittlung von Befunddaten an die BAHN-BKK oder an von ihr beauftragte Dritte im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms.

Die Unterschrift muss nicht in allen Fällen vom Versicherten selbst geleistet werden, sie kann auch von Ehegatten oder Verwandten gerader Linie vorgenommen werden. Das Bundesversicherungsamt legt an die Unterschriftenregelung zwar grundsätzlich hohe Maßstäbe an, da es sich in der Sache um einen Gegenstand des „höchstpersönlichen“ Rechts handelt. Mit der Unterschrift auf der TE/EWE wird jedoch nicht die Einwilligung in eine ärztliche Behandlung abgegeben, sondern lediglich die Einwilligung in eine besondere Behandlungsform gegenüber der Krankenkasse dokumentiert. Diese Behandlungsform schließt auch Umstellungen der Lebensgestaltung (aktive Teilnahme, Schulungen, Ernährungsberatung, Sport, etc.) mit ein. Daher können auch Ehegatten und Verwandte in gerader Linie die Teilnahme an einem DMP erklären. Bei Bevollmächtigten nach §13 SGB X ist jedoch die Vorlage der Vollmacht erforderlich.

Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen BAHN-BKK MedPlus ist vorgesehen, dass bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr die gesetzlichen Vertreter des Versicherten die TE/EWE unterschreiben. Ab dem vollendeten 15. Lebensjahr können die Jugendlichen nach §36 Abs.1 SGB I die TE/EWE auch selbst unterzeichnen und so an einem DMP teilnehmen.

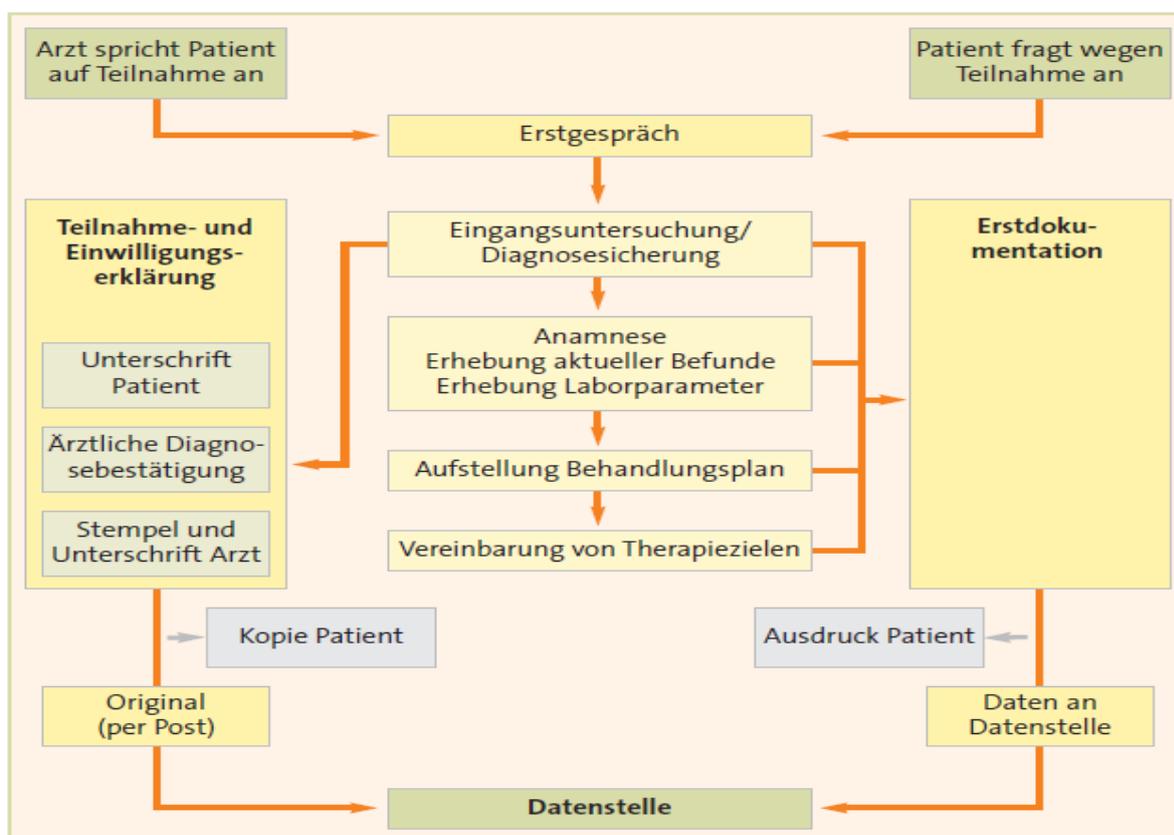
(Hinweis: Die Kündigung bzw. der Widerruf einer Teilnahme kann nach §36 Abs.2 SGB I bis zur Volljährigkeit nur von einem gesetzlichen Vertreter veranlasst werden).

Zusätzlich benennt der Versicherte auf der TE/EWE seinen „koordinierenden Arzt“, der ihn künftig durch das Programm lotsen soll.

Zum anderen benötigt die BAHN-BKK eine gültige Erstdokumentation. Hierauf werden die speziellen Einschreibekriterien sowie weitere diagnosespezifische, medizinische Daten erhoben.

Für die Erstdokumentation ist grundsätzlich eine Versandliste zu unterschreiben. Der Arzt hat die Versandliste zu unterschreiben und unverzüglich an die Datenstelle zurückzusenden, damit die Erstdokumentation gültig wird.

DMP: Der Programmstart im Überblick:



Durch die Unterschrift unter die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) verpflichtet sich der Patient u.a. zur aktiven Mitarbeit im DMP und wählt Sie als koordinierenden Arzt. Weiter erlaubt er den am DMP beteiligten Stellen, die im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten für die Programmpzwecke zu nutzen.

Quelle: Arztmanual KV Baden-Württemberg) Stand 02/2010)

Benötigte Unterlagen für die RSA- konforme Einschreibung eines Versicherten

●	Teilnahme- und Einwilligungserklärung: wird vom Patienten und dem behandelnden Arzt unterschrieben und vom Arzt mit dem Arztstempel versehen
●	Patientenmerkblatt und Datenschutzinformation (Rückseite der TE/EWE): dient der Information des Patienten
●	ggf. Patientenbroschüre der Krankenkassen
●	elektronisch übermittelte Erstdokumentation , nur gültig mit Datum, Unterschrift und Arztstempel auf der separaten Versandliste (wird von der Datenstelle an die Praxis versandt)

Quelle: Arztmanual KV Baden-Württemberg) Stand 02/2010)

6.1 Papiergebundene Dokumentation

Bei der papiergebundenen Dokumentation füllt der Arzt die Erst- bzw. Folgedokumentation aus und sendet diese mit seiner Originalunterschrift bis spätestens 52 Tagen nach Quartalsende an die Datenstelle.

Dort wird die Dokumentation auf ihre Gültigkeit geprüft. Ab dem 01. Juli 2008 entfällt die Möglichkeit, eine Dokumentation für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, KHK, Asthma und COPD papiergebunden auszufüllen. Für die Indikation Brustkrebs entfällt die papiergebundene Dokumentation ab 01. Juli 2009. Das Verfahren wird durch die elektronische Dokumentation ersetzt.

Erst wenn alle Kriterien erfüllt sind, wird die Dokumentation an die ZAS weitergeleitet. Nur vollständige TE/EWE und Dokumentationen müssen von der BAHN-BKK vergütet werden.

Bei einer Folgedokumentation ist ab dem 01. April 2007 keine Arztunterschrift mehr notwendig. Gleichzeitig wird die entsprechende Dokumentation auf ihre Vollständigkeit und Plausibilität hin überprüft.

Sollte die Dokumentation unvollständig oder unplausibel sein, wird der Arzt zu einer Korrektur aufgefordert. Für die RSA- wirksame Einschreibung sowie für alle weiteren Prozesse sind seit dem 01. April 2007 ausschließlich die fristgerechten sowie vollständigen und plausiblen b-Daten maßgeblich.

Aufgrund der Aufhebung der Datentrennung mit der 17. RSA-ÄndV, erhalten die BAHN-BKK und die Gemeinsamen Einrichtungen zukünftig denselben Datensatz. Eine Umsetzung erfolgt seit 01. Juli 2008.

Somit sind Dokumentationen, die ab dem 01. Juli 2008 erstellt werden, nur dann gültig, wenn der gesamte Datensatz vollständig und plausibel sowie fristgerecht vorliegt.

Der Leistungserbringer (Arzt) und die Datenstelle befinden sich am Anfang des Datenflusses. Als nächstes durchlaufen die TE/EWE und die Dokumentationen die ZAS.

6.2 Elektronische Datenübermittlung (eDMP) seit 01.Juli 2008 bei der BAHN-BKK

Mittlerweile ist in jeder Vertragsregion die elektronische Datenerhebung und Übermittlung (eDMP) möglich. Ab dem 01. Juli 2008 ist sie verpflichtend und ausschließlich anzuwenden für die Indikationen DM1, DM2, KHK sowie Asthma bronchiale und COPD.

Für Brustkrebs tritt die Verpflichtung ab dem 01. Juli 2009 in Kraft. Hierbei werden die Dokumentationen (Erst- und Folgedokumentation) nicht in Papierform, sondern elektronisch vom Arzt an die Datenstelle versendet. Da der Arzt zurzeit noch nicht elektronisch „unterschreiben“ kann, muss seine „händische“ Unterschrift auf einer Versandliste bzw. einem Bestätigungsschreiben erfolgen.

Ab dem 01. April 2007 ist bei einer Folgedokumentation keine Unterschrift des Arztes mehr erforderlich. Daher ist auch die Vorlage einer unterschriebenen Versandliste bzw. eines Bestätigungsschreibens nicht mehr notwendig. Allerdings versenden einige Datenstellen die Versandliste auch weiterhin an die Ärzte zur Information.

Gleichzeitig wird die entsprechende Dokumentation auf ihre Vollständigkeit und Plausibilität hin überprüft. Sollte dies nicht der Fall sein, wird der Arzt zu einer Korrektur aufgefordert. Bei der elektronischen Dokumentation ist dies allerdings sehr selten der Fall, da die Weiterleitung vom Arzt an die Datenstelle erst erfolgt, wenn alle Pflichtfelder befüllt sind. Voraussetzung dafür ist allerdings die Verwendung einer zertifizierten Praxissoftware.

Sobald die Dokumentation vollständig und plausibel ist, wird sie in der Datenstelle bis zum 01. Juli 2008 noch in einen a-Datensatz und einen b-Datensatz getrennt. Der b-Datensatz wird an die ZAS weitergeleitet und gelangt von dort in die BAHN-BKK. Der a-Datensatz wird zur Durchführung der ärztlichen Qualitätssicherung an die Gemeinsame Einrichtung und zu Abrechnungszwecken an die Kassenärztliche Vereinigung weitergeleitet.

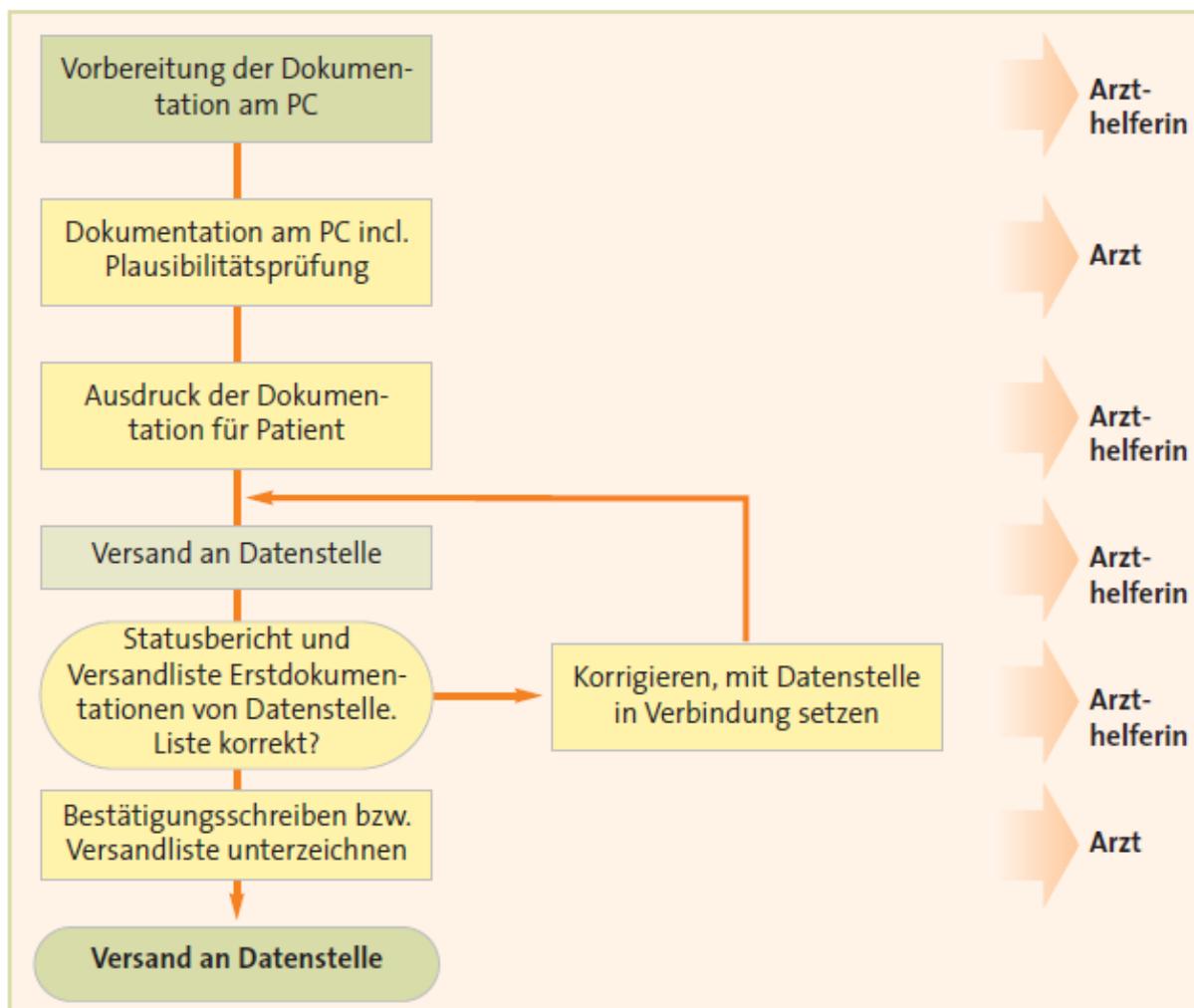
Durch das GKV WSG ist seit dem 01. April 2007 für die RSA- wirksame Einschreibung das Vorliegen einer TE/EWE und des fristgerechten sowie vollständigen und plausiblen b-Datensatzes ausreichend.

Die Angaben zum a-Datensatz können dabei unvollständige und/oder unplausible Angaben enthalten, ohne dass eine Dokumentation hierdurch ihre Gültigkeit verliert.

Da die Dokumentation jedoch die Grundlage der Evaluation und der Qualitätssicherung bildet, muss zumindest versucht werden, auch die Angaben des a-Datensatzes im Rahmen des Korrekturverfahrens vollständig und plausibel zu bekommen.

Dies gilt gleichfalls für den weiteren Fallverlauf. Mit Einführung des Statusdatensatzes erhält die BAHN-BKK die Fälle, in denen die b-Daten plausibel, die a-Daten aber noch unplausibel sind, die Datensätze mit einer gesondert Statuskennzeichnung. Durch die Aufhebung der Datensatztrennung erhalten die BAHN-BKK und die Gemeinsamen Einrichtungen zukünftig denselben Datensatz. Diese Umsetzung erfolgt seit dem 01. Juli 2008.

6.3 Ablauf der Dokumentation im eDMP bei der BAHN-BKK



(Quelle: Arztmanual KV Baden-Württemberg) Stand 02/2010)

6.4 Erstdokumentation anstelle einer Folgedokumentation

Grundsätzlich ist die Dokumentationsreihenfolge insoweit festgelegt, dass auf eine Folgedokumentation immer nur eine weitere Folgedokumentation folgen kann. Die einzig zulässige Ausnahme bildete bis zum 30. Juni 2008 der Arztwechsel bei Diabetes mellitus Typ 2. Der Prozess des Arztwechsels entfällt zum 01.07.2008.

6.5 Besonderheit Arztwechsel

Grundsätzlich muss jeder Versicherte für seine Teilnahme an einem DMP einen koordinierenden Arzt wählen. Dieser Arzt muss am Vertrag teilnehmen und hat den Versicherten nach den Vorgaben der medizinischen Inhalte der RSAV zu behandeln.

Auch ist nur dieser Arzt zur Erstellung und Abrechnung einer Dokumentation ermächtigt. Um einerseits sicherzustellen, dass der vom Versicherten gewählte Arzt am Programm teilnimmt und zum anderen kein Arzt zu Unrecht eine Dokumentation erstellt und abrechnet, muss der BAHN-BKK der koordinierende Arzt des Versicherten bekannt sein. Hierzu muss der Versicherte diesen Arzt auf der TE/EWE benennen. Im Weiteren kann die BAHN-BKK durch die Angabe der Arztnummer überprüfen, ob der dokumentierende Arzt noch der vom Versicherten benannte ist.

Da durch die Teilnahme am DMP die freie Arztwahl nicht aufgehoben wird, kann der Versicherte jederzeit auch seinen koordinierenden Arzt wechseln. Er unterliegt hierbei jedoch der Einschränkung, dass dieser Arzt auch am jeweiligen DMP teilnehmen muss, um die Teilnahme des Versicherten am DMP fortbestehen zu lassen. Um der BAHN-BKK diesen Arztwechsel zur Kenntnis zu geben, wurde das Verfahren hierzu in den Verträgen eindeutig festgelegt. So sind bei einem Arztwechsel immer eine TE/EWE sowie eine Dokumentation von dem neu gewählten Arzt auszustellen. Für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 handelt es sich dabei um eine Erstdokumentation, bei allen übrigen Indikationen muss eine Folgedokumentation erstellt werden.

Auf den Dokumentationsbögen ist das Feld „Arztwechsel“ anzukreuzen. Kreuzt ein Arzt fälschlicherweise das Feld „Arztwechsel“ an, obwohl keiner vorliegt, kann diese Angabe durch eine entsprechende Rückmeldung an die Datenstelle von dieser geändert werden, ohne dass eine Rücksendung der Dokumentation an den Arzt erforderlich ist.

Stellt ein Arzt bei den Indikationen Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1, KHK sowie Asthma und COPD bei einem Arztwechsel fälschlicherweise für dieses Quartal anstelle einer notwendigen Folgedokumentation nur eine Erstdokumentation (mit oder ohne TE/EWE) aus, führt dies für dieses Quartal zu einer fehlenden Folgedokumentation (Ausnahme: Angabe „Arztwechsel“ bei eigentlichem Wechsel der Vertragsregion). Ist dies die zweite fehlende Dokumentation, muss der Versicherte in Abhängigkeit davon, ob auch gleichzeitig eine TE/EWE erstellt

wurde, aus dem Programm ausgeschrieben werden. Dabei ist es unerheblich, ob die Erstdokumentation vor oder nach dem 1. Juli 2006 erstellt wurde.

Unabhängig von dem Umstand, dass die tatsächliche Person des Arztes gewechselt hat (z. B. Wechsel des Hausarztes durch den Versicherten oder Praxisübernahme durch einen anderen Arzt), gibt es auch den Fall, in dem der zuvor gewählte Arzt aus organisatorischen Gründen von seiner Kassenärztlichen Vereinigung eine neue Arztnummer zugeteilt bekommt (organisatorischer Arztwechsel). Da die Zuordnung des einmal gewählten Arztes zu einem Versicherten im weiteren Verlauf ausschließlich über die Arztnummer erfolgt, ist auch in diesen Fällen grundsätzlich das Verfahren des Arztwechsels mit einer neu zu erstellenden TE/EWE und Dokumentation durchzuführen. Ausnahmen bilden hier einzelne Vertragsregionen (z. B. Bayern), in denen eine Umschlüsselung der alten Arztnummer zur neuen in den Datenstellen erfolgt. Hier ist keine neue TE/EWE erforderlich, der Arzt dokumentiert mit seiner neuen Arztnummer weiter. Wechselt der Versicherte während einer laufenden Programmteilnahme zu einem Arzt in eine andere Vertragsregion (z. B. durch Umzug), ist der laufende DMP Fall zu beenden und über eine neue TE/EWE und Erstdokumentation eine Neueinschreibung vorzunehmen.

Stellt ein Arzt in diesen Fällen eine Erstdokumentation aus, und kreuzt er auf der Dokumentation und/ oder der TE/EWE „Arztwechsel“ an, obwohl es sich um eine Erst- oder Neueinschreibung handelt, kann die Angabe sowohl auf der Dokumentation als auch auf der TE/EWE durch die BAHN-BKK oder die Datenstellen geändert werden, ohne dass die Dokumente an den Arzt oder Versicherten zurückgeschickt werden müssen. Die Programmteilnahme kann in diesen Fällen mit dieser „falschen“ Erstdokumentation und TE/EWE für die neue Vertragsregion fortgesetzt werden.

Erstellt ein Arzt im Rahmen eines Arztwechsels eine Dokumentation außerhalb des Dokumentationsintervalls zu früh, ist diese Dokumentation – anders als eine zu frühe Dokumentation, die nicht im Rahmen eines Arztwechsels erstellt wurde – gültig und setzt auch den neuen Anker für die nächste Dokumentation.

6.6 Arztwechsel unter Vertragsarzt- Änderungsgesetz (VÄndG)

Ab dem 01.07.2008 erhalten alle Ärzte eine lebenslange Arztnummer (LANR) sowie für Ihre Arztpraxen eine Betriebsstättennummer (BSNR). Gleichzeitig erhalten die Krankenkassen ab dem Erstelldatum 01.07.2008 alle DMP Dokumentationen mit einem vollständigen Leistungserbringerbezug, also mit Angabe der LANR und BSNR. Die lebenslange Arztnummer ist immer an die Person des Arztes gebunden.

Eine Änderung der Arztnummer z. B. aus organisatorischen Gründen erfolgt nicht mehr. Aufgrund dieses Sachverhaltes ist es möglich, dass der bisherige organisatorische Arztwechselprozess entfällt.

Die Bestimmung, ob eine Dokumentation von einem am DMP teilnehmendem Arzt erstellt wurde, erfolgt ab dem 01. Juli 2008 immer durch die Prüfung auf die Kombination aus LANR/BSNR.

Ist die Kombination aus LANR und BSNR im Leistungserbringerverzeichnis als Teilnehmer gelistet, ist die Dokumentation in Bezug auf den ausstellenden Arzt gültig erstellt. Der Umstand, ob diese Dokumentation vom selben Arzt wie die Vordokumentation erstellt wurde, ist dabei nicht zu prüfen. Es liegt somit auch dann kein Prozess zum Arztwechsel vor, wenn die tatsächlich behandelnde Person gewechselt wird. Wechselt der Versicherte zu einem Arzt in einer anderen Region, ist dies – wie bisher auch – ein Programmwechsel, der einer Neueinschreibung bedarf.

Gleichfalls entfällt die Verpflichtung der Erstellung einer zusätzlichen TE/EWE, sowie einer Erstdokumentation bei Diabetes mellitus Typ 2. Das Kennzeichen „Arztwechsel“ wird auf den neuen TE/EWE und Dokumentationen ab dem 01. Juli 2008 nicht mehr enthalten sein. Erstellt ein Arzt trotzdem (aus Gewohnheit) eine zusätzliche TE/EWE, hat dies keine weiteren Konsequenzen. Wird in Einzelfällen nach dem 01. Juli 2008 noch eine alte TE/EWE mit Arztwechselkennzeichnung erstellt, wird diese von der ZAS ohne weitere Verarbeitung ausschließlich im Original an die BAHN-BKK weitergeleitet.

Die Erstellung einer Erstdokumentation bei einem Arztwechsel bei Diabetes mellitus Typ 2 wird weitestgehend durch die Dokumentationssoftware verhindert.

Wird dennoch ab dem 01. Juli 2008 eine Erstdokumentation anstelle einer Folgedokumentation erstellt, ist diese als ungültig zu bewerten, da eine Erstdokumentation keine Folgedokumentation ersetzen kann.

ZAS

Die ZAS leitet die Dokumentationen weiter und erfasst die Teilnahmeerklärungen. Die ZAS (Zentrale Annahmestelle BKK MedPlus in Emmendingen) erfasst und prüft die Teilnahmeerklärung auf Vollständigkeit. Die Doku- Datensätze der Datenstellen sowie Einschreibedaten werden von der ZAS über das **IS KV-Prüfmodul** angenommen, geprüft und zur weiteren Verarbeitung, sofern keine Fehler auftreten, an die Ladeschnittstelle verteilt. Die Entschlüsselung erfolgt über Multicom.

Die übermittelten Datensätze und die von der ZAS erfassten Daten werden in einer gemeinsamen Datenbank gesammelt und geprüft. Liegen Erstdokumentation und Teilnahmeerklärung korrekt und vollständig vor, bildet die ZAS einen Einschreibedatensatz mit Teilnehmerkennung. Dazu werden diverse Schlüsselfelder verwendet. Diese müssen übereinstimmen, um einen maschinellen Abgleich zu erzeugen. Liegt zunächst nur die Teilnahmeerklärung vor, übermittelt die ZAS einen Einschreibedatensatz mit Interessentenkennung. Die ZAS leitet die geprüften Dokumentations- (über die ZSA- Software) und Teilnahmedaten als Datensatz an die Kopfstelle beim Rechenzentrum des BKK Bundesverbandes, sowie gegebenenfalls an den Dienstleister der Krankenkassen (z. B. Anycare, Medical Contact u.a.) weiter. Die BAHN-BKK bedient sich keines externen Dienstleiters, sondern führt die ihr übertragenen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung und Datenbereinigung alleine durch. Die Verschlüsselung erfolgt über Multicom. Die geprüften Daten werden aus der Datenbank der ZAS abgezogen und im EDIFACT- Format zur Übermittlung aufbereitet.

Kopfstelle (RZ BKK BV)

Die Kopfstelle leitet die Daten weiter. Die Kopfstelle beim Rechenzentrum des BKK Bundesverbandes verändert die Daten nicht, sondern leitet diese an das BKK InfoNet und an das, für die BAHN-BKK zuständige, Servicezentrum (GSKV) weiter.

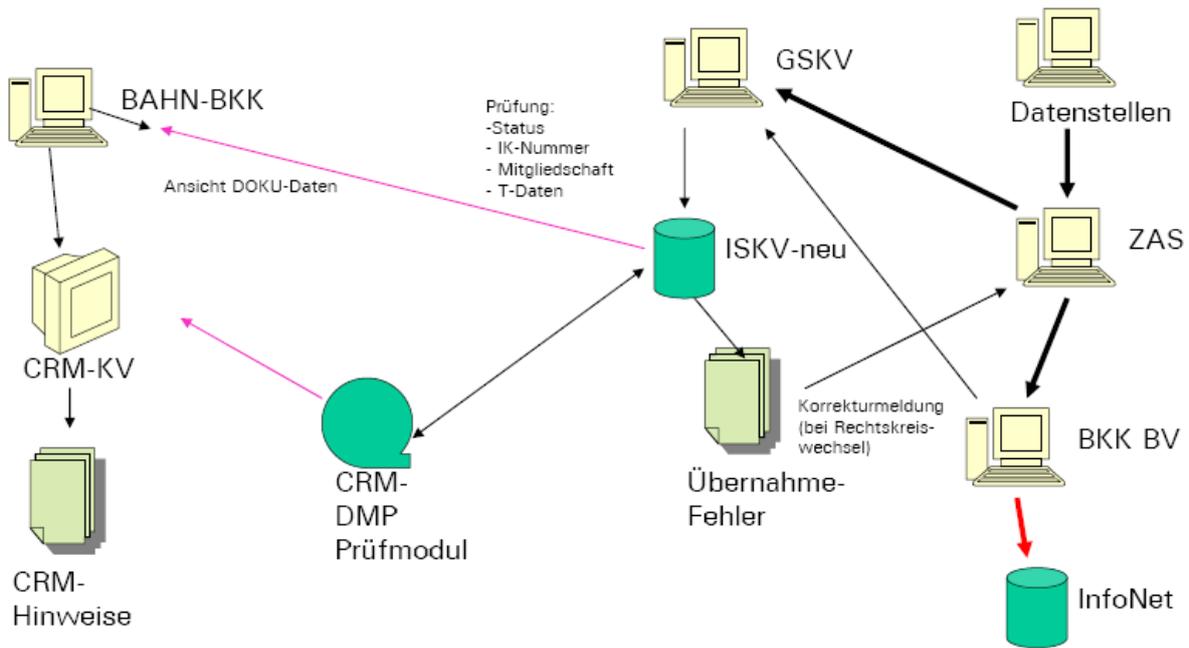
BKK InfoNet

Das BKK InfoNet stellt die Daten zur Recherche zur Verfügung. Im BKK InfoNet werden die Erst- und Folgedokumentationsdaten sowie die Interessenten- und Teilnehmerdaten abgelegt. Verbindlich für die Teilnehmerverwaltung sind aber die Teilnehmerdaten, die in das IS KV einfließen. Für Remindingaufgaben kann die BAHN-BKK in den, im BKK InfoNet, abgelegten Dokumentationsdaten recherchieren.

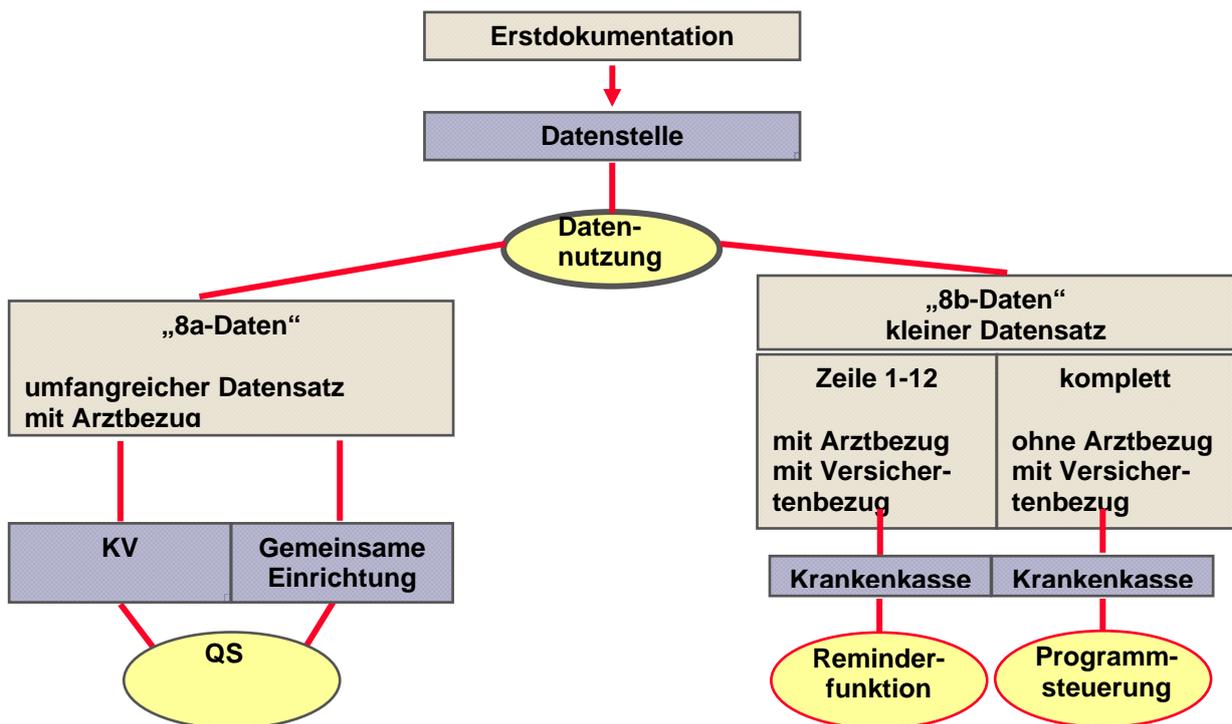
Servicezentrum (GSKV)

Das Servicezentrum legt die Daten im IS KV zum Import durch die BAHN-BKK ab. Das für die BAHN-BKK zuständige Servicezentrum legt die Daten zum Import ins IS KV ab. Der Import wird von der BAHN-BKK selbst angestoßen. Die BAHN-BKK kann ihre DMP-Teilnehmer auch „manuell“ in IS KV verwalten.

6.7.3 Datenfluss bei der BAHN-BKK (vereinfachte Darstellung)



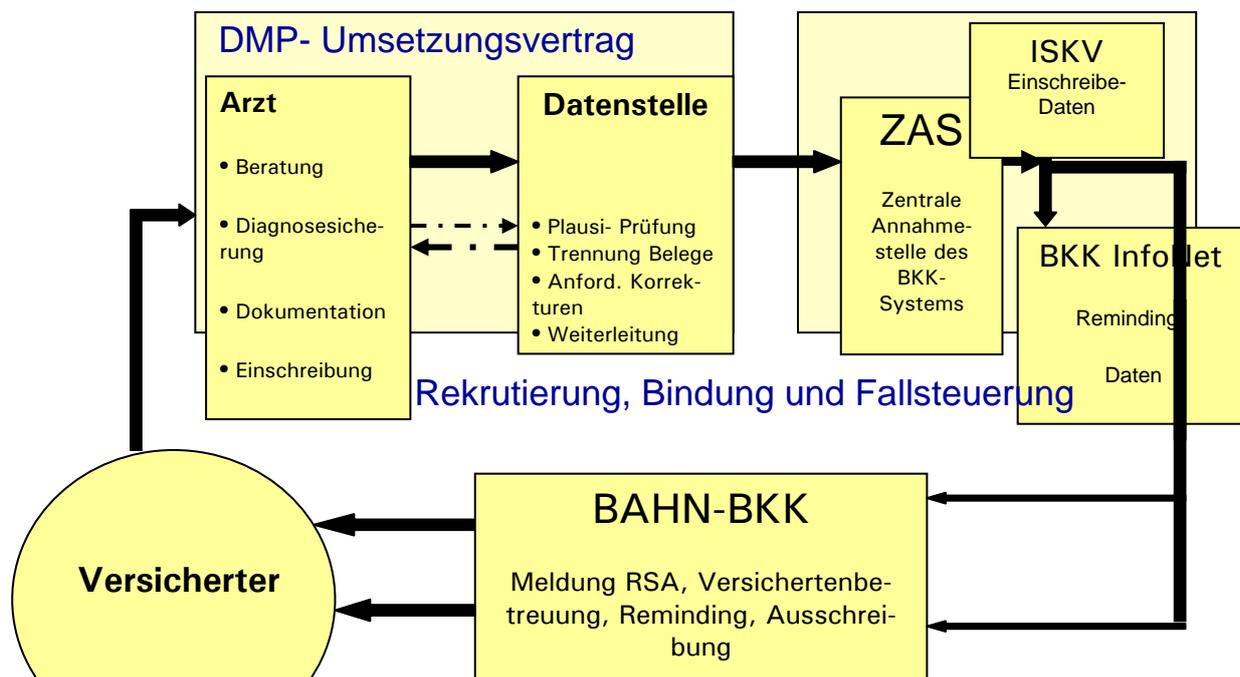
6.7.4 Datenfluss der Dokumentationen bei der BAHN-BKK



Die 17. RSA-ÄndV ist zum 01. April 2008 in Kraft getreten. Die enthaltenen Änderungen beziehen sich im Wesentlichen auf die Dokumentationen und Dokumentationssystematik. Die Änderungen und ihre Auswirkungen sind im Einzelnen:

- Aufhebung der Datentrennung in einen A- und einen B-Datensatz für alle Indikationen
- Übermittlung aller Dokumentationen mit vollständigem Leistungserbringerbezug an die Kasse/Datenstellen

6.8 Datenfluss der Erst- und Folgedokumentation (Aufgabenbeschreibung)



Datenfluss:

Arzt – Datenstelle (alle Belege aus dem Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung [KV]):

Teilnahme und Einwilligungserklärung (TE/EWE) nur beleghaft Grund: Unterschriften von Arzt und Versichertem müssen der BAHN-BKK vorliegen

Erst- und Folgedokumentationen (ED und FD) beleghaft oder elektronisch (Unterschrift wird der Datenstelle auf separater Liste bestätigt). Inhaltliches Korrekturverfahren immer beleghaft. Korrekturen müssen vom Arzt unterschrieben werden.

Datenstelle: Trennt alle Dokumentationsdaten in a-Daten und b-Daten. A-Daten enthalten auch medizinische Inhalte, die nicht an die Kassen übermittelt werden dürfen aber nur ein Pseudonym für die Versicherten. Diese Daten werden an KV und Einrichtung zur Qualitätssicherung übermittelt. Eine Zusammenführung von Versicherten- und a-Daten ist nur der Datenstelle möglich. B-Daten enthalten nur die medizinischen Daten, die die BAHN-BKK für die Durchführung des DMP benötigt mit Versichertenbezug.

Datenstelle – ZAS (alle Belege und Daten für BKK bundesweit): TE/EWE beleghaft

Dokumentationen immer elektronisch übermittelt. Originale werden aus Datenschutzgründen nur in der Datenstelle archiviert.

Formales Korrekturverfahren immer elektronisch

ZAS – BAHN-BKK: TE/EWE beleghaft mit Hinweisliste, die angibt, ob alle einschreiberelevanten Daten vorliegen, oder welche Daten noch fehlen.

ZAS – RZ: elektronische Daten, formales Korrekturverfahren elektronisch

RZ – ISKV: elektronische Daten, formales Korrekturverfahren elektronisch

RZ – InfoNet: elektronische Daten, kein Korrekturverfahren. Alle eingehenden Daten werden eingestellt.

6.9 Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE EWE) ab 01.Juli 2008

Aufgrund der 17. RSA-ÄndV wurden spätestens zum 01. Juli 2008 für alle Indikationen neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen eingeführt. Zu den neuen Formularsätzen gibt es zwei Varianten:

Zum einen wird es weiterhin TE/EWE für jede einzelne Indikation geben, wobei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 wie bisher auf einem Formular zusammengefasst sind.

Zum anderen gibt es einen indikationsübergreifenden Formularsatz. Hierauf sind die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Asthma bronchiale, COPD und KHK zusammengefasst. Dieser Formularsatz ermöglicht somit eine gleichzeitige Einschreibung des Versicherten für mehrere Indikationen mit nur einer TE/EWE. Die Diagnosezuordnung erfolgt über ein Ankreuzen der jeweiligen Indikation(en).

Beide Varianten sind für die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Datenschutzinformation inhaltsgleich. Abweichende Formulierungen für unterschiedliche Datenflüsse gibt es nicht mehr. Daher sind beide Varianten für alle Vertragsregionen in gleichem Maße gültig. So ist auch eine Einschreibung unter Verwendung der von der vertraglich vereinbarten abweichenden Variante gültig.

Für beide Varianten gilt, dass eine Einschreibung nur gültig ist, wenn auch die zur TE/EWE passende(n) Erstdokumentation(daten) vorliegt/vorliegen. Sollten bei der Verwendung der indikationsübergreifenden TE/EWE mehrere Indikationen angekreuzt sein, kann eine Einschreibung nur für die Indikation vorgenommen werden, für die auch die Erstdokumentation erstellt und übermittelt wurde. Grundsätzlich gelten die Festlegungen zum Umgang mit unvollständigen TE/EWE und zeitlich auseinanderfallenden TE/EWE und Erstdokumentationen auch die Angaben auf dem indikationsübergreifenden Formularsatz. Erfolgen also z. B. auf der TE/EWE die Angaben für zwei oder mehr Indikationen, wirkt die Teilnahmeerklärung bis zu 9 Monaten auch für die Indikation nach, für die zunächst keine Erstdokumentation vorliegt.

Eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung kann auch dann für eine Einschreibung verwendet werden, wenn die passende Erstdokumentation von einem anderen Arzt erstellt wurde. Entscheidend ist, dass beide Dokumente jeweils von einem am Programm teilnehmenden Arzt erstellt wurden.

6.9.1 Abb. 1 Muster einer indikationsübergreifenden Teilnahmeerklärung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten: _____

geb. am: _____

Krankenkasse: _____

Postleitzahl: _____

Strassenname: _____

Strassennummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

Diabetes mellitus Typ 1 **oder** Diabetes mellitus Typ 2

Koronare Herzkrankheit

Asthma **oder** COPD

0704 Krankenhausrk

2. Teilnehmendeklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende 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 erhalten und kenne sie.
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann.
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

3. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und 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 2. Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 10.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen: _____

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters: _____

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausrk auszufüllen –

Ich bestätige, dass für vor vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (DSG) gesichert ist/ind und die Einschlusskriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt 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: _____ Stempel Arzt: _____

Exemplar für den Patienten

11.03.2008 - Weiterentwicklung

Eine Information zum Datenschutz

1. Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme sind für Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist freiwillig und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2. Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentationen und wissen somit, welche Ihre Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Auftraggeber leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenzentrale weiter. Zur Frage was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall erfüllt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strenge gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. **Ihre Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet.** Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation kann Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in Ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausrdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu Ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag wird mit der Datenstelle durch eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenzentrale) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und pünktlich sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenzentrale weiter. Im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter Daten, die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenzentrale) vereinigt oder Hausärztverein) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und Patienten ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierten Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verbessert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu-

11.03.2008 - Weiterentwicklung

Anlage – Patienteninformation –
zum Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zwischen der Kassenzentralen Vereinigung und den Krankenkassen

Strukturierte Behandlungsprogramme
Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Die individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
<p>Vermeidung von</p> <ul style="list-style-type: none"> typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen Folgebeschwerden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können von Nereenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) Senkung Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos 	<p>Senkung des Risikos eines</p> <ul style="list-style-type: none"> Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden <p>Erhaltung Ihrer Belastungs- und</p> <ul style="list-style-type: none"> Einigkeit. 	<p>Vermeidung/Reduktion von</p> <ul style="list-style-type: none"> akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Herzinfarktionen (z. B. durch Infekte) krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/ Jugendlichen (bei Asthma) krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit unerwünschten Wirkungen der Therapie Normalisierung (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität Reduktion der Sterblichkeit

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www-gb-a.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genutzt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Hierzu gehören z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> – Insulin – Metformin und Glimepiramid (Diabetes mellitus Typ 2) 	<ul style="list-style-type: none"> – Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten – ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) – Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) 	<ul style="list-style-type: none"> Medikamente zur Dauertherapie: – Glukokortikosteroide zum Inhalieren – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) Im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) 	<ul style="list-style-type: none"> Medikamente zur Dauertherapie vorliegend: – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – lang wirksame Anticholinergika Im Bedarfsfall (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) – kurz wirksame Anticholinergika – eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingehen, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

6.9.2 Abb. 1 Muster einer indikationsspezifischen Teilnahmeerklärung

Erklärung Diabetes mellitus zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus
 Typ 1 **oder** Typ 2

1. Teilnehmerklärung:
 Hiermit erkläre ich, dass
 • ich den angehenden Arzt als koordinierenden Arzt wähle
 • mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende 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 erhalten und kenne sie.
 • ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Durchführung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann.
 • ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
 • ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:
 Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) erhalten und zur Kenntnis genommen.
 Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und 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.
 Ich bestätige, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und 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.
 Ich bestätige, dass ich die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen, ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

3. Von behandelnden Arzt oder Krankenhausesarzt auszufüllen –
 Ich bestätige, dass für die vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (ICD10) gesichert ist und die Einschlusskriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur KSAV überprüft wurden und erfüllt 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.

Beispiel für den Patienten

11/2008 - Diabetes

Anlage – Patientinformation – zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 nach § 137 SGB V mit der Kassenzentrale der Kassenzentralen- und Krankenkassen

Strukturierte Behandlungsprogramme Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programme) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

- Die wesentlichen Therapieziele sind:
 - Vermeidung typischer Diabetes Symptome wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen,
 - Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung),
 - Senkung des Schlaganfall- oder Herzinfarktrisikos,
 - Vermeidung der Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können,
 - Vermeidung von Nervenschädigungen und des diabetischen Fußsyndroms.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung
 Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

- Grundlegende Bestandteile der Therapie können sein:
 - Ernährungsberatung, Tabakverzicht, vermehrte körperliche Aktivität,
 - Je nach Art der Blutzucker senkenden Therapie eine Stoffwechsellaborkontrolle.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören beispielsweise:

- Zur Senkung des Blutzuckers:
 - Insuline, Glucosaminid (bei nicht Übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2)
 - und Metformin (bei Übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2)
- Zur Senkung des Blutdrucks:
 - Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer.
- Zur Beeinflussung des Fettstoffwechsels bei erhöhtem Risiko eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts:
 - Statine wie Simvastatin, Pravastatin oder Atorvastatin.
- Zur Linderung von Beschwerden, die durch Nervenschädigungen infolge des Diabetes hervorgerufen werden:
 - Antidepressiva und Antiepileptika, soweit sie hierfür zugelassen sind.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm
 Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren.

Eine Information zum Datenschutz

1. Was ist ein strukturierter Behandlungsprogramm der Krankenkasse?
 Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden. Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

2. Welchen Weg nehmen Ihre Daten?
 Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihre Daten übermittelt werden. Die Datenstelle ist für die weitere Verarbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenzentrale weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

3. Was geschieht beim Arzt mit den Daten?
 Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mittels eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

4. Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?
 Die Krankenkasse führt in Ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausaufenthalten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu Ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen. Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und weiterleitet.

5. Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?
 Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenzentrale Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird gesichert, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung bzw. an die Kassenzentrale weiter. Im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

6. Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?
 Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenzentrale Vereinigung oder Hausärztinnenverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden. Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

7. Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)
 Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verbessert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder Internet veröffentlicht. Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

bar. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten. So ist beispielsweise eine regelmäßige augenärztliche Untersuchung im Programm vorgesehen.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung
 Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?
 Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung vorsehen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut
 Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

- Teilnahmevoraussetzungen**
 - Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
 - die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
 - Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
 - Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
 - Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.
- Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei
 Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei von Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Für die meisten Praxen in Deutschland ist sie längst Standard, ab 1. Juli 2008 ist sie in ganz Deutschland Pflicht: Die **elektronische Erfassung und Übermittlung der DMP- Daten** (eDMP) über ein spezielles Modul in der Software zur Praxisverwaltung. Die Software prüft direkt bei der Eingabe am Bildschirm, ob die Daten plausibel und vollständig sind. Die Erfahrungen zeigen, dass die Fehlerquote so auf deutlich unter 1 Prozent sinkt. Für das DMP Brustkrebs sind Übergangsfristen vorgesehen, hier kann in Ausnahmefällen bis 1. Juli 2009 auf Papier dokumentiert werden.

Gleichzeitig mit der verpflichtenden Einführung von eDMP ändern sich auch die Inhalte der elektronischen Dokumentation.

Die **neue Dokumentation** hat einen allgemeinen Teil, der für alle internistischen DMP- Erkrankungen gleich aussieht. Dieser Teil enthält grundsätzliche Angaben wie den Namen und die Fallnummer des Patienten, allgemeine Befunddaten wie Größe, Gewicht oder Blutdruck und Angaben zur Behandlungsplanung (zum Beispiel das Dokumentationsintervall). Nach dem allgemeinen Teil folgt für jede Erkrankung ein eigener Block. Er umfasst alle Angaben, die für die jeweilige Erkrankung wichtig sind: Spezielle Befunddaten (z. B. HbA1c-Wert oder Fußstatus bei Diabetikern), Ereignisse wie Hypoglykämien, Medikamente, empfohlene Schulungen und die Zielvereinbarungen mit dem Patienten. Insgesamt ist die neue Dokumentation kürzer und leichter zu handhaben als die bisherige. So wurde zum Beispiel die Dokumentation der beiden Diabetes-Programme weitgehend vereinheitlicht. Das **DMP Brustkrebs** ist von den Änderungen **nicht betroffen**, hier gelten weiter die bisherigen Datensätze.

Die Inhalte und die grundlegenden Regeln, nach denen die Dokumentation erfolgt, sind für alle Software-Systeme gleich. So ist zum Beispiel festgelegt, welche Daten automatisch aus einer vorangegangenen Dokumentation übernommen werden können – zum Beispiel administrative Daten, Körpergröße – und welche nicht, wie die Medikation. Wenn der Patient in mehrere DMP eingeschrieben ist, kann dies im Feld „Einschreibung wegen“ angegeben werden. Die Software ergänzt dann die Liste der zu erfassenden Befunde oder Medikamente bei Diabetes zum Beispiel einfach um die Punkte, die bei KHK dokumentiert werden müssen.

Die Angaben auf dem Dokumentationsbogen enthalten medizinische Daten wie zum Beispiel Laborergebnisse und Informationen zur medikamentösen Behandlung. Sie sind daher der BAHN-BKK zugänglich und werden auch an die Gemeinsame Einrichtung gesandt um den Arztfeedbackbericht zu erstellen und wissenschaftliche Auswertungen des DMP´s BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 zu ermöglichen. Die Daten gelangen zur BAHN-BKK und ermöglichen ihr eine Überprüfung der korrekten Einschreibung und die versichertenbezogene Qualitätssicherung (Versand von Patienten-Broschüren, Erinnerung an ausstehende Termine und weitere Aktivitäten).

Übrigens hat der Patient auch weiterhin Anspruch darauf, einen *Ausdruck der Dokumentation mit den Ergebnissen der Untersuchung zu erhalten. Achten Sie darauf, dass Sie diese wichtigen Informationen nach der Untersuchung auch wirklich bekommen, damit Sie über den Stand der Behandlung informiert sind!*

Auch wenn die DMP- Dokumentation künftig überall elektronisch abläuft, werden Sie bei der Abwicklung der Behandlungsprogramme auch in Zukunft nicht ganz ohne Papier auskommen. So erfolgt die **Teilnahme- und Einwilligungserklärung** der Patienten weiterhin auf Papier. Das ist notwendig, weil der Patient durch seine Unterschrift bestätigen muss, dass er am Programm teilnehmen will und mit der Verarbeitung und Nutzung seiner Daten einverstanden ist.

Doch auch hier ändert sich etwas: Für die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gibt es ab dem 1. Juli 2008 ein **neues Formular**. Der Arzt muss im Kopf des Formulars die Diagnose ankreuzen und künftig im unteren Teil die Diagnose durch seine Unterschrift bestätigen. Der Patient erhält wie bisher eine Information zum Datenschutz und zusätzliche Informationen zum Programm. Ihr DMP Arzt sollte unbedingt dafür Sorgen, dass in seiner Praxis ab 1. Juli die neuen Formulare vorhanden sind und benutzt werden. Für eine Übergangszeit werden auch die alten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen weiter akzeptiert. Sie sollten aber nur in Ausnahmefällen verwendet werden, wenn das neue Formular noch nicht greifbar ist.

Übrigens: Wenn ein DMP-Teilnehmer von einem anderen Arzt in ihre Praxis wechselt, müssen Sie künftig keine neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung mehr ausfüllen. Es reicht, dass der Arzt eine Folgedokumentation erstellt. Diese neue Regelung gilt für alle Programme. Die Datenstelle informiert die BAHN-BKK über den Arztwechsel, diese wiederum informiert den bisherigen koordinierenden Arzt über den Wechsel des Patienten.

6.10 Gültige Erstdokumentation

Damit eine Einschreibung gültig zustande kommt, muss zusätzlich zur TE/EWE die Erstdokumentation gültig sein. Die Erstdokumentation beinhaltet dabei neben allgemeinen medizinischen Daten vor allem auch die zur Diagnosesicherung notwendigen Angaben.

Eine Erstdokumentation ist gültig, wenn sie vollständig, plausibel und fristgerecht vorliegt.

- **Vollständig** bedeutet, dass alle als Pflichtfelder definierten Felder eine Angabe enthalten. Die Arztunterschrift und das Unterschriftendatum sind z. B. solche Pflichtfelder. Unvollständige Dokumentationen können vom Arzt innerhalb einer fest definierten Frist vervollständigt werden.
- **Plausibel** bedeutet, dass die auf der Dokumentation angegebenen Daten der in den Plausibilitätsregeln hinterlegten Logik entsprechen. So dürfen nur bestimmte Angaben zusammen gemacht werden, andere Kombinationen sind hingegen ausgeschlossen.
- **Fristgerecht** ist eine Erstdokumentation, wenn sie innerhalb der in der RSAV vorgeschriebenen Frist vollständig und plausibel bei der regionalen Datenstelle bzw. der BAHN-BKK eingegangen ist. Die RSAV sieht hierfür eine Frist von insgesamt 52 Tagen nach Ende des Quartals, in dem die Dokumentation

erstellt wurde, vor (10 Tage plus 6 Wochen). In einzelnen Regionen wird seit dem 01. April 2007 für die Erstdokumentationen eine verlängerte Übermittlungsfrist angewendet, die sich aus dem DMP- Prüfhandbuch ableiten lässt. Danach gilt eine Dokumentation erst dann als verfristet, wenn sie nach Ablauf von 52 Tagen nach dem Ende des auf die Erstellung folgenden Quartals eintrifft. Beiden Regelungen sind gemein, dass innerhalb dieser Frist auch eventuelle Korrekturen oder Ergänzungen der Dokumentation vorgenommen werden müssen. Diese hat der Arzt wiederum unter Angabe eines Datums zu unterschreiben. Maßgeblich für die Überprüfung der Einhaltung dieser Frist ist das letzte (jüngste) Unterschriftendatum des Arztes.

Zudem muss die Dokumentation von einem am Programm teilnehmendem Arzt ausgestellt sein. Seit dem 01. Juli 2008 gilt hierzu, dass eine Dokumentation nur dann als gültig erstellt gilt, wenn die auf der Dokumentation enthaltene Arzt-Nummer und die Betriebsstätten- Nummer als Kombinationspärchen im Leistungserbringerverzeichnis als Teilnehmer geführt ist. Nur im Falle einer Dokumentationserstellung „in Vertretung“ ist die Dokumentation auch dann gültig, wenn die Arzt- und Betriebsstätten-Nummer nicht im Leistungserbringerverzeichnis aufgeführt werden.

Eine Erstdokumentation kann auch dann für eine Einschreibung verwendet werden, wenn die passende Teilnahme- und Einwilligungserklärung von einem anderen Arzt erstellt wurde. Entscheidend ist, dass beide Dokumente jeweils von einem am Programm teilnehmenden Arzt erstellt wurden.

Liegt eine Dokumentation vollständig, plausibel und fristgerecht vor, ist sie **gültig**.

Ob eine Dokumentation vollständig, plausibel und fristgerecht ist, wird in den regionalen Datenstellen überprüft. In der Regel werden auch nur solche gültigen Daten an die ZAS weitergeleitet und in das BKK InfoNet überspielt. Dies gilt analog auch für die Folgedokumentationen.

Liegen die TE/EWE und die Erstdokumentation gültig vor, kann der Versicherte in das jeweilige DMP eingeschrieben werden. Zur Bestimmung des Einschreibedatums ist das letzte (jüngste) Unterschriftendatum aus TE/EWE und Erstdokumentation maßgeblich.

Der einschreibende Arzt und der Versicherte sind jeweils über den Beginn der Programmteilnahme zu informieren.

Die Information des Versicherten erfolgt dabei in der Regel über ein Begrüßungsschreiben.

7 Übersicht der bei der BAHN-BKK eingegangenen Dokumentationsbögen

Tabelle 1: Übersicht der bei der BAHN-BKK bundesweit eingegangenen Dokumentationen im DMP BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 im Vergleich zu den einzelnen KV Bereichen (Stand: 30.06.2012)

KV- Bezirk		Erstdokumentationen			Folgedokumentationen		
		Rechtskreis		Gesamter gebnis	Rechtskreis		Gesamter gebnis
		West	Ost		West	Ost	
1	Schleswig-Holstein	10	0	10	115	0	115
2	Hamburg	13	0	13	108	0	108
3	Bremen	0	0	0	24	0	24
17	Niedersachsen	25	0	25	234	4	238
20	Westfalen-Lippe	29	0	29	284	0	284
38	Nordrhein	24	0	24	216	0	216
51	Rheinland-Pfalz	10	0	10	203	3	206
46	Hessen	15	0	15	168	0	168
47	Koblenz	0	0	0	0	0	0
48	Rhein Hessen	0	0	0	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0	0	0	0
50	Trier	0	0	0	0	0	0
63	Baden-Württemberg	15	3	18	132	0	132
71	Bayern	30	0	30	400	2	402
72	Berlin	11	3	14	243	74	317
73	Saarland	0	0	0	0	0	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	1	12	13	8	159	167
83	Brandenburg	1	15	16	68	378	446
88	Sachsen-Anhalt	4	23	27	27	366	393
93	Thüringen	3	14	17	25	158	183
98	Sachsen	3	23	26	36	463	499
Gesamtergebnis		194	93	287	2.291	1.607	3.898

Quelle: Serviceteam Controlling, InfoNet

Im vorherigen Berichtszeitraum wurden 298 Erstdokumentationen (167 RK West und 131 RK Ost) und 4.781 Folgedokumentationen (2.104 RK West und 2.677 RK Ost) als Grundlage zur Durchführung und zur Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten gezählt.

8 Demographische Struktur der DMP- TeilnehmerInnen

Zur Charakterisierung des Kollektivs gehört die Altersverteilung. Anhand der Charakteristika können Programme zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden.

An dem von der BAHN-BKK für deren Versicherte angebotenen Behandlungsprogramm nehmen bundesweit 1.256 Versicherte (Stichtag 30.06.2012) teil.

Im vorherigen Berichtszeitraum waren es 1.173 Versicherte die teilnahmen.

Im Auswertungszeitraum haben sich 83 Versicherte mehr eingeschrieben.

Im vorhergehenden Berichtszeitraum wurden nur 68 Teilnehmer mehr gezählt.

Voraussetzung für eine RSA- konforme Teilnahme ist eine vollständige Teilnahme und Einwilligungserklärung sowie gültige, plausible und fristgerecht eingegangene Dokumentationen die der Versicherte und der DMP- Arzt gemeinsam ausfüllen.

Die aktiven TeilnehmerInnen im BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 waren im Bundesdurchschnitt 45,37 Jahre alt. Im vorhergehenden Berichtszeitraum lag das Durchschnittsalter bei 45,93 Jahren.

Das GKV- Durchschnittsalter der entsprechenden TeilnehmerInnen im Bereich aller KV `en ist in Ermangelung eines vorliegenden Berichtes nicht bewertbar.

Weitere Vergleichszahlen -Durchschnittsalter im Bereich jeder einzelnen KV- sowie eine Altersverteilung in 10 Jahresschritten können den nachstehenden Tabellen entnommen werden.

Tabelle 2: Bundesweiter Altersdurchschnitt der TeilnehmerInnen der BAHN-BKK im DMP BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 im Vergleich zu den einzelnen KV Bereichen (Stand: 30.06.2012).

	KV- Bezirk	Anzahl der Versicherten	Altersdurchschnitt
1	Schleswig-Holstein	40	39,54
2	Hamburg	40	38,71
3	Bremen	6	36,85
17	Niedersachsen	84	42,41
20	Westfalen-Lippe	103	43,26
38	Nordrhein	71	39,44
51	Rheinland-Pfalz	58	44,10
46	Hessen	56	44,65
47	Koblenz	0	0
48	Rheinhessen	0	0
49	Pfalz	0	0
50	Trier	0	0
55	Nordbaden	0	0
60	Südbaden	0	0
61	Nord-Württemberg	0	0
62	Süd-Württemberg	0	0
52	Baden-Württemberg	52	45,15
71	Bayern	137	44,15
72	Berlin	98	47,37
73	Saarland	0	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	51	49,67
83	Brandenburg	137	45,35
88	Sachsen-Anhalt	120	51,11
93	Thüringen	58	46,84
98	Sachsen	145	49,09
Gesamtergebnis		1.256	45,37

Quelle: Serviceteam Controlling

Tabelle 3: Bundesweite Altersverteilung in 10- Jahresschritten im DMP BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 der TeilnehmerInnen der BAHN-BKK im Vergleich zu den einzelnen KV Bereichen (Stand: 30.06.2012).

KV - Bezirk	Altersklasse												Summe	Anteil %
	< 10 Jahre	< 20 Jahre	< 30 Jahre	< 40 Jahre	< 50 Jahre	< 60 Jahre	< 70 Jahre	< 80 Jahre	< 90 Jahre	< 100 Jahre	< 110 Jahre			
1 Schleswig-Holstein		7	7	6	11	5	5	2	3	1	0	0	40	3,18
2 Hamburg	1	3	4	10	8	9	3	4	2	0	0	0	40	3,18
3 Bremen		1	1	1	1	2	0	1	0	0	0	0	6	0,48
17 Niedersachsen	5	9	14	5	18	18	12	9	8	0	0	0	84	6,69
20 Westfalen-Lippe	3	12	15	13	21	9	22	14	8	1	0	0	103	8,20
38 Nordrhein	2	10	12	12	10	16	10	6	4	1	0	0	71	5,65
51 Rheinland-Pfalz		5	5	9	9	17	8	5	4	1	0	0	58	4,62
46 Hessen		5	5	9	11	6	13	8	3	1	0	0	56	4,46
47 Koblenz			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
48 Rheinhessen			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
49 Pfalz			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
50 Trier			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
55 Nordbaden			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
60 Südbaden			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
61 Nord-Württemberg			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
62 Süd-Württemberg			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
52 Baden-Württemberg	2	2	4	10	4	11	10	9	4	0	0	0	52	4,14
71 Bayern	6	7	13	25	20	28	20	14	16	1	0	0	137	10,91
72 Berlin		2	2	17	12	21	27	7	11	1	0	0	98	7,80
73 Saarland			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
78 Mecklenburg-Vorpommern			0	6	6	16	10	9	4	0	0	0	51	4,06
83 Brandenburg	4	8	12	13	14	46	28	15	9	0	0	0	137	10,91
88 Sachsen-Anhalt			0	19	10	25	32	11	22	1	0	0	120	9,55
93 Thüringen	3	3	6	7	5	9	17	10	2	2	0	0	58	4,62
98 Sachsen	2	7	9	15	16	31	37	23	9	5	0	0	145	11,54
Gesamtergebnis			109	177	176	269	254	147	109	15	0	0	1.256	
Anteil in %			8,68	14,09	14,01	21,42	20,22	11,70	8,68	1,19	0,00	0,00		

Quelle: Serviceteam Controlling

Tabelle 3a: Bundesweite Altersverteilung in 10- Jahresschritten im DMP BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 der TeilnehmerInnen der BAHN-BKK im Vergleich zu den einzelnen KV Bereichen (Stand: 30.06.2011).

KV - Bezirk	Altersklasse												Summe	Anteil %
	< 10 Jahre	< 20 Jahre	< 20 Jahre	< 30 Jahre	< 40 Jahre	< 50 Jahre	< 60 Jahre	< 70 Jahre	< 80 Jahre	< 90 Jahre	< 100 Jahre	< 110 Jahre		
1 Schleswig-Holstein		8	8	5	10	6	5	2	3	0	0	0	39	3,32
2 Hamburg		3	3	7	6	8	3	2	2	0	0	0	31	2,64
3 Bremen		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,09
17 Niedersachsen	3	10	13	4	19	15	10	9	6	0	0	0	76	6,48
20 Westfalen-Lippe	2	10	12	9	17	9	21	12	6	1	0	0	87	7,42
38 Nordrhein	2	9	11	10	12	16	10	8	5	1	0	0	73	6,22
51 Rheinland-Pfalz		5	5	10	9	17	8	6	4	1	0	0	60	5,12
46 Hessen		4	4	8	7	8	10	7	3	1	0	0	48	4,09
47 Koblenz			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
48 Rheinhessen			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
49 Pfalz			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
50 Trier			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
55 Nordbaden			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
60 Südbaden			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
61 Nord-Württemberg			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
62 Süd-Württemberg			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
52 Baden-Württemberg	2	1	3	8	3	9	8	8	4	1	0	0	44	3,75
71 Bayern	5	7	12	22	21	27	18	14	14	1	0	0	129	11,00
72 Berlin		3	3	15	12	23	25	7	12	1	0	0	98	8,35
73 Saarland			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
78 Mecklenburg-Vorpommern		1	1	5	6	15	11	9	4	0	0	0	51	4,35
83 Brandenburg	3	7	10	9	13	41	25	19	8	0	0	0	125	10,66
88 Sachsen-Anhalt			0	17	9	21	33	12	22	2	0	0	116	9,89
93 Thüringen	2	4	6	4	5	8	16	10	2	1	0	0	52	4,43
98 Sachsen	2	6	8	20	12	32	35	23	8	5	0	0	143	12,19
Gesamtergebnis			100	153	161	255	238	148	103	15	0	0	1.173	
Anteil in %			8,53	13,04	13,73	21,74	20,29	12,62	8,78	1,28	0,00	0,00		

Quelle: Serviceteam Controlling

9 Informations- und Erinnerungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung der Kontinuität der Versorgung („Reminding“)

9.1 Betreuung des Versicherten während der Teilnahme

Um eine Bestandsführung und die Versichertenbetreuung durchführen zu können, benötigt die BAHN-BKK entsprechende Daten, um die Teilnahme des Versicherten am DMP aktuell zu dokumentieren.

Hierbei handelt es sich bei der überwiegenden Anzahl der Verträge um die sog. b-Daten (seit dem 01. Juli 2008 erhalten die Kassen grundsätzlich sowohl die b- als auch die a-Daten). Diese Daten werden für die BAHN-BKK über die ISKV in das BKK InfoNet eingespielt. Hierüber stehen sie dann der BAHN-BKK zur Verfügung

Spätestens mit Beginn der Teilnahme sind durch die BAHN-BKK unterschiedliche Maßnahmen zur Betreuung des Versicherten im Programm durchzuführen. Alle Maßnahmen ergeben sich aus der Programmbeschreibung und werden ggf. durch Festlegungen aus den Verträgen mit den Leistungserbringern ergänzt. Sie finden ihren Ursprung in den Anforderungen an ein DMP aus der RSAV und dem §137 des SGB V.

Als Grundlage für den Maßnahmeneinsatz dienen in den meisten Fällen die Angaben aus der regelhaften Dokumentation.

Drei wesentliche Betreuungsbereiche lassen sich dabei unterscheiden: Information des Versicherten über teilnehmende Leistungserbringer, Programminhalte und den jeweils aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie Überprüfung der aktiven Teilnahme.

Darüber hinaus muss der Versicherte nach seiner erfolgten Einschreibung eine neue Versichertenkarte erhalten. Hierauf ist eine besondere Statuskennzeichnung hinterlegt, die ihn als DMP-Teilnehmer ausweist. Durch diese Statuskennzeichnung wird ermöglicht, die Leistungsausgaben für die DMP-Teilnehmer zu erkennen und gesondert zu kontieren.

Die Statuskennzeichnung ist auf dem Kartenchip hinterlegt und somit von außen nicht sichtbar. Die Erzeugung der neuen KV-Karte erfolgt aus dem ISKV heraus automatisiert.

Zudem sind sowohl der Versicherte als auch der Arzt über die erfolgte Einschreibung zu informieren.

Aber auch das Programmende ist in den DMP genauestens geregelt. So sind die Gründe für eine Programmbeendigung und das daraus resultierende Vorgehen der BAHN-BKK in der RSAV festgelegt bzw. daraus abzuleiten. Für alle nachstehend ausgeführten Maßnahmen finden sich die Angaben im BKK InfoNet. Zur Unterstützung der Auswertungen der Daten sind spezielle Standardabfragen vorhanden, die die Abfragen für die BAHN-BKK erleichtern. Die BAHN-BKK bedient sich zudem selbst erstellter Datenbanken.

9.2 Maßnahmen der Versichertenbetreuung allgemein

Maßnahmen im Rahmen der Betreuung der Versicherten umfassen die Information des Versicherten, das Reminding und die Qualitätssicherung

Der DMP- Koordinationsarzt des teilnehmenden Patienten ist verpflichtet, regelmäßig bestimmte medizinische Dokumentationen zu erstellen. Das BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 sieht vor, dass die BAHN-BKK Patienten, bei denen sich aus diesen Dokumentationsbögen Defizite in der Mitwirkung, im Behandlungsverlauf oder im Behandlungsergebnis zeigen, mit ergänzenden Informationen unterstützt. Diese anlassbezogenen Informations- und Erinnerungsmaßnahmen werden im Allgemeinen auch als „Reminding“ bezeichnet.

Mit der Durchführung des Remindings hat die BAHN-BKK besonders geschulte und qualifizierte Kassenmitarbeiter beauftragt. Sie sind die persönlichen Ansprechpartner der PatientenInnen und sind Bindeglied zwischen den Leistungserbringern und den KundenInnen. Ein Reminding der teilnehmenden Versicherten erfolgt insbesondere bei nachfolgenden Anlässen:

Tabelle 4: KV spezifische QS Merkmale Prüfroutinen, Auslöser und Maßnahmenkatalog der BAHN-BKK für Teilnehmerinnen am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN-BKK (Stand: 30.06.2012).

Auslöser	Maßnahmen der BAHN- BKK
Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellentgleisungen	Basis-Information über Diabetes und Diabetes-Symptome, Hypo-und Hyperglykämie, Möglichkeiten der Einflußnahme durch den Versicherten, maximal einmal pro Jahr
Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	Information über die Problematik der Hypertonie beim Diabetiker und seine Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre); maximal einmal pro Jahr
Hoher Anteil von Patienten, die ihren vereinbarten HbA1c - Zielwert erreicht haben	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit einer adäquaten Blutzuckereinstellung; maximal einmal pro Jahr
Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Fuß Möglichkeiten der Mitbehandlung in diabetischen Fußambulanzen o.ä. (evtl. regionale Infos, Adressen)
Hoher Anteil an jährlichen augenärztlichen Untersuchungen	Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Auge, Notwendigkeit der jährlichen augenärztlichen Untersuchung; maximal einmal pro Jahr
Sicherstellung der regelmässigen Teilnahme des Versicherten	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arztbesuche
Wahrnehmung empfohlener Schulungen	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr
Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Auswertung im Qualitätsbericht.

Quelle: DMP KV Verträge, Prüfroutine Fa. Comline und DMP-Referent

Die Anzahl und der Anlass der weiteren Informationsschreiben können der nachfolgenden Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 5: Versand von Erinnerungs- und Informationsschreiben nach Anlass für TeilnehmerInnen am strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN-BKK (Stand: 30.06.2012).

Anlass	Summe	Anteil
Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten (Erinnerung Arztbesuch)	2.170	92,14%
Schwere Hypoglykämien und stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen	0	0,00%
Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	36	1,53%
Erreichung des Zielwertes HbA1c	11	0,47%
Jährliche ophthalmologische Netzhautuntersuchung beim Augenarzt wurde nicht durchgeführt	0	0,00%
Hinweise auf einen auffälligen Fußstatus (diabetisches Fußsyndrom)	12	0,51%
Innerhalb des vereinbarten Doku-Intervalls ist keine Dokumentation übermittelt worden (Eine fehlende Dokumentation)	89	3,78%
Eine Nichtteilnahme an empfohlenen Schulungsmaßnahmen ohne Begründung	1	0,04%
Anschreiben mit mehreren Anlässen	36	1,53%
Gesamt	2.355	100,00%

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP- Referent

Auf der Grundlage der Dokumentationsdaten wurden zahlreiche DMP Teilnehmer schriftlich und telefonisch erinnert, informiert, beraten und zur Eigeninitiative motiviert.

Im vorherigen Berichtszeitraum wurden insgesamt 2.244 Anschreiben zur Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten versandt. Der Hauptanteil der Anschreiben entfällt auf die Thematik (Erinnerung Arztbesuch) mit 2.160 Anschreiben, gefolgt mit 52 Schreiben zur Thematik „Innerhalb des vereinbarten Doku- Intervalls ist keine Dokumentation übermittelt worden (Eine fehlende Dokumentation)“.

Die den Schreiben beigefügten medizinischen Anlagen wurden mit dem medizinischen Dienst des Bundeseisenbahnvermögens abgestimmt.

9.3 Maßnahmen im Rahmen der Versichertenbetreuung -KV bezogen-

Die Erinnerungs- und Informationsschreiben betrafen teilnehmende Versicherte in unterschiedlichen Vertragsregionen. In den folgenden Tabellen ist die Zahl der Anschreiben und der Hintergrund der Anschreiben nach den KV-Bezirken gegliedert, in denen sich der Versicherte in das jeweilige BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben haben.

Die Anzahl spiegelt in erster Linie die regionale Verteilung der Versicherten der BAHN-BKK sowie die regional unterschiedlichen Einschreibequoten wider. Aufgrund des Startzeitpunktes des DMP sowie des Versicherungsschwerpunkts der BAHN-BKK und wegen der hohen Einschreibquote in einigen Regionen sind KV-bezogenen auch dort die häufigsten Remindings zu verzeichnen.

Die anlassbezogenen Informationen bzw. Erinnerungen der Versicherten erfolgen im Regelfall schriftlich. Im Zeitraum bis Juni 2012 wurden bundesweit insgesamt 2.345 Schreiben versandt. Der mit Abstand häufigste Anlass – 2.170 Schreiben- war die Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten (Erinnerung an den Arztbesuch). -11 Schreiben wurden mit dem Hinweis auf den HbA1c Wert versandt. Der zweithäufigste Anlass -83 Schreiben- war der Hinweis auf eine fehlende Dokumentation. In 11 Schreiben- war der Hinweis auf einen auffälligen Fussstatus. In 32 Fallkonstellationen erfolgte ein Informationsschreiben, weil die Blutdruckwerte der Zielvereinbarung zwischen DMP-Arzt und Patient nicht erreicht wurden. Der mit Abstand geringste Anlass mit 1 Anschreiben wurde zur Thematik Wahrnehmung empfohlener Schulungen versandt. Die Anzahl der weiteren Informationsschreiben lag jeweils unter 50. 36 Versicherte erhielten ein Anschreiben, weil mehrere Anlässe vorlagen.

Die Anzahl und der Anlass der weiteren Informationsschreiben können den nachfolgenden Tabellen 6 und 7 entnommen werden.

Es sind alle Regionen aufgeführt, da die BAHN-BKK alle Vorgaben zur Qualitätssicherung aus den regionalen Verträgen in ihrem Prüfmodul umgesetzt hat und dort auch die Anträge auf Akkreditierung der Behandlungsprogramme gestellt hat.

Aufgrund der unterschiedlichen Situationen in den einzelnen KV- Bereichen, den unterschiedlichen Ausprägungen der Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie der geschilderten Datenflussproblematiken wird die Tabelle sukzessive gefüllt. Die Datenrecherche der BAHN-BKK mit den beteiligten Partnern läuft seit geraumer Zeit auf Hochtouren.

Für die Kommunikation mit den Versicherten gelten in den verschiedenen Regionen zum Teil unterschiedliche Regelungen. Das von der BAHN-BKK eingesetzte Prüfmodul zur Qualitätssicherung stellt sicher, dass alle regionalen Besonderheiten eingehalten werden.

In einigen Regionen beispielsweise ist beim Versand von Akquise – oder Erinnerungsschreiben an die Versicherte das Benehmen mit dem koordinierenden Arzt herzustellen. Die BAHN-BKK versendet deshalb auch von allen Schreiben an die Versicherten die zur Ausschreibung führen zusätzlich Kopien an den jeweiligen DMP- Koordinationsarzt. Beim Ausschreibetatbestand Tod werden keine An-schreiben versandt.

Tabelle 6: Bundesweiter Versand von Erinnerungs- und Informationsschreiben nach Vertragsregionen für TeilnehmerInnen am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN- BKK (Stand: 30.06.2012).

KV-Bezirk in dem der Versicherte an dem Programm teilnimmt	Zahl der Erinnerungs- / Informationsschreiben	Anteil in %
1 Schleswig-Holstein	78	3,59
2 Hamburg	72	3,32
3 Bremen	6	0,28
17 Niedersachsen	126	5,81
20 Westfalen-Lippe	185	8,53
38 Nordrhein	124	5,71
46 Hessen	94	4,33
47 Koblenz	0	0,00
48 Rheinhessen	0	0,00
49 Pfalz	0	0,00
50 Trier	0	0,00
51 Rheinland-Pfalz	117	5,39
52 Baden-Württemberg	79	3,64
55 Nordbaden	0	0,00
60 Südbaden	0	0,00
61 Nord-Württemberg	0	0,00
62 Süd-Württemberg	0	0,00
71 Bayern	268	12,35
72 Berlin	187	8,62
73 Saarland	0	0,00
78 Mecklenburg-Vorpommern	86	3,96
83 Brandenburg	198	9,12
88 Sachsen-Anhalt	196	9,03
93 Thüringen	84	3,87
98 Sachsen	270	12,44
Gesamt	2.170	100,00%

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC; Prüfroutine Fa. Comline und DMP- Referent

Tabelle 7: Bundesweiter Versand von Erinnerungs- und Informationsschreiben nach Anlass und Vertragsregion für Teilnehmer an den strukturierten Behandlungsprogrammen Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN-BKK im Vergleich zu den KV Bereichen (Stand: 30.06.2012).

KV-Bereich in dem der Versicherte an dem Programm teilnimmt	Anschreiben mit mehreren Anlässen	Wahrnehmung empfohlener Schulungen	Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Innerhalb des vereinbarten Doku-Intervalls ist keine Dokumentation übermittelt	Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	Hoher Anteil an jährlichen augenärztlichen Untersuchungen	Hoher Anteil von Patienten, die ihren vereinbarten HbA1c	Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellage	Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten (Erinnerung Arztbesuch)	Gesamt	Anteil in %
1 Schleswig-Holstein	0	0	0	3	3	0	2	0	0	78	86	3,67%
2 Hamburg	5	0	0	1	2	0	1	3	0	72	84	3,58%
3 Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0,26%
17 Niedersachsen	3	1	0	10	4	0	2	1	0	126	147	6,27%
20 Westfalen-Lippe	4	0	0	15	0	0	0	1	0	185	205	8,74%
38 Nordrhein	1	0	0	18	0	0	1	0	0	124	142	6,08%
46 Hessen	2	0	0	2	0	0	0	4	0	94	102	4,35%
47 Koblenz	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,04%
48 Rheinhessen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
49 Pfalz	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0,09%
50 Trier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
51 Rheinland-Pfalz	0	0	0	3	0	0	0	1	0	117	121	5,16%
52 Baden-Württemberg	3	0	0	1	0	0	0	0	0	79	83	3,54%
55 Nordbaden	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,04%
60 Südbaden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
61 Nord-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
62 Süd-Württemberg	8	0	0	7	2	0	1	0	0	0	0	0,00%
71 Bayern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	285	292	12,45%
72 Berlin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	187	187	7,97%
73 Saarland	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0,17%
76 Mecklenburg-Vorpommern	3	0	0	1	0	0	0	1	0	86	91	3,98%
83 Brandenburg	2	0	0	4	0	0	3	3	0	198	210	8,98%
86 Sachsen-Anhalt	3	0	0	6	0	0	0	3	0	196	208	8,87%
93 Thüringen	0	0	0	2	1	0	1	6	0	84	94	4,01%
98 Sachsen	2	0	0	4	0	0	0	3	0	270	279	11,90%
Gesamt	36	1	0	83	12	0	11	32	0	2.170	2.345	100,00%
Anteil in %	1,54%	0,04%	0,00%	3,54%	0,51%	0,00%	0,47%	1,36%	0,00%	92,54%		

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP- Referent

10 Information des Versicherten

10.1 Telefonische Beratung („Inbound“)

Ein weiterer Baustein der Qualitätssicherung ist das Angebot an die Versicherten, sich von medizinisch qualifiziertem Fachpersonal zum Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 1 sowie zu Fragen der Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms telefonisch beraten zu lassen. Eine ärztliche Behandlung findet jedoch nicht statt. Das Beratungstelefon wird von der Firma Info Medicus im Auftrag der BAHN-BKK betrieben. Es steht den Versicherten und Teilnehmerinnen im BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 die ganze Woche rund um die Uhr zur Verfügung. Die valide Anzahl eingehender Inbounds (Anrufe von Versicherten) bei der BAHN-BKK zu QS- Maßnahmen sind aufgrund der technischen Voraussetzungen im CRM-KV zurzeit nicht abbildbar. Die Anzahl der Adressauskünfte stieg im Vergleich zum Vorjahresberichtszeitraum um 4 Adressauskünfte an. Die Anzahl der medizinischen Informationen stieg im Vergleich zum Vorjahresberichtszeitraum um 552 an. Die Gesamtsumme der Anrufe stieg im Vergleich zum Vorjahresberichtszeitraum um 556.

Die bis zum 30.06.2012 für die teilnehmenden Versicherten der BAHN-BKK zu allen DMP eingegangenen Anfragen können der Tabelle 8 entnommen werden.

Tabelle 8: Anrufe von DMP Teilnehmern zu den DMP (Stand: 30.06.2012)

Quartalsstatistik	2011/ 2012	InfoMedicus
Berichtszeitraum 01.07.2011 - 30.06.2012	Adressauskünfte DMP- Ärzte	medizinische Informationen
3. Quartal 2011	12	2.039
4. Quartal 2011	9	1.746
1. Quartal 2012	22	2.320
2. Quartal 2012	11	2.075
Jahressummen	54	8.180

Quelle: Monats- und Quartalsstatistik der Fa. InfoMedicus, MitarbeiterIn der Zentrale

Tabelle 8: Anrufe von DMP Teilnehmern zu den DMP (Stand: 30.06.2011)

Quartalsstatistik	2010/ 2011	InfoMedicus
Berichtszeitraum 01.07.2010 - 30.06.2011	Adressauskünfte DMP- Ärzte	medizinische Informationen
3. Quartal 2010	8	1.836
4. Quartal 2010	10	1.727
1. Quartal 2011	12	2.154
2. Quartal 2011	20	1.911
Jahressummen	50	7.628

Quelle: Monats- und Quartalsstatistik der Fa. InfoMedicus, MitarbeiterIn der Zentrale

Tabelle 8: Anrufe von DMP Teilnehmern zu den DMP -Detailübersicht- (Stand: 30.06.2012)

Juli 2011 bis Juni 2012	1_20 ärztl. Adressen	1_23 DMP Adressen	1_10 mediz.Anfr.	2_10 Leist.Anfr.	Summen pro Monat	BK in Prozent	DIA II in Prozent	KHK in Prozent	DIA I in Prozent	Asthma in Prozent	COPD in Prozent	ohne DMP in Prozent
07	356	2	298	234	890	0,21	10,50	4,93	0,24	1,54	1,65	80,93
08	382	4	268	211	865	0,21	10,60	4,99	0,24	1,56	1,68	80,72
09	464	6	271	237	978	0,21	10,56	4,98	0,24	1,56	1,68	80,77
10	368	2	210	266	846	0,21	10,61	4,99	0,25	1,58	1,70	80,66
11	438	3	235	260	936	0,20	10,51	4,93	0,25	1,54	1,68	80,89
12	296	4	199	242	741	0,20	10,44	4,87	0,24	1,52	1,65	81,08
01	524	9	288	317	1.138	0,20	10,56	4,94	0,24	1,52	1,68	80,86
02	538	3	259	262	1.062	0,20	10,56	4,93	0,24	1,53	1,68	80,86
03	453	10	258	266	987	0,20	10,61	4,97	0,24	1,56	1,70	80,72
04	441	1	238	236	916	0,20	10,60	4,96	0,24	1,55	1,69	80,76
05	413	2	284	241	940	0,20	10,71	4,98	0,25	1,58	1,71	80,57
06	436	8	263	290	997	0,20	10,79	5,02	0,25	1,61	1,74	80,39
Summen	5.109	54	3.071	3.062	11.296							

Quelle: Monats- und Quartalsstatistik der Fa. InfoMedicus, MitarbeiterIn der Zentrale

Juli 2011 bis Juni 2012	1_23 DMP-Adressen	1_10 Anteil BK	1_10 Anteil DIA II	1_10 Anteil KHK	1_10 Anteil DIA I	1_10 Anteil Asthma	1_10 Anteil COPD	2_10 Anteil BK	2_10 Anteil DIA II	2_10 Anteil KHK	2_10 Anteil DIA I	2_10 Anteil Asthma	2_10 Anteil COPD
07	2	0,63	31,29	14,69	0,72	4,59	4,92	0,49	24,57	11,54	0,56	3,60	3,86
08	4	0,56	28,41	13,37	0,64	4,18	4,50	0,44	22,37	10,53	0,51	3,29	3,54
09	6	0,57	28,62	13,50	0,65	4,23	4,55	0,50	25,03	11,80	0,57	3,70	3,98
Summe Quartal	12	1,76	89,32	41,56	2,01	13,00	13,97	1,43	71,97	33,87	1,64	10,59	11,38
10	2	0,44	22,28	10,48	0,53	3,32	3,57	0,56	28,22	13,27	0,67	4,20	4,52
11	3	0,47	24,70	11,59	0,59	3,62	3,95	0,52	27,33	12,82	0,65	4,00	4,37
12	4	0,40	20,78	9,69	0,48	3,02	3,28	0,48	25,26	11,79	0,58	3,68	3,99
Summe Quartal	9	1,31	67,76	31,76	1,60	9,96	10,80	1,56	80,81	37,88	1,90	11,88	12,88
01	9	0,58	30,41	14,23	0,69	4,38	4,84	0,63	33,48	15,66	0,76	4,82	5,33
02	3	0,52	27,35	12,77	0,62	3,96	4,35	0,52	27,67	12,92	0,63	4,01	4,40
03	10	0,52	27,37	12,82	0,62	4,02	4,39	0,53	28,22	13,22	0,64	4,15	4,52
Summe Quartal	22	1,62	85,13	39,82	1,93	12,36	13,58	1,68	89,37	41,80	2,03	12,98	14,25
04	1	0,48	25,23	11,80	0,57	3,69	4,02	0,47	25,02	11,71	0,57	3,66	3,99
05	2	0,57	30,42	14,14	0,71	4,49	4,86	0,48	25,81	12,00	0,60	3,81	4,12
06	8	0,53	28,38	13,20	0,66	4,23	4,58	0,58	31,29	14,56	0,73	4,67	5,05
Summe Quartal	11	1,58	84	39	1,94	12	13,46	1,53	82,12	38,27	1,90	12,14	13,16

Quelle: Monats- und Quartalsstatistik der Fa. InfoMedicus, MitarbeiterIn der Zentrale

DATEN KM 6 II Rechtskreis West								DATEN KM 6 II Rechtskreis Ost							
Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen	Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
Januar								Januar							
Februar								Februar							
März								März							
April								April							
Mai								Mai							
Juni								Juni							
Juli	616	27.193	13.068	676	4.548	4.945	51.046	Juli	380	22.828	10.441	472	2.768	2.927	39.816
August	619	27.600	13.267	691	4.656	5.052	51.885	August	387	23.044	10.571	477	2.813	2.974	40.266
September	624	27.612	13.291	692	4.632	5.083	51.934	September	390	23.067	10.615	479	2.837	2.994	40.382
Oktober	619	27.820	13.337	695	4.715	5.132	52.318	Oktober	388	23.181	10.644	483	2.883	3.015	40.594
November	605	27.619	13.242	705	4.676	5.115	51.962	November	367	22.904	10.478	477	2.752	2.949	39.927
Dezember	606	27.379	13.018	687	4.544	4.988	51.222	Dezember	372	22.863	10.418	473	2.756	2.942	39.824
Summen	3.689	165.223	79.223	4.146	27.771	30.315	310.367	Summen	2.284	137.887	63.167	2.861	16.809	17.801	240.809

KM 1 DATEN KM 6 II Gesamtkasse								DMP-Quote Gesamtkasse KM 6 in Bezug auf KM 1								
Gesamt-kasse	Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen	Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
	Januar								Januar							
	Februar								Februar							
	März								März							
	April								April							
	Mai								Mai							
	Juni								Juni							
476.384	Juli	996	50.021	23.509	1.148	7.316	7.872	90.862	Juli	0,21	10,50	4,93	0,24	1,54	1,65	19,07
477.581	August	1.006	50.644	23.838	1.168	7.469	8.026	92.151	August	0,21	10,60	4,99	0,24	1,56	1,68	19,28
479.855	September	1.014	50.679	23.906	1.171	7.469	8.077	92.316	September	0,21	10,56	4,98	0,24	1,56	1,68	19,23
480.577	Oktober	1.007	51.001	23.981	1.178	7.598	8.147	92.912	Oktober	0,21	10,61	4,99	0,25	1,58	1,70	19,34
480.895	November	972	50.523	23.720	1.182	7.428	8.064	91.889	November	0,20	10,51	4,93	0,25	1,54	1,68	19,11
481.184	Dezember	978	50.242	23.436	1.160	7.300	7.930	91.046	Dezember	0,20	10,44	4,87	0,24	1,52	1,65	18,92
	Summen	5.973	303.110	###	7.007	44.580	48.116	551.176	Summen							

Quelle: (KM1 zu KM 6 II 2011) Monats- und Quartalsstatistik der Fa. InfoMedicus, MitarbeiterIn der Zentrale

DATEN KM 6 II Rechtskreis West								DATEN KM 6 II Rechtskreis Ost							
Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen	Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
Januar	585	27.596	13.188	690	4.520	5.097	51.656	Januar	356	22.971	10.492	478	2.775	2.969	40.041
Februar	600	27.685	13.201	696	4.574	5.109	51.865	Februar	356	22.987	10.482	478	2.780	2.956	40.039
März	601	27.938	13.345	699	4.671	5.172	52.426	März	364	23.056	10.562	475	2.832	3.007	40.296
April	592	27.919	13.261	701	4.635	5.144	52.252	April	361	22.952	10.518	473	2.811	2.981	40.096
Mai	601	28.220	13.350	714	4.725	5.199	52.809	Mai	367	23.204	10.579	488	2.857	3.033	40.528
Juni	601	28.486	13.455	726	4.810	5.270	53.348	Juni	371	23.343	10.663	495	2.917	3.091	40.880
Juli								Juli							
August								August							
September								September							
Oktober								Oktober							
November								November							
Dezember								Dezember							
Summen	3.580	167.844	79.780	4.226	27.935	30.991	314.356	Summen	2.175	138.513	63.296	2.887	16.972	18.037	241.880

KM 1	DATEN KM 6 II Gesamtkasse								DMP-Quote Gesamtkasse KM 6 in Bezug auf KM 1							
Gesamt-kasse	Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen	Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
478.831	Januar	941	50.567	23.660	1.168	7.295	8.066	91.697	Januar	0,20	10,56	4,94	0,24	1,52	1,68	19,14
480.033	Februar	956	50.672	23.683	1.174	7.354	8.065	91.904	Februar	0,20	10,56	4,93	0,24	1,53	1,68	19,14
480.607	März	965	50.994	23.907	1.174	7.503	8.179	92.722	März	0,20	10,61	4,97	0,24	1,56	1,70	19,28
479.703	April	953	50.871	23.779	1.174	7.446	8.125	92.348	April	0,20	10,60	4,96	0,24	1,55	1,69	19,24
480.023	Mai	968	51.424	23.929	1.202	7.582	8.232	93.337	Mai	0,20	10,71	4,98	0,25	1,58	1,71	19,43
480.311	Juni	972	51.829	24.118	1.221	7.727	8.361	94.228	Juni	0,20	10,79	5,02	0,25	1,61	1,74	19,61
	Juli								Juli							
	August								August							
	September								September							
	Oktober								Oktober							
	November								November							
	Dezember								Dezember							
	Summen	5.755	306.357	143.076	7.113	44.907	49.028	556.236	Summen							

Quelle: (KM1 zu KM 6 II 2012) Monats- und Quartalsstatistik der Fa. InfoMedicus, MitarbeiterIn der Zentrale

10.2 Information der Versicherten durch Informationsmaterial

Im BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 erhalten die Versicherten die Programmaufklärungsbroschüre: Das Wichtigste zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 in Kürze, die Broschüre: BAHN-BKK MedPlus Ihr Programm bei Diabetes mellitus Typ 1, den Diabetespass und den Blutdruckpass.

Die im Zeitraum vom 01.07.2011 bis 30.06.2012 insgesamt produzierten und versandten Medien können der Tabelle 9 entnommen werden.

Tabelle 9: Produktionsdaten der versendeten Informationsmaterialien für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN-BKK -bundesweite Auswertung-(Stand: 30.06.2012)

Nummer	Medium	Anzahl 2011 (2.HJ)	Anzahl 2012 (1. HJ)
1	Programmaufklärungs- Broschüre: "Das Wichtigste zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 in Kürze" *	500	300
2	Broschüre: Patientenleitlinien "BAHN-BKK MedPlus Ihr Programm bei Diabetes mellitus Typ 1" *	400	300
3	Blutdruckpass	1.510	1.750
4	Diabetespass	0	0
5	Schulungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1	0	0

Quelle: Abteilung Unternehmensplanung

Die mit * gekennzeichnete Medien werden in den Erstanschriften mitverschickt. Alle anderen Medien werden auf Anforderung der Kunden verschickt, da teilweise eine Versorgung durch die DMP- Ärzte erfolgte. Die genauen Versanddaten sind aus den Akquisewellen abzuleiten. Der Diabetespass wird als gemeinsamer Verbrauch für die Indikationen Diabetes Typ 1 und 2 genutzt. Der Blutdruckpass wird als gemeinsamer Verbrauch für die Indikationen Diabetes Typ 1 und 2 sowie KHK genutzt.

10.3 Versand der vom Versicherten gewünschten Informationsangeboten

Mit Änderung der Dokumentationsstruktur kann der DMP Arzt in der Dokumentation unter dem Feld Behandlungsplan die vom Patienten gewünschten Informationsmaterialien benennen.

Der Versicherte kann zu folgenden Themenfeldern Informationsmaterial wählen.

- Tabakverzicht
- Ernährungsberatung
- Körperliches Training

Die BAHN-BKK filtert die Daten und sendet die Unterlagen direkt an den Kunden.

Die Broschüren heißen:

- Ihr Weg zum Nicht-Rauchen Eine Entscheidungshilfe der BAHN-BKK
- Bewegung und Sport Chronisch krank? So tut Bewegung gut!
- Ausgewogen ernähren? Mit der Ernährungspyramide ganz einfach!

Die Informationen an die Versicherten erfolgten anlassbezogen und schriftlich.

Tabelle 9.1: Produktionsdaten der angeforderten Informationsmaterialien für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2012).

KV- Bezirk	Anzahl der Versicherten	gewünschte Informationsangebote Tabakverzicht	gewünschte Informationsangebote Ernährungsberatung	gewünschte Informationsangebote Körperliches Training
1 Schleswig-Holstein	40	2	5	4
2 Hamburg	40	0	6	12
3 Bremen	6	0	0	0
17 Niedersachsen	84	5	12	8
20 Westfalen-Lippe	103	0	3	6
38 Nordrhein	71	0	13	2
51 Rheinland-Pfalz	58	1	6	7
46 Hessen	56	2	36	25
47 Koblenz	0	0	0	0
48 Rheinhessen	0	0	0	0
49 Pfalz	0	0	0	0
50 Trier	0	0	0	0
55 Nordbaden	0	0	0	0
60 Südbaden	0	0	0	0
61 Nord-Württemberg	0	0	0	0
62 Süd-Württemberg	0	0	0	0
52 Baden-Württemberg	52	0	2	1
71 Bayern	137	6	19	6
72 Berlin	98	0	1	1
73 Saarland	0	0	0	0
78 Mecklenburg-Vorpommern	51	3	1	0
83 Brandenburg	137	8	19	16
88 Sachsen-Anhalt	120	4	3	4
93 Thüringen	58	0	2	0
98 Sachsen	145	3	8	9
0 keine KV-Zuordnung		0	5	4
Gesamtergebnis	1.256	34	141	105

Quelle: InfoNet, KCAV, DMP- Referent

- Im Berichtszeitraum 2009 waren 1.045 Versicherte eingeschrieben,
- Im Berichtszeitraum 2010 waren 1.105 Versicherte eingeschrieben
- Im Berichtszeitraum 2011 waren 1.173 Versicherte eingeschrieben
- Im aktuellen Berichtszeitraum 2012 waren 1.256 Versicherte eingeschrieben

Die Versicherten wählten zu folgenden Themenfeldern Informationsmaterial

- **Informationsmaterial Tabakverzicht**

2009 = 34 Versicherte;

2010 = 28 Versicherte = - 6 Versicherte

2011 = 28 Versicherte = +/- 0 Versicherte

2012 = 34 Versicherte = + 6 Versicherte

- **Informationsmaterial Ernährungsberatung**

2009 = 132 Versicherte;

2010 = 151 Versicherte = + 19 Versicherte

2011 = 124 Versicherte = - 27 Versicherte

2012 = 141 Versicherte = + 17 Versicherte

- **Informationsmaterial Körperliches Training**

2009 = 100 Versicherte;

2010 = 117 Versicherte = + 17 Versicherte

2011 = 96 Versicherte = - 21 Versicherte

2012 = 105 Versicherte = + 9 Versicherte

Die jährlichen Entwicklungen sind den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen.

Tabelle 9.2 Produktionsdaten der angeforderten Informationsmaterialien für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für alle Indikationen der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung für 2009/10 Stand 30.06.2011).

Übersicht Fallzahlen über in ED gewünschte Info-Broschüren zur Ernährungsberatung, zum Tabakverzicht und zur körperlicher Bewegung alle Indikationen außer BrustCa				
2009	Info-Broschüre Tabakverzicht	Info Broschüre Ernährungsberatung	Info- Broschüre körperliches Training	Summe BAHN-BKK Gesamt
Asthma	783	1.027	2.503	4.313
COPD	1.458	1.532	3.608	6.598
Diab I	34	132	100	266
BrustCa	0	0	0	0
KHK	1.246	5.355	6.591	13.192
Diab II	1.906	12.632	10.443	24.981
Gesamt	5.427	20.678	23.245	49.350

Quelle: Serviceteam Controlling, DMP- Koordinator, InfoNet

Tabelle 9.2 Produktionsdaten der angeforderten Informationsmaterialien für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für alle Indikationen der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung für 2010/11 (Stand 30.06.2011).

Übersicht Fallzahlen über in ED gewünschte Info-Broschüren zur Ernährungsberatung, zum Tabakverzicht und zur körperlicher Bewegung alle Indikationen außer BrustCa				
2010	Info-Broschüre Tabakverzicht	Info Broschüre Ernährungsberatung	Info- Broschüre körperliches Training	Summe BAHN-BKK Gesamt
Asthma	734	1.143	2.684	4.561
COPD	1.271	3.434	2.684	7.389
Diab I	28	151	117	296
BrustCa	0	0	0	0
KHK	1.047	5.642	6.857	13.546
Diab II	1.615	12.710	11.137	25.462
Gesamt	4.695	23.080	23.479	51.254

Quelle: Serviceteam Controlling, DMP- Koordinator, InfoNet

Tabelle 9.3 Produktionsdaten der angeforderten Informationsmaterialien für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für alle Indikationen der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung für 2011/12 (Stand 30.06.2012).

Übersicht Fallzahlen über in ED gewünschte Info-Broschüren zur Ernährungsberatung, zum Tabakverzicht und zur körperlicher Bewegung alle Indikationen außer BrustCa				
Bedarf 2011/2012	Info-Broschüre Tabakverzicht	Info Broschüre Ernährungsberatung	Info- Broschüre körperliches Training	Summe BAHN-BKK Gesamt
Asthma	568	1.286	2.661	4.515
COPD	1.234	1.663	3.203	6.100
Diab I	34	141	105	280
BrustCa	0	0	0	0
KHK	1.033	5.556	7.080	13.669
Diab II	1.583	12.605	11.990	26.178
Gesamt	4.452	21.251	25.039	50.742

Quelle: Comline-Modul, Serviceteam Controlling, DMP-Referent, InfoNet

10.4 Intensivbetreuung („Outbound“)

Für Patienten, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen, sind im Rahmen der BAHN-BKK MedPlus Programme besondere Aktivitäten zur Information und Motivation von Patienten vorgesehen. Für dieses als Intensivbetreuung bezeichnete telefonische Betreuungsangebot ist es aus Gründen der informationellen Selbstbestimmung erforderlich, dass die Versicherten eine gesonderte Einverständniserklärung abgeben.

Der Versicherte wird im Rahmen der Intensivbetreuung auf Versorgungsdefizite angesprochen, Ursachen und Hintergründe werden analysiert. Gemeinsam mit dem Versicherten werden Ziele und Aktivitäten erarbeitet, die geeignet sind, die bestehenden Versorgungsdefizite zu beheben bzw. sie nicht wieder eintreten zu lassen. Regelmäßige telefonische Kontakte mit dem Versicherten, ggf. auch mit den behandelnden Ärzten werden vereinbart.

Unter Anwendung der vorgegebenen Selektionskriterien wurden die in Frage kommenden Versicherten schriftlich über das Betreuungsangebot informiert und um Rücksendung der Einverständniserklärung gebeten. Im Rahmen der Intensivbetreuung wird mit den teilnehmenden Patienten regelmäßig telefonisch Kontakt aufgenommen („Outbound“). Das Konzept der Intensivbetreuung wurde dem BVA im Rahmen der Akkreditierung bereits vorgelegt und ausgewertet. Aufgrund der aktuellen Situation unterbleibt zurzeit die Kontaktaufnahme.

11 Schulungen im DMP

Krankheiten, für die DMP Angeboten werden, sind chronisch fortschreitende Erkrankungen, deren wirksame Behandlung ganz wesentlich von der aktiven Mitarbeit des Patienten abhängt. Strukturierte Behandlungs- und Schulungsprogramme sollen die Patienten hierzu befähigen. Denn nur, wer aus eigener Einsicht ein Ziel verfolgt, kann dies auch über lange Zeit durchhalten. Die DMP sehen deshalb vor, dass jeder Patient Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhält. Schulungsprogramme, die diese Anforderungen erfüllen, werden vom Bundesversicherungsamt (BVA) akkreditiert und können dann im Rahmen von BAHN-BKK MedPlus Programmen angeboten werden. Die Empfehlung zur Teilnahme an einer Schulung spricht der DMP-Arzt aus.

Informationen sowie eine Aufstellung zu vereinbarten Schulungsprogrammen im Rahmen der DMP Programmen erhalten Sie von Ihrem DMP-Arzt oder auch von Ihrem Kundenbetreuer bei der BAHN-BKK.

Jede/r bei der BAHN-BKK versicherte Kunde/Kundin soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Schulungen der Patientinnen und Patienten dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.

Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach §137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen.

Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt, die Erfüllung der Umsetzung der unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele belegt werden. Schulungs- und Behandlungsprogramme müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

12 Beschränkung der Maßnahmen auf Gruppen von Patienten, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen

Folgende Kriterien werden seitens der BAHN-BKK ausgewertet.

Diabetes mellitus Typ 1

§28c
Anlage
Ziffer 2
RSAV

- 7 Beschränkung der Maßnahmen auf Gruppen von Patienten, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen

Im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt eine Beschränkung der Maßnahmen auf Gruppen von Patienten, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen.

Patienten

Beim Vorliegen mindestens eines der folgenden Merkmale wird der Maßnahmenereinsatz auf die entsprechende Patientengruppe begrenzt:

- a Patienten, die auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mehr als zwei stationäre Krankenhausbehandlungen mit der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose Diabetes mellitus Typ 1 aufweisen.
- b Patienten, die auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens eine stationäre Krankenhausbehandlung mit der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose Diabetes mellitus Typ 1 und mindestens eine weitere stationäre Krankenhausbehandlung mit der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose KHK, essentielle Hypertonie, entgleister Hypertonus, und / oder hypertensive Krise aufweisen.
- c Patienten, denen auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten Diabetes-spezifische Medikamente von mehr als zwei Vertragsärzten verordnet wurden.
- d Patienten, denen auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten Diabetes-spezifische Medikamente und Antihypertensiva verordnet wurden, wobei die Verordnung von Antihypertensiva von mehr als zwei Vertragsärzten erfolgt ist.

Nur bei Patienten, bei denen mindestens eines der Merkmale a, b, c oder d vorliegt, kommt eine „Telefonische Betreuung“ zur Anwendung.

Quelle: Strukturiertes Behandlungsprogramm BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 Stand: 01.01.2011

Im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt eine Beschränkung der Maßnahmen auf Gruppen von Patienten, die ein ausreichendes Verbesserungspotential erwarten lassen. Im Berichtszeitraum standen im Krankenhaussektor 1.256 (Vorjahr 1.173) und im Arzneimittelsektor 1.290 (Vorjahr 1.162) Teilnehmer als Patientengruppe zur Überprüfung an. Nach der Selektion der Leistungsdaten ergab sich folgendes Bild.

12.1 Darlegung der Ergebnisse der Auswertungen der BAHN-BKK zu den gestellten Anforderungen des Musterbehandlungsprogramms

Die Bedingungen zur Auswertung waren analog 2007:

Diabetes mellitus Typ 1:

c Patienten, denen auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten Diabetes-spezifische Medikamente von mehr als zwei Vertragsärzten verordnet wurden.

d Patienten, denen auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten Diabetes-spezifische Medikamente und Antihypertensiva verordnet wurden, wobei die Verordnung von Antihypertensiva von mehr als zwei Vertragsärzten erfolgt ist.

Die DMP- spezifischen Medikamente wurden wie folgt selektiert:

Diabetes-spezifische Medikamente Typ 1: Arzneimittel mit dem ATC-Code A10* (Antidiabetika).

Diabetes-spezifische Medikamente Typ 2: Arzneimittel mit dem ATC-Code A10* (Antidiabetika).

Ein weitere Eingrenzung für die Ermittlung eines Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 nach der in der BKK InfoNet- Dokumentation vorgegebenen Weise erfolgte nicht, da die Versicherten ja schon eingeschrieben sind.

Antihypertensiva: Arzneimittel mit dem ATC-Code C02* (Antihypertonika).

Intensivbetreuung und Krankenhausbehandlungen

T10 a KV- Übersicht: -KH- Intensivbetreuung- KV bezogene Produktionsdaten mit geldwerter Zuordnung der für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2012).

KV- Bezirk	Anzahl der Versicherten	Versicherte, die in den vergangenen 12 Mon mehr als 2 Krankenhausbehandlungen mit der Ein- oder Entlassungsdiagnose Diab1 aufweisen	Versicherte, die in den vergangenen 12 Mon mehr als 1 Krankenhausbehandlungen mit der Ein- oder Entlassungsdiagnose Diab1 und aufweisen und mindestens eine weitere stationäre Krankenhausbehandlung mit der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose KHK, essentielle Hypertonie, entgleister Hypertons, und / oder hypertensive Krise aufweisen.	Versicherte, die beide Bedingungen erfüllen	zu kontaktierende Versicherte	Kosten pro KV bei 25 € je Versicherten
1 Schleswig-Holstein	40	0	1	0	1	25 €
2 Hamburg	40	0	0	0	0	0 €
3 Bremen	6	0	0	0	0	0 €
17 Niedersachsen	84	0	0	0	0	0 €
20 Westfalen-Lippe	103	1	1	0	2	50 €
38 Nordrhein	71	1	0	0	1	25 €
51 Rheinland-Pfalz	58	0	0	0	0	0 €
46 Hessen	56	0	0	0	0	0 €
47 Koblenz	0	0	0	0	0	0 €
48 Rheinhessen	0	0	0	0	0	0 €
49 Pfalz	0	0	0	0	0	0 €
50 Trier	0	0	0	0	0	0 €
55 Nordbaden	0	0	0	0	0	0 €
60 Südbaden	0	0	0	0	0	0 €
61 Nord-Württemberg	0	0	0	0	0	0 €
62 Süd-Württemberg	0	0	0	0	0	0 €
52 Baden-Württemberg	52	0	0	0	0	0 €
71 Bayern	137	1	0	0	1	25 €
72 Berlin	98	1	1	1	3	75 €
73 Saarland	0	0	0	0	0	0 €
78 Mecklenburg-Vorpommern	51	1	0	0	1	25 €
83 Brandenburg	137	3	0	0	3	75 €
88 Sachsen-Anhalt	120	0	1	0	1	25 €
93 Thüringen	58	1	1	0	2	50 €
98 Sachsen	145	0	0	0	0	0 €
Gesamtergebnis	1.256	9	5	1	15	375 €

Quelle: Serviceteam Controlling, DMP- Referent

Im Berichtszeitraum standen im Krankenhausesektor 1.256 (Vorjahr 1.173) Teilnehmer als Patientengruppe zur Überprüfung an. Die Leistungsausgaben hierfür wurden mit 375 € (Vorjahr 650 €) veranschlagt.

T10 b Diagnoseübersicht: KH- Intensivbetreuung: Produktionsdaten diagnosebezogene Krankenhausbehandlungen mit geldwerter Zuordnung der für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2012)

DMP-Programm	Anzahl der Versicherten	Versicherte, die in den vergangenen 12 Mon mehr als 2 Krankenhausbehandlungen mit der diagnose-spezifischen Ein- oder Entlassungsdiagnose aufweisen	Versicherte, die in den vergangenen 12 Mon mehr als 2 Krankenhausbehandlungen mit der diagnose-spezifischen Ein- oder Entlassungsdiagnose und der jeweiligen diagnose-spezifischen Komplementärdiagnose aufweisen.	Versicherte, die beide Bedingungen erfüllen	zu kontaktierende Versicherte	Kosten aller KV en bei 25 € je Versicherten
Diabetes mellitus Typ 1	1.256	9	5	0	14	350 €
Diabetes mellitus Typ 2	52.461	219	364	0	583	14.575 €
Asthma bronchiale	7.935	1	2	0	3	75 €
COPD	8.483	112	2	0	114	2.850 €
KHK	24.326	273	364	0	637	15.925 €
Gesamt	94.461	614	737	0	1.351	33.775 €

Quelle: Serviceteam Controlling, DMP- Referent

Im Berichtszeitraum standen im Krankenhausesektor über alle Programme 94.461 (Vorjahr 89.939) Teilnehmer als Patientengruppe zur Überprüfung an. Die Leistungsausgaben hierfür wurden mit 33.775 € (Vorjahr 209.850 €) veranschlagt.

Intensivbetreuung und Arzneimittelversorgung

T10 c KV-Übersicht: Arzt-Intensivbetreuung: KV bezogene Produktionsdaten –Arzneimittel mit geldwerter Zuordnung der für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2012).

KV- Bezirk	Anzahl der Versicherten	Versicherte, denen in den vergangenen 12 Mon Diabetes-spezifische Medikamente von mehr als 2 Vertragsärzten verordnet wurden	Versicherte, denen in den vergangenen 12 Mon (Diabetes-spezifische Medikamente und Antihypertensiva von mehr als 2 Vertragsärzten verordnet wurden	Versicherte, die beide Bedingungen erfüllen	zu kontaktierende Versicherte	Kosten pro KV bei 25 € je Versicherten
1 Schleswig-Holstein	49	0	7	0	7	175 €
2 Hamburg	27	0	1	0	1	25 €
5 Bremen	7	0	0	0	0	0 €
17 Niedersachsen	91	0	16	0	16	400 €
20 Westfalen-Lippe	95	1	13	0	14	350 €
38 Nordrhein	68	0	15	0	15	375 €
45 Rheinland-Pfalz	62	2	15	0	17	425 €
46 Hessen	69	0	12	0	12	300 €
47 Koblenz					0	0 €
48 Rheinhessen					0	0 €
49 Pfalz					0	0 €
50 Trier					0	0 €
55 Nordbaden					0	0 €
60 Südbaden					0	0 €
61 Nord-Württemberg					0	0 €
62 Süd-Württemberg					0	0 €
63 Baden-Württemberg	48	0	6	0	6	150 €
71 Bayern	140	1	17	0	18	450 €
72 Berlin	89	0	4	0	4	100 €
73 Saarland	1	0	0	0	0	0 €
78 Mecklenburg-Vorpommern	62	0	3	0	3	75 €
83 Brandenburg	151	0	13	1	14	350 €
88 Sachsen-Anhalt	130	0	19	0	19	475 €
93 Thüringen	60	0	5	0	5	125 €
98 Sachsen	151	0	8	0	8	200 €
Gesamtergebnis	1.290	4	154	1	159	3.975 €

Quelle: Serviceteam Controlling, DMP- Referent, ZAS Emmendingen

Im Berichtszeitraum standen im Arzneimittelsektor 1.290 (Vorjahr 1.261) Teilnehmer als Patientengruppe zur Überprüfung an. Die Leistungsausgaben hierfür wurden mit 3.975 € (Vorjahr 3.750 €) veranschlagt.

T10 d Diagnoseübersicht: Arzt-Intensivbetreuung: Produktionsdaten Diagnosebezogene Arzneimitteldaten mit geldwerter Zuordnung der für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2012)

DMP-Programm	Anzahl der Versicherten	Versicherte, denen in den vergangenen 12 Mon Diagnose-spezifische Medikamente von mehr als 2 Vertragsärzten verordnet wurden	Versicherte, bei denen in den vergangenen 12 Mon die andere Bedingung erfüllt war	Versicherte, die beide Bedingungen erfüllen	zu kontaktierende Versicherte	Kosten aller KV en bei 25 € je Versicherten
Diabetes mellitus Typ 1	1.290	154	4	1	159	3.975 €
Diabetes mellitus Typ 2	53.548	3.398	143	103	3.644	91.100 €
Asthma bronchiale	7.848	1.097	269	264	1.630	40.750 €
COPD	8.706	1.952	247	612	2.811	70.275 €
KHK	24.773	4.568	0	44	4.612	115.300 €
Gesamt	96.165	11.169	663	1.024	12.856	321.400 €

Quelle: Serviceteam Controlling, DMP- Referent, ZAS Emmendingen

Im Berichtszeitraum standen im Arzneimittelsektor über alle Programme 96.165 (Vorjahr 95.155) Teilnehmer als Patientengruppe zur Überprüfung an. Die Leistungsausgaben hierfür wurden mit 321.400 € (Vorjahr 342.300 €) veranschlagt.

12.2 Strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten, deren Verlaufsdokumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprozesses durch den Versicherten enthält (Vorgabe aus dem Musterbehandlungsprogramm)

§28c
Anlage
Ziffer 2
RSAV

- 7 Strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten, deren Verlaufsdokumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprozesses durch den Versicherten enthält

Identifikation von Versicherten mit Hinweisen auf mangelnde Unterstützung

Von einer mangelnden Unterstützung des Behandlungsprozesses seitens des Versicherten wird in folgenden Fällen ausgegangen:

- A Innerhalb des vereinbarten Dokumentationsintervalls ist keine Dokumentation übermittelt worden.
- B Die vereinbarte Teilnahme an einer empfohlenen zielgruppenspezifischen Patientenschulung ist nicht erfolgt.

Strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten mit Hinweisen auf mangelnde Unterstützung

In den oben genannten Fällen kommt zunächst die Maßnahme „Schriftliche Erinnerung“ zur Anwendung.

Ist trotz schriftlicher Erinnerung festzustellen, dass der Patient den Behandlungsprozess im o.g. Sinne nicht unterstützt, erfolgt eine Kontaktaufnahme.

Im Rahmen des Beratungsgesprächs wird versucht, die Gründe herauszufinden, auf die die mangelnde Unterstützung zurückzuführen ist.

Der Versicherte wird zur Wahrnehmung der Wiedervorstellungstermine bzw. zur Teilnahme an der/den Schulung/en motiviert. Er wird außerdem darauf hingewiesen, dass die wiederholt fehlende Mitwirkung zum Ausschluss aus dem Programm führt.

Die BAHN-BKK führt diese besondere Beratung selbst durch. Hierbei setzt die BAHN-BKK ausschließlich geeignetes Personal hierzu ein.

Quelle: Strukturiertes Behandlungsprogramm BKK MedPlus Diabetes Mellitus Typ 1 Stand: 01.01.2011

Die Maßnahmen der BAHN-BKK wurden im Abschnitt 5 Informations- und Erinnerungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung der Kontinuität der Versorgung („Reminding“) dargelegt.

13 Reminding

13.1 Ausschreibungen wegen zwei aufeinander folgend fehlender Dokumentationen oder zwei veranlasste empfohlene Schulungen innerhalb von 12 Monaten ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen

13.2 Regelungen zu fehlenden Dokumentationen ab dem 01. April 2007

Mit dem GKV-WSG entfällt ab dem 01. April 2007 für den Ausschreibetatbestand „zwei fehlende Dokumentationen“ der Zeitraumsbezug auf drei Jahre.

Ein Versicherter ist nach dieser neuen Regelung dann auszuschreiben, wenn zwei direkt auf einander folgende Dokumentationen fehlen. Hierdurch entfällt die umständliche Rückrechnung auf einen Drei-Jahres-Zeitraum. Ob eine Dokumentation als die direkt folgende zu werten ist, ergibt sich weiterhin aus der Angabe zum Dokumentationsintervall aus der letzten gültig vorliegenden Dokumentation.

Entscheidend dafür, ob ein Versicherter nach der Regelung des GKV-WSG ausgeschreiben werden muss, ist das Quartal, in der die zweite Dokumentation fehlt.

13.3 Sonderregelung für fehlende Dokumentationen im 3. Quartal 2008

Die Umstellung auf die ausschließlichen elektronischen Dokumentationen und die gleichzeitige Einführung der neuen Dokumentationen für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und 2, KHK, Asthma bronchiale und COPD zum 01. Juli 2008 hat zum Teil zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Erstellung von Dokumentationen für das 3. Quartal 2008 geführt.

Um zu vermeiden, dass Versicherte aufgrund dieser organisatorischen Schwierigkeiten unverschuldet aus einem DMP ausgeschreiben werden müssen, hat das BMG mit der 18. RSAV eine Sonderregelung für aus dem 3. Quartal 2008 fehlende Dokumentationen erlassen. Diese Sonderregelung ist zweistufig. Zum einen sieht sie vor, dass die Übermittlungsfrist für Folgedokumentationen aus dem 3. Quartal um drei Monate verlängert wird.

Somit müssen Folgedokumentationen, sofern sie im 3. Quartal 2008 erstellt wurden, erst spätestens zum 21. Februar 2009 vollständig und plausibel bei der Datenstelle vorliegen.

Zum anderen beinhaltet die Sonderregelung, dass für das 3. Quartal 2008 fehlende Dokumentationen für die Bewertung „zwei fehlende Dokumentationen in Folge“ unbeachtet bleiben können.

13.4 Ausschreibemanagement bei der BAHN-BKK

Der zentrale Punkt des BAHN-BKK MedPlus Programms Diabetes mellitus Typ 1 ist die aktive Teilnahme der Versicherten.

Hierzu gehört insbesondere die regelmäßige Erstellung der vollständigen, plausiblen und fristgerechten Dokumentationen incl. der Qualitätsindikatoren durch den behandelnden DMP- Arzt.

Die BAHN-BKK führt aufgrund der gesetzlichen Grundlage des § 137 SGB V in Verbindung mit der RSAV und den Ausprägungen der regionalen DMP Verträge die vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen des BAHN-BKK MedPlus Programms Diabetes mellitus Typ 1 durch.

Das BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 sieht im Gegensatz zum DMP Brustkrebs einen Ausschlussstatbestand Schulungen vor.

Nach § 28 d Abs. 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) muss die Teilnahme des Versicherten am DMP-Programm enden, wenn er innerhalb von zwölf Monaten zwei durch den DMP- Arzt veranlasste - empfohlene- Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder wenn zwei aufeinander folgende quartalsbezogen zu erstellende Dokumentationen nicht innerhalb von insgesamt 52 Tage nach Quartalsende bei den Datenstellen vorliegen.

Die BAHN- BKK ist wie alle Krankenkassen verpflichtet (dies geht auch aus den Verträgen zwischen den Krankenkassen und der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung hervor), die Einhaltung dieser Ausschreibestatbestände zu prüfen und ggf. die Ausschreibung aus dem DMP-Programm vorzunehmen, wenn zwei empfohlenen Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen wurden oder zwei Dokumentationen innerhalb der Fristen nicht vorliegen.

Im Bereich der BAHN-BKK mussten 111 Versicherte (Vorjahresberichtszeitraum 153 Versicherte) wegen des Ausschlussstatbestandes zwei fehlende Dokumentationen und 0 Versicherte (Vorjahresberichtszeitraum 0 Versicherte) weil, Sie innerhalb von 12 Monaten zwei empfohlene Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen haben, aus dem BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 ausgeschrieben werden. Dies ist ein Anteil von 0,00 % (Vorjahresberichtszeitraum 0,00 %) bei den Schulungen und 100 % (Vorjahresberichtszeitraum 100,00 %) bei 2 fehlenden Dokumentationen an den Ausschreibungen aus dem BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN-BKK. Die Zahlen der jeweiligen KV Bereiche entnehmen Sie bitte der Tabelle 11.

Tabelle 11: Bundesweiter Versand von Ausschreibeschreiben wegen zwei fehlender Dokumentationen oder 2 fehlender Schulungen innerhalb von 12 Monaten nach Vertragsregionen im Vergleich zu dem jeweiligen KV Bereich TeilnehmerInnen am strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 der BAHN-BKK (Stand: 30.06.2012)

KV-Bezirk	2 fehlende Schulungen innerhalb von 12 Monaten	2 fehlende Dokumentationen	Gesamt	Anteil [%]
1 Schleswig-Holstein	0	5	5	0,05
2 Hamburg	0	4	4	0,04
3 Bremen	0	0	0	0,00
17 Niedersachsen	0	7	7	0,06
20 Westfalen-Lippe	0	13	13	0,12
38 Nordrhein	0	12	12	0,11
51 Rheinland-Pfalz	0	0	0	0,00
46 Hessen	0	1	1	0,01
47 Koblenz	0	0	0	0,00
48 Rheinhessen	0	0	0	0,00
49 Pfalz	0	0	0	0,00
50 Trier	0	0	0	0,00
55 Nordbaden	0	0	0	0,00
60 Südbaden	0	0	0	0,00
61 Nord-Württemberg	0	0	0	0,00
62 Süd-Württemberg	0	0	0	0,00
52 Baden-Württemberg	0	0	0	0,00
71 Bayern	0	10	10	0,09
72 Berlin	0	11	11	0,10
73 Saarland	0	0	0	0,00
78 Mecklenburg-Vorpommern	0	6	6	0,05
83 Brandenburg	0	6	6	0,05
88 Sachsen-Anhalt	0	15	15	0,14
93 Thüringen	0	6	6	0,05
98 Sachsen	0	15	15	13,51%
Gesamtergebnis	0	111	111	
Anteil [%]	0,00	100,00		

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP- Referent

13.1 Aktivitäten der BAHN-BKK zur Vermeidung von Ausschreibungen aufgrund zweier aufeinander folgend fehlender Folgedokumentationen

Im Rahmen der stetigen Optimierung der Prozesse bei der BAHN-BKKs möchten wir nicht nur die Wiedereinschreibquote erhöhen, sondern auch die Ausschreibequote senken um für die BAHN-BKK Kunden eine optimale Versorgung gewährleisten und optimale MRSA Daten zu generieren zu können

Hierzu gehört auch , dass -seitens der BAHN-BKK- die Fallkonstellationen „Ausschreibung droht I. Quartal 2012“ mit den Datenstellen und den Regionalgeschäftsstellen (RGS´en) dahingehend geprüft wurden, inwieweit nach aktiver Rücksprache mit dem DMP Arzt oder den BAHN-BKK KundenInnen die zweite fehlende Folgedokumentation (FD) im laufenden Quartal noch beigebracht werden kann. Die bereits erzielten guten Werte haben sich bereits in der Ausschreibeaktivität I. Quartal 2012 bemerkbar gemacht. Die RGS`en mussten 498 weniger zu prüfende Fälle im I. Quartal 2012 bearbeiten).

Daher haben wir bereits in den RGS `en Mitte Ost und Nord-West sowie mit den DS INTERFORUM, DS Trier, DS Systemform, sowie einer Sonderform in DS Bayern eine aktive DMP Arzt- und Kundenansprache im Rahmen einer DMP-Telefonaktion gestartet. Ziel war es die fehlende zur Ausschreibung führende FD beizubringen.

So konnten wir z.B die Datenstelle Trier für die KV Bereiche RPS als Pilotpartner gewinnen, die DMP Ärzte der BAHN-BKK Versicherten anzurufen und die fehlenden FD `s für das I. Quartal 2012 nachzufordern bzw. sich nach den Ursachen für die Gründe der Nichtbeibringung der FD zu forschen.

Dabei wurden folgende Fallgruppen identifiziert:

1. Dokumentation bereits in der Datenstelle vorhanden
2. Doku bereits von Praxis erstellt aber noch nicht an die Datenstelle versendet
3. Patient hat noch einen festen Termin
4. Praxis versucht Patienten zu erreichen und damit die Dokumentation für das 1. Quartal noch zu erstellen
5. Patient hat Termine verpasst; Patient war nicht erreichbar; Arztwechsel, Patient erschien trotz Aufforderung nicht
6. Patient möchte nicht mehr teilnehmen; versichertentechnische Probleme; Patient verstorben
7. Praxis nicht erreicht wegen Urlaub oder Krankheit

Von den fehlenden 201 FD konnten bisher gut 135 Fallkonstellationen „geheilt“ werden, sodass es wahrscheinlich zu keiner Ausschreibung kommen wird. Dadurch konnten wir den KB der RGS eine Menge Arbeit im Rahmen der nächsten Ausschreibeaktion I: Quartal 2012 ersparen. (Hinweis: Für schriftliche Austritte der Versicherten ist ein erheblicher Zeitwert anzusetzen. Hierbei sind die Zeitwerte für eine mögliche Reakquise noch nicht berücksichtigt).

Die korrespondierende RGS hatte die Aufgabe anhand der Auswertung der DS Trier, **die BAHN-BKK KundenInnen der Punkte 5 und 6 im Rahmen einer einmaligen Stichprobe als Initiativtelefonat über die Gründe der Nichtvorstellung beim Arzt oder die Hintergründe der Nichtteilnahme kurz zu befragen oder ggf. beim DMP Arzt vorstellig zu werden.** Das Ergebnis liegt leider noch nicht vor.

Ähnliche Ergebnisse konnten in anderen RGS èn erzielt werden. Hier wurden die KB Allgemeine Leistungen an 3 Tagen mit den Telefonaten betraut und konnten erste Erfahrung in der Telefonaktion zur Verhinderung von Ausschreibungen sammeln. Hier kontaktieren die Kollegen Arztpraxen zu Fällen, in denen die Dokumentation im 4. Quartal 2011 und 1. Quartal 2012 fehlt und eine Ausschreibung droht.

Bei ca. 760 Datensätzen von allen DMP-Programmen hat der Test folgende Resultate geliefert:

- ⇒ 99 Arztpraxen haben zugesagt, dass noch eine Dokumentation fristgerecht erstellt wird. Bei ca. 30 % hatten wir den Eindruck, dass die Dokumentation nur aufgrund unseres Telefonates erstellt wird. Wir verhindern also ca. 30 Ausschreibungen.
- ⇒ 50 Dokumentationen waren zwischenzeitlich bereits in der Datenbank hinterlegt (Überschneidung seit dem Erstellen der Liste)
- ⇒ 145 Arztpraxen haben wir nicht erreicht (besetzt, Praxisurlaub, Öffnungszeiten)
- ⇒ 116 Arztpraxen werden keine Dokumentation mehr erstellen (Wohnortwechsel, Arztwechsel, Versicherter nimmt Termine nicht wahr)

Fazit:

Die Ergebnisse wurden von den RGS`en für repräsentativ gehalten, auch weil alle DMP-Programme berücksichtigt wurden.

Die Bearbeitung der Datensätze mit Hilfe der Datenstelle Interforum funktioniert sehr gut. Vormittags sind die Arztpraxen gut erreichbar und die Ergebnisse der Telefonate zielführend.

Vorteile der Aktivität:

- ⇒ Bei 215 geführten Gesprächen verhindern wir ca. 30 Ausschreibungen (14 %)
- ⇒ Die Resonanz der Arztpraxen ist positiv
- ⇒ Wir gewinnen wertvolle Erkenntnisse die wir in CRM festhalten. Auch, wenn es z.B. aufgrund des Alters, einer Pflegestufe oder einer Heimunterbringung zu keiner Neueinschreibung kommen wird. Diese Informationen können wir dann bei der entsprechenden Ausschreibung verwerten.
- ⇒ Mit dieser Aktion und der Mailings an die Kunden versuchen wir mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln und von „beiden Seiten“ die Ausschreibung zu verhindern

Zusammenfassend kann man sagen, dass solche Aktivitäten finanziell sowie arbeitstechnisch erfolgreich sind. Insgesamt sind bundesweit 1.175 Fallkonstellationen (Vorberichtszeitraum IV. Quartal 2011 mit 1.673 Fallkonstellationen) zu prüfen und zu bearbeiten.

Ausgangslage

Übersicht Fallzahlen nach Datenstellen Ausschreibung droht I. Quartal 2012 Stand 13.03.2012							
Nach RGS'en							
	RGS NW	RGS MW	RGS SÜD	RGS NO	RGS MO	alle RGSen	
Asthma	130	65	60	111	58	424	
COPD	111	46	51	57	51	316	
Diab I	17	8	11	8	7	51	
BrustCa	0	0	0	0	0	0	
KHK	255	133	114	150	157	809	
Diab II	518	308	318	261	318	1.723	
Gesamt	1.031	560	554	587	591	3.323	
Nach Datenstellen							
	DS Bayern	DS Systemform	DS INTERFORUM	DS Trier	DS data experts Berlin	alle DS	
Asthma	42	134	135	19	94	424	
COPD	22	100	130	17	47	316	
Diab I	7	20	19	1	4	51	
BrustCa	0	0	0	0	0	0	
KHK	58	263	330	46	112	809	
Diab II	177	624	609	122	191	1.723	
Gesamt	306	1.141	1.223	205	448	3.323	

Quelle: DMP Referent, InfoNet

Ausschreibewerte I Quartal 2012

Übersicht Fallzahlen nach Datenstellen Ausschreibung droht I. Quartal 2012 Stand 21.06.2012							
Nach RGS'en							
	RGS NW	RGS MW	RGS SÜD	RGS NO	RGS MO	alle RGSen	
Asthma	51	28	21	52	26	178	
COPD	45	24	22	28	16	135	
Diab I	2	2	3	4	2	13	
BrustCa	0	0	0	0	0	0	
KHK	86	41	43	55	54	279	
Diab II	165	118	93	95	99	570	
Gesamt	349	213	182	234	197	1.175	
Nach Datenstellen							
	DS Bayern	DS Systemform	DS INTERFORUM	DS Trier	DS data ex	alle DS	
Asthma	17	53	59	6	43	178	
COPD	9	47	47	7	25	135	
Diab I	2	5	5	0	1	13	
BrustCa	0	0	0	0	0	0	
KHK	21	92	117	8	41	279	
Diab II	48	220	197	38	67	570	
Gesamt	97	417	425	59	177	1.175	

Quelle: DMP Referent, InfoNet

Ausschreibewerte IV Quartal 2011

Übersicht Fallzahlen nach Datenstellen Ausschreibung IV. Quartal 2011						
Nach RGS'en						
	RGS NW	RGS MW	RGS SÜD	RGS NO	RGS MO	alle RGSen
Asthma	66	64	28	59	33	250
COPD	71	44	38	39	36	228
Diab I	7	1	4	4	8	24
BrustCa	0	0	0	0	0	0
KHK	124	86	71	74	73	428
Diab II	217	141	133	129	123	743
Gesamt	485	336	274	305	273	1.673

Quelle: DMP Referent, InfoNet

Das abgestimmte systematische Vorgehen der beteiligten DMP Akteure im DMP Ablauf haben für eine Absenkung und Stabilisierung der zu prüfenden Fallkonstellationen geführt. Wie hoffen, dieses Ergebnis durch die neu eingeführte Aktivität Ausschreibung droht (2.fehlende FD) im II. Quartal 2012 halten zu können. Wir werden daher die Thematik mit den DMP-Akteuren weiter vertiefen.

13.2 Ausschreibungen aufgrund weiterer Ausschreibetatbestände

Neben den Ausschreibetatbeständen zwei fehlende Dokumentationen und der Nichtteilnahme an zwei empfohlenen Schulungen innerhalb von 12 Monaten gibt es weitere Gründe die ein Ausscheiden aus dem BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 zur Folge haben. Die Gründe hierfür sind u.a. das Ende der Mitgliedschaft, die Kündigung der Teilnahme durch den Versicherten oder Tod.

Insgesamt wurden aufgrund weiterer Ausschreibetatbestände -incl. des Tatbestandes Ausschreibetatbeständen zwei aufeinander folgende fehlende Dokumentationen und der Nichtteilnahme an zwei empfohlenen Schulungen innerhalb von 12 Monaten - 348 KundenInnen (Vorjahresberichtszeitraum 406 Versicherte) ausgeschrieben. Einer der mit Abstand häufigsten Austrittsgründe neben den „harten“ Qualitätssicherungszielen war mit 18 Ausschreibungen (Vorjahresberichtszeitraum 40 Versicherte) der Tod.

Auf eigenen Wunsch schieden 91 Versicherte (Vorjahresberichtszeitraum 48 Versicherte) aus dem BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 aus.

25 Versicherte (Vorjahresberichtszeitraum 46 Versicherte) entschieden sich leider für einen Kassenwechsel.

9 Versicherte ((Vorjahresberichtszeitraum 15 Versicherte) schieden wegen eines Arztwechsels mit KV-Bereichswechsel aus und nehmen nun in einer anderen KV Region am BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 teil.

Da im Berichtszeitraum eine BVA § 15a Prüfung anstand wurden 0 Versicherte aufgrund der Prüfvermerke während der Prüfung der DMP Versicherungszeiten im RSA durch die Aufsichtsbehörde ausgeschrieben.

Die weiteren Austrittsgründe können KV bezogen der Tabelle 12 entnommen werden.

Tabelle 12: Übersicht über das Ende der Teilnahme / Ausschreibung aus dem BAHN-BKK MedPlus Diabetes mellitus Typ 1 (Stand: 30.06.2012)

KV-Bezirk	Vestorben	Regelmäßige Arzttermine nicht eingehalten	Schulungs termine nicht eingehalten	Arztwechsel zu Nicht-DMP-Arzt	Austritt auf Wunsch des Versicherten	Teilnahmevoraussetzung liegt nicht mehr vor (Wegfall der Diagnose)	Arzt als DMP-Arzt ausgeschrieben	Rechtskreiswechsel	Kass enwechsel	Statuswechsel	Arzt hat keine Zulassung als DMP- Arzt (Wurde erst nach Einschreibung 2 fehlende Dokumentationen	Ende Mitgliedschaft bei der BAHN-BKK außer 59 oder 51	Enddatum zur Dokumentation einer Neueinschreibung im	Arztwechsel bei gleichzeitigem KV- Bereichswechsel	Ausschreibung auf Grund von BVA-Prüfung (z.B. Ausfallleistung vs. ...)	Gesamt	Anteil [%]
1 Schleswig-Holstein	1	0	0	0	10	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	20	5,75
2 Hamburg	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	11	3,16
3 Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	0	0	0	0	0	58	16,67
17 Niedersachsen	1	0	0	0	14	0	0	3	1	0	0	7	0	0	1	27	7,76
20 Westfalen-Lippe	0	0	0	0	11	1	0	0	1	0	0	13	0	0	0	26	7,47
38 Nordrhein	1	0	0	0	14	4	0	0	1	0	0	12	0	0	2	34	9,77
51 Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
46 Hessen	2	0	0	0	4	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	10	2,87
47 Koblenz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
48 Rheinhessen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
49 Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
50 Trier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
55 Nordbaden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
60 Südbaden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
61 Nord-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
62 Süd-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
52 Baden-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
71 Bayern	2	1	0	0	7	3	0	0	4	0	0	10	0	0	1	28	8,05
72 Berlin	3	1	0	0	2	1	0	4	4	0	0	11	0	0	0	26	7,47
73 Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
78 Mecklenburg-Vorpommern	3	0	0	0	7	1	0	1	0	0	0	6	1	0	0	19	5,46
83 Brandenburg	2	1	0	0	2	0	0	4	1	0	0	6	1	0	1	18	5,17
88 Sachsen-Anhalt	1	0	0	0	7	1	0	1	3	0	0	15	1	0	0	29	8,33
93 Thüringen	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	6	0	0	0	11	3,16
98 Sachsen	1	0	0	0	5	0	0	0	6	0	0	15	2	0	2	31	8,91
Gesamtergebnis	18	3	0	0	91	14	0	13	25	58	0	111	6	0	9	348	
Anteil [%]	5,17	0,86	0,00	0,00	26,15	4,02	0,00	3,74	7,18	16,67	0,00	31,90	1,72	0,00	2,59	0,00	

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord- West und Mitte- West sowie dem VIP- KC, DMP Referent)

13.3 Wiedereinschreibquote nach Ausschreibung aufgrund Ausschreibetatschstände

Die BAHN-BKK fñhrt seit Einfñhrung der DMP Programme Buch, wie sich Ihre Reakquiseaktivitåten entwickeln. Diese ist den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen.

Tabelle: DMP Wiedereinschreibquote nach Jahren und Fallzahlen ùber alle DMP Indikationen

DMP Wiedereinschreibquote			
	ausgeschrieben wegen fehlender Doku's bzw. fehlender Schulungen	wieder eingeschrieben	Wiedereinschreibquote
2003	1726	1417	82,10%
2004	3691	2873	77,84%
2005	4076	2668	65,46%
2006	3738	2066	55,27%
2007	4190	2053	49,00%
2008	1641	626	38,15%
2009	3788	1071	28,27%
2010	5469	1448	26,48%
2011	3816	1414	37,05%
2012	0	0	0,00%
2013	0	0	0,00%
2014	0	0	0,00%
2015	0	0	0,00%
Gesamt	32135	15636	48,66%

Quelle: Serviceteam Controlling

Tabelle: DMP Wiedereinschreibquote nach DMP Indikationen und Fallzahlen im Jahr 2010

DMP Wiedereinschreibquote			2010
DMP	ausgeschrieben wegen fehlender Doku's bzw. fehlender Schulungen	wieder eingeschrieben	Wiedereinschreibquote
1	765	150	19,61%
2	2664	804	30,18%
3	1321	326	24,68%
4	25	1	4,00%
5	89	35	39,33%
6	605	132	21,82%
Gesamt	5469	1448	26,48%

Quelle: Serviceteam Controlling

Tabelle: DMP Wiedereinschreibquote nach DMP Indikationen und Fallzahlen im Jahr 2011

DMP Wiedereinschreibquote			2011
DMP	ausgeschrieben wegen fehlender Doku's bzw. fehlender Schulungen	wieder eingeschrieben	Wiedereinschreibquote
1	547	150	27,42%
2	1887	802	42,50%
3	877	292	33,30%
4	11	2	18,18%
5	61	34	55,74%
6	433	134	30,95%
Gesamt	3816	1414	37,05%

Quelle: Serviceteam Controlling

14 Übersicht über die Auslöser, Maßnahmenkatalog und Zielerreichung des BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1

Tabelle 13: KV allgemeine Übersicht über QS Merkmale, Prüfroutinen, Auslöser, Maßnahmenkatalog und Zielerreichung der BAHN-BKK für Teilnehmerinnen am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ1 -bundesweite Auswertung KV bezogen- (Stand: 30.06.2012).

QS-Ziel	QS Indikatoren	QS-Maßnahme	Anzahl der Maßnahmen	Zielerreichung in %
Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellentgleisungen	entfällt	Basis-Information über Diabetes und Diabetes-Symptome, Hypo- und Hyperglykämie, Möglichkeiten der Einflußnahme durch den Versicherten, maximal einmal pro Jahr	0	
Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	Information über die Problematik der Hypertonie beim Diabetiker und seine Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre); maximal einmal pro Jahr	36	
Hoher Anteil von Patienten, die ihren vereinbarten HbA1c - Zielwerte erreicht haben	entfällt	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit einer adäquaten Blutzuckereinstellung; maximal einmal pro Jahr	11	
Information des Versicherten bei auffälligem Fußstatus (diabetisches Fußsyndrom)	entfällt	Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Fuß Möglichkeiten der Mitbehandlung in diabetischen Fußambulanzen o.ä. (evtl. regionale Infos, Adressen)	12	
Hoher Anteil an jährlichen augenärztlichen Untersuchungen	entfällt	Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Auge, Notwendigkeit der jährlichen augenärztlichen Untersuchung; maximal einmal pro Jahr	0	
Sicherstellung der regelmässigen Teilnahme des Versicherten (Fehlende Folgedokumentationen)	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entspr. dem dokumentierten Doku-Zeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten. <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90 % über die gesamte Programmlaufzeit	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arztbesuche	2.170	
Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr	1	
Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anteil der verordneten Schulungen, die abgerechnet worden sind. <u>Zielwert:</u> 85 %.	Auswertung im Qualitätsbericht.	Es kann keine Auswertung erfolgen, da die Abrechnungsdaten des II. Quartal 2012 derzeit nicht vorliegen und geprüft werden können.	
Sicherstellung der regelmässigen Teilnahme (Fehlende Dokumentationen) aus Musterbehandlungsprogramm	entfällt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arztbesuche	89	96,22%
Wahrnehmung empfohlener Schulungen aus Musterbehandlungsprogramm	entfällt	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr	0	

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP- Referent

Bei den relevanten Zielwerten wurde eine Verbesserung der Prozentzahl von 96,22 % auf 95,57 % erreicht.

Tabelle 14 a-h: KV spezifische Übersicht über QS Merkmale, Prüfroutinen, Auslöser, Maßnahmenkatalog und Zielerreichung der BAHN-BKK für Teilnehmerinnen am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 -bundesweite Auswertung KV bezogen- (Stand: 30.06.2012).

Bei den vorgegeben Zielen versucht die BAHN-BKK über die Vorgaben hinaus weitere Zielindikatoren und Parameter zu kontrollieren. Z.B. die Qualitätssicherung Reduktion des Anteils der übergewichtigen Patienten –Bewegung und Ernährung-

Im laufenden Berichtszeitraum beträgt die Anzahl der ausgewerteten Teilnehmer 1.256. Im vorhergehenden Berichtszeitraum wurden 1.173 Teilnehmer ausgewertet.

1.) Tabelle 14a: Qualitätssicherung Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellentgleisungen

KV- Bezirk		Anzahl ausgewerteter Teilnehmer	Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellentgleisungen	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	40	0	0,00
2	Hamburg	40	0	0,00
3	Bremen	6	0	0,00
17	Niedersachsen	84	0	0,00
20	Westfalen-Lippe	103	0	0,00
38	Nordrhein	71	0	0,00
51	Rheinland-Pfalz	58	0	0,00
46	Hessen	56	0	0,00
47	Koblenz	0	0	0
48	Rhein Hessen	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	0	0
60	Südbaden	0	0	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	0	0
52	Baden-Württemberg	52	0	0,00
71	Bayern	137	0	0,00
72	Berlin	98	0	0,00
73	Saarland	0	0	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	51	0	0,00
83	Brandenburg	137	0	0,00
88	Sachsen-Anhalt	120	0	0,00
93	Thüringen	58	0	0,00
98	Sachsen	145	0	0,00
		0	0	0
Gesamtergebnis		1.256	0	0,00

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP- Referent

2.) Tabelle 14b: Qualitätssicherung Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte

	KV- Bezirk	Anzahl ausgewerteter Teilnehmer	Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	40	0	0,00
2	Hamburg	40	3	7,50
3	Bremen	6	0	0,00
17	Niedersachsen	84	1	1,19
20	Westfalen-Lippe	103	1	0,97
38	Nordrhein	71	0	0,00
51	Rheinland-Pfalz	58	1	1,72
46	Hessen	56	4	7,14
47	Koblenz	0	0	0
48	Rheinhessen	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	0	0
60	Südbaden	0	0	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	0	0
52	Baden-Württemberg	52	0	0,00
71	Bayern	137	6	4,38
72	Berlin	98	0	0,00
73	Saarland	0	0	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	51	1	1,96
83	Brandenburg	137	3	2,19
88	Sachsen-Anhalt	120	3	2,50
93	Thüringen	58	6	10,34
98	Sachsen	145	3	2,07
		0	0	0
Gesamtergebnis		1.256	32	2,55

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP-Referent

3.) Tabelle 14c: Qualitätssicherung Hoher Anteil von Patienten, die ihren vereinbarten HbA1c - Zielwert erreicht haben

KV- Bezirk		Anzahl ausgewerteter Teilnehmer	Hoher Anteil von Patienten, die ihren vereinbarten HbA1c - Zielwert erreicht haben	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	40	2	5,00
2	Hamburg	40	1	2,50
3	Bremen	6	0	0,00
17	Niedersachsen	84	2	2,38
20	Westfalen-Lippe	103	0	0,00
38	Nordrhein	71	1	1,41
51	Rheinland-Pfalz	58	0	0,00
46	Hessen	56	0	0,00
47	Koblenz	0	0	0
48	Rheinhessen	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	0	0
60	Südbaden	0	0	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	0	0
52	Baden-Württemberg	52	0	0,00
71	Bayern	137	1	0,73
72	Berlin	98	0	0,00
73	Saarland	0	0	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	51	0	0,00
83	Brandenburg	137	3	2,19
88	Sachsen-Anhalt	120	0	0,00
93	Thüringen	58	1	1,72
98	Sachsen	145	0	0,00
		0	0	0
Gesamtergebnis		1.256	11	0,88

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP-Referent

4.) Tabelle 14d: Qualitätssicherung Information der Versicherten beim auffälligen Fußstatus

KV- Bezirk		Anzahl ausgewerteter Teilnehmer	Information der Versicherten bei auffälligem Fußstatus	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	40	3	7,50
2	Hamburg	40	2	5,00
3	Bremen	6	0	0,00
17	Niedersachsen	84	4	4,76
20	Westfalen-Lippe	103	0	0,00
38	Nordrhein	71	0	0,00
51	Rheinland-Pfalz	58	0	0,00
46	Hessen	56	0	0,00
47	Koblenz	0	0	0
48	Rhein Hessen	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	0	0
60	Südbaden	0	0	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	0	0
52	Baden-Württemberg	52	0	0,00
71	Bayern	137	2	1,46
72	Berlin	98	0	0,00
73	Saarland	0	0	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	51	0	0,00
83	Brandenburg	137	0	0,00
88	Sachsen-Anhalt	120	0	0,00
93	Thüringen	58	1	1,72
98	Sachsen	145	0	0,00
		0	0	0
Gesamtergebnis		1.256	12	0,96

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP-Referent

5.) Tabelle 14e: Qualitätssicherung Hoher Anteil an jährlichen augenärztlichen Untersuchungen

KV- Bezirk		Anzahl ausgewerteter Teilnehmer	Hoher Anteil an jährlichen augenärztlichen Untersuchungen	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	40	0	0,00
2	Hamburg	40	0	0,00
3	Bremen	6	0	0,00
17	Niedersachsen	84	0	0,00
20	Westfalen-Lippe	103	0	0,00
38	Nordrhein	71	0	0,00
51	Rheinland-Pfalz	58	0	0,00
46	Hessen	56	0	0,00
47	Koblenz	0	0	0
48	Rheinhausen	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	0	0
60	Südbaden	0	0	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	0	0
52	Baden-Württemberg	52	0	0,00
71	Bayern	137	0	0,00
72	Berlin	98	0	0,00
73	Saarland	0	0	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	51	0	0,00
83	Brandenburg	137	0	0,00
88	Sachsen-Anhalt	120	0	0,00
93	Thüringen	58	0	0,00
98	Sachsen	145	0	0,00
		0	0	0
Gesamtergebnis		1.256	0	0,00

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP-Referent

6.) Tabelle 14f: Qualitätssicherung Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten

KV- Bezirk		Anzahl ausgewerteter Teilnehmer	Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	40	3	7,50
2	Hamburg	40	1	2,50
3	Bremen	6	0	0,00
17	Niedersachsen	84	10	11,90
20	Westfalen-Lippe	103	15	14,56
38	Nordrhein	71	16	22,54
51	Rheinland-Pfalz	58	3	5,17
46	Hessen	56	2	3,57
47	Koblenz	0	1	0
48	Rhein Hessen	0	0	0
49	Pfalz	0	2	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	1	0
60	Südbaden	0	0	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	0	0
52	Baden-Württemberg	52	1	1,92
71	Bayern	137	7	5,11
72	Berlin	98	0	0,00
73	Saarland	0	4	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	51	1	1,96
83	Brandenburg	137	4	2,92
88	Sachsen-Anhalt	120	6	5,00
93	Thüringen	58	2	3,45
98	Sachsen	145	4	2,76
		0	0	0
Gesamtergebnis		1.256	83	6,61

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP-Referent

7.) Tabelle 14g: Qualitätssicherung Wahrnehmung empfohlener Schulungen

KV- Bezirk		Anzahl ausgewerteter Teilnehmer	Wahrnehmung empfohlener Schulungen	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	40	0	0,00
2	Hamburg	40	0	0,00
3	Bremen	6	0	0,00
17	Niedersachsen	84	1	1,19
20	Westfalen-Lippe	103	0	0,00
38	Nordrhein	71	0	0,00
51	Rheinland-Pfalz	58	0	0,00
46	Hessen	56	0	0,00
47	Koblenz	0	0	0
48	Rhein Hessen	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	0	0
60	Südbaden	0	0	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	0	0
52	Baden-Württemberg	52	0	0,00
71	Bayern	137	0	0,00
72	Berlin	98	0	0,00
73	Saarland	0	0	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	51	0	0,00
83	Brandenburg	137	0	0,00
88	Sachsen-Anhalt	120	0	0,00
93	Thüringen	58	0	0,00
98	Sachsen	145	0	0,00
		0	0	0
Gesamtergebnis		1.256	1	0,08

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP-Referent

8.) Tabelle 14h: Qualitätssicherung Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen

KV- Bezirk		Anzahl ausgewerteter Teilnehmer	Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	40	0	0,00
2	Hamburg	40	0	0,00
3	Bremen	6	0	0,00
17	Niedersachsen	84	0	0,00
20	Westfalen-Lippe	103	0	0,00
38	Nordrhein	71	0	0,00
51	Rheinland-Pfalz	58	0	0,00
46	Hessen	56	0	0,00
47	Koblenz	0	0	0
48	Rheinhausen	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	0	0
60	Südbaden	0	0	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	0	0
52	Baden-Württemberg	52	0	0,00
71	Bayern	137	0	0,00
72	Berlin	98	0	0,00
73	Saarland	0	0	0
78	Mecklenburg-Vorpommern	51	0	0,00
83	Brandenburg	137	0	0,00
88	Sachsen-Anhalt	120	0	0,00
93	Thüringen	58	0	0,00
98	Sachsen	145	0	0,00
		0	0	0
Gesamtergebnis		1.256	0	0,00

Quelle: Serviceteam Controlling, besonders geschulte Kassenmitarbeiter der RGS` en Nord-Ost; Mitte-Ost, Süd, Nord-West und Mitte-West sowie dem VIP- KC, Prüfroutine Fa. Comline und DMP-Referent

15 Evaluation

Zu den Maßnahmen zur Qualitätssicherung der DMP gehört auch die durch die RSAV zwingend vorgeschriebene, unabhängige **Evaluation**.

Die Evaluation ist eine wissenschaftliche Untersuchung und Bewertung der verschiedenen DMP auf ihre Wirksamkeit. Untersucht werden sowohl die medizinischen Erfolge der DMP, die ökonomischen Auswirkungen wie auch deren gegenseitige Abhängigkeit.

Evaluert wird durch unabhängige, wissenschaftliche Institute. Für die Betriebskrankenkassen ist MNC (Medical Net Care GmbH) in Münster beauftragt.

Diese Evaluation muss die BAHN-BKK für die Verlängerung der Akkreditierung ihrer DMP dem BVA gegenüber nachweisen. Das BVA hat hierzu nach §28g Abs. 2 RSAV die Kriterien vorzugeben.

Das Evaluationskonzept sieht bis zum 01. April 2008 zwei Zwischenberichte und einen Abschlussbericht vor. Der Evaluator erstellt diese Berichte auf der Grundlage der Datenlieferung von den **Datenstellen/ Gemeinsamen Einrichtungen** (a-Daten) und den Krankenkassen (Versichertenstammdaten und Leistungsdaten). Gegenüber dem Evaluator ist der Versichertenbezug in den Daten immer pseudonymisiert.

Mit der 17. RSAV entfällt die Erstellungspflicht für die Zwischenberichte. Der BKK Bundesverband hat im Namen der Betriebskrankenkassen und in Kooperation mit dem VdAK/AEV und dem IKK Bundesverband die Firma Medical Netcare GmbH aus Münster mit der Durchführung der Evaluation beauftragt. Für die Zusammenstellung der Daten wurde ein eigenes DMP Servicebüro Krankenkasse eingerichtet.

15.1 Kohortenbildung

Um zu statistisch aussagefähigen Ergebnissen zu kommen, müssen Vergleichsgruppen (Kohorten) gebildet werden. Kohorten sind „abgegrenzte Bevölkerungsgruppen mit zeitlich gemeinsamem, längerfristig prägendem Startereignis“ (A. Dieckmann: Empirische Sozialforschung). Im DMP werden demnach alle Versicherten, die in einem bestimmten Halbjahr eingeschrieben wurden (es gilt das Erstunterschriftsdatum auf der zur Einschreibung führenden Erstdokumentation), in einer Kohorte zusammengefasst. Sie bleiben in der Kohorte, solange sie im DMP eingeschrieben sind.

Grundsätzlich bekommt der Evaluator die **eingeschriebenen Versicherten** und die **Kohorte**, in die sie eingeschrieben sind, spätestens drei Monate, nachdem die Kohortenbildung (Halbjahr) abgeschlossen ist, mitgeteilt. Für das BKK-System gibt es darüber hinaus die Besonderheit, dass Evaluationsgruppen aus mehreren Betriebskrankenkassen gebildet werden. Gruppierungsmerkmale sind:

Verträge mit den Leistungserbringern,
Programmmaterialien und –beschreibung
sowie der Dienstleister

Diese Vorgehensweise ist methodisch und ökonomisch sinnvoll, hat aber die Konsequenz, dass für die einzelnen Betriebskrankenkassen keine Evaluationsberichte über ihre Versicherten erstellt werden können.

15.2 Auswertungsdaten

Zu den gemeldeten Versicherten der Kohorten benötigt der Evaluator laufend die **Versichertenstammdaten** und die **Leistungsdaten/ökonomischen** Daten der Versicherten der bisher gemeldeten Kohorten. Die Daten werden nach Auswertungshalbjahren für jede(n) Versicherte(n) aggregiert jeweils neun Monate nach Abschluss des Auswertungshalbjahres an den Evaluator übermittelt.

15.3 Medizinische Daten

Die Bewertung des medizinischen Erfolgs wird aus den medizinischen Angaben der a-Datensätze berechnet. Hier gehen alle Daten aller Versicherten ab der Einschreibung ein. Dabei werden medizinische Ergebnisse der Betreuung erkrankungsspezifisch bewertet, wie zum Beispiel der Anteil der Patienten mit erhöhtem Blutdruck im DMP Diabetes Typ 2 oder der Anteil der Patientinnen, die eine Chemotherapie erhalten haben, im DMP Brustkrebs. Die medizinischen Dokumentationsdaten werden von den Gemeinsamen Einrichtungen/Datenstellen an den Evaluator übermittelt.

15.4 Ökonomische Daten

Dies sind Daten der Teilnehmer ab 2004 zu ambulanter ärztlicher Behandlung, Krankenhausbehandlung, Arzneimitteln, Dialyse-Sachkosten, Rehabilitation, häuslicher Krankenpflege und Krankengeld. Die Kosten zu Heil- und Hilfsmitteln müssen erst ab 2006 geliefert werden. Die ökonomischen Daten werden im BKK-System aus zusammengeführten Leistungs- und Abrechnungsdaten aus ISKV und BKK InfoNet für eine Stichprobe von Versicherten gewonnen. Zu den ökonomischen Daten gehören auch die Verwaltungskosten. Dieser Wert ist von den BAHN-BKK zu ermitteln. Eine Aufteilung der Kostenarten in die Kostengruppe Verwaltungskosten und die Kosten Qualitätssicherung für die Benennung zur Evaluation wird von den Verbänden zur Verfügung gestellt. Die Angabe der Kosten erfolgt als Durchschnittskosten pro DMP- Patient und Programm ab dem Jahr 2004.

15.5 Ergebnisse aus der Befragung zur Lebensqualität

Im DMP soll auch erforscht werden, ob sich durch die Teilnahme der Versicherten auch deren Lebensqualität verbessert. Hierzu wird eine Befragung für eine Teilmenge der neu eingeschriebenen Versicherten (ab dem zweiten Halbjahr 2006) durchgeführt und alle zwei Jahre wiederholt. Dazu zieht der Evaluator eine Stichprobe aus allen Teilnehmern und schickt die Ergebnisse an die jeweilige Krankenkasse. Die BAHN-BKK muss den Versichertenbezug wieder herstellen (re-pseudonymisieren) und den Fragebogen den Versicherten zum Ausfüllen zuschicken. Die Versicherten wiederum schicken den Fragebogen direkt an den Evaluator zurück. Zur Vereinfachung des gesamten Prozesses werden die Anschreiben zentral versandt. Bei der Lebensqualitätsbefragung DMP-Evaluation (Erstbefragung der Kohorte 2008/2 sowie Wiederholungsbefragung der Kohorte 2006/2) wurden 881 BAHN-BKK Versicherte angeschrieben.

Bei der Lebensqualitätsbefragung DMP-Evaluation (Erstbefragung der Kohorte 2009/2 sowie Wiederholungsbefragung der Kohorte 2009/2) wurden 2.751 BAHN-BKK Versicherte angeschrieben.

In der aktuellen Lebensqualitätsbefragung DMP-Evaluation (Erstbefragung der Kohorte 2009/2 2010/1 sowie Wiederholungsbefragung der Kohorte 2007/1 2010/1) wurden 2.873 BAHN-BKK Versicherte angeschrieben.

Die Verteilung auf die BAHN-BKK MedPlus Programm entnehmen Sie bitte der nachstehenden Tabelle 15.

Tabelle 15: Versand SF 36 Fragebogen Evaluation Diagnoseübersicht 2010

DMP-Programm	Anzahl der Versicherten	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Erstbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2009/2)	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2007/2)	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen zugesandt wurde
Diabetes mellitus Typ 1	1.161	39	0	39
Diabetes mellitus Typ 2	49.812	747	439	1.186
Asthma bronchiale	6.941	273	0	273
COPD	7.686	352	0	352
KHK	23.763	655	328	983
Brustkrebs	984	15	25	40
Gesamt	90.347	2.081	792	2.873

Quelle: DMP Servicebüro Krankenkasse, DMP Koordinator

Tabelle15a: Versand SF 36 Fragebogen Evaluation Diagnoseübersicht 2011

Übersicht Fallzahlen Lebensqualitätsbefragung SF 36 im Herbst 2011 alle Indikationen				
2010	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Erstbefragung zugesandt wurde (Kohorte 20102) Erstbefragung 2010 II	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 20082) 1. Wiederholungsbefragung 2008 II	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 20062) 2. Wiederholungsbefragung 2006 II	Anzahl der Versicherten BAHN-BKK Gesamt
Asthma	560	0	0	560
COPD	607	0	0	607
Diab I	68	61	0	129
BrustCa	27	23	4	54
KHK	865	566	0	1.431
Diab II	1.009	601	173	1.783
Gesamt	3.136	1.251	177	4.564

Quelle: DMP Servicebüro Krankenkasse, DMP Koordinator

Tabelle15b: Versand SF 36 Fragebogen Evaluation Diagnoseübersicht 2011

Übersicht Fallzahlen Lebensqualitätsbefragung SF 36 im 1. Halbjahr 2011 alle Indikationen								
2011	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Erstbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2011 1) Erstbefragung 2011 I	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2009 1) 1. Wiederholungsbefragung 2009 I	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2007 1) 1. Wiederholungsbefragung 2007 I	Anzahl der Versicherten BAHN-BKK Gesamt	Preis lt. Vertrag 1,93 €	Mwst	Summe	
Asthma	615	340	0	955	1.843,15	350,20	2.193,35	
COPD	672	392	0	1.064	2.053,52	390,17	2.443,69	
Diab I	82	63	0	145	279,85	53,17	333,02	
BrustCa	37	46	21	104	200,72	38,14	238,86	
KHK	1.051	329	0	1.380	2.663,40	506,05	3.169,45	
Diab II	1.258	547	596	2.401	4.633,93	880,45	5.514,38	
Gesamt	3.715	1.717	617	6.049	11.674,57	2.218,17	13.892,74	

Quelle: DMP Servicebüro Krankenkasse, DMP- Referent

Tabelle 15c: Versand SF 36 Fragebogen Evaluation Diagnoseübersicht 2012

Übersicht Fallzahlen Lebensqualitätsbefragung SF 36 im 1. Halbjahr 2012 alle Indikationen								
2012	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Erstbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2012 I)	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2009 2) 2. Wiederholungsbefragung 2009 II	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2007) 2. Wiederholungsbefragung 2007 II	Anzahl der Versicherten BAHN-BKK Gesamt	Preis lt. Vertrag 1,93 €	Mwst	Summe	
Asthma	571	364	0	935	1.804,55	342,86	2.147,41	
COPD	772	423	0	1.195	2.306,35	438,21	2.744,56	
Diab I	89	34	0	123	237,39	45,10	282,49	
BrustCa	35	31	42	108	208,44	39,60	248,04	
KHK	1.020	811	528	2.359	4.552,87	865,05	5.417,92	
Diab II	1.068	972	528	2.568	4.956,24	941,69	5.897,93	
Gesamt	3.555	2.635	1.098	7.288	14.065,84	2.672,51	16.738,35	

Quelle: DMP Servicebüro Krankenkasse, DMP- Referent

Die Versicherten werden mit folgendem abgestimmten Brief angeschrieben.

15.5.1 Brief und Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität

<p>Anschrift Versicherte/r</p> <p style="text-align: right;">Briefkopf Kasse</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Strukturiertes Behandlungsprogramm BKK MedPlus für Diabetes mellitus Typ 2</p> <p>Fragebogen zu Ihrer Gesundheit</p> <p>Sehr geehrte/r Herr/Frau Name),</p> <p>Sie nehmen am Strukturierten Behandlungsprogramm BKK MedPlus für Diabetes mellitus Typ 2 teil. Ein wesentliches Ziel unseres Programmes ist die Verbesserung Ihrer Lebensqualität.</p> <p>Dazu ist uns Ihre ganz persönliche Einschätzung Ihres aktuellen Gesundheitszustandes wichtig. Der beiliegende Fragebogen enthält Fragen zu Ihrer körperlichen Fitness, zu auftretenden Beschwerden und zu Ihrem seelischen Befinden. Er ist ein fester Bestandteil Ihres [Programmname] und wird alle zwei Jahre an zufällig ausgewählte Teilnehmerinnen und Teilnehmer verschickt.</p> <p>Wir bitten Sie durch die Beantwortung der Fragen aktiv an einer weiteren Verbesserung des Programms mitzuwirken. Bitte nehmen Sie sich dafür 10 Minuten Zeit und verwenden Sie für die Rücksendung den beiliegenden Freiumschlag.</p> <p>Der Fragebogen geht direkt an das unabhängige Institut MNC – Medical Netcare GmbH, das wir mit der Auswertung beauftragt haben. Dort werden die Bögen unter Beachtung des Datenschutzes ohne Bezug zu Ihrer Person ausgewertet. Ihre Krankenkasse erhält keine Daten aus diesen Bögen.</p>	<p>Sollten Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns einfach an. Wir stehen Ihnen unter oben genannter Telefonnummer [Briefkopf Kasse] gerne zur Verfügung.</p> <p>Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mithilfe.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen</p> <p>[Sachbearbeiter]</p>
--	---

Quelle: DMP Servicebüro Krankenkasse, DMP- Referent

1234567891Pseudonym

Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 36

Selbstbeurteilungsbogen

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.
Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl im Kästchen ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. (Beispiel:)

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Ebenso wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3.a anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.b mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.c Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.d mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.e einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.f sich biegen, knien, bücken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.g mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.h mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.i eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.j sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

123456789123456789123

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.b Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.c Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.d Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
5.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.b Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.c Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

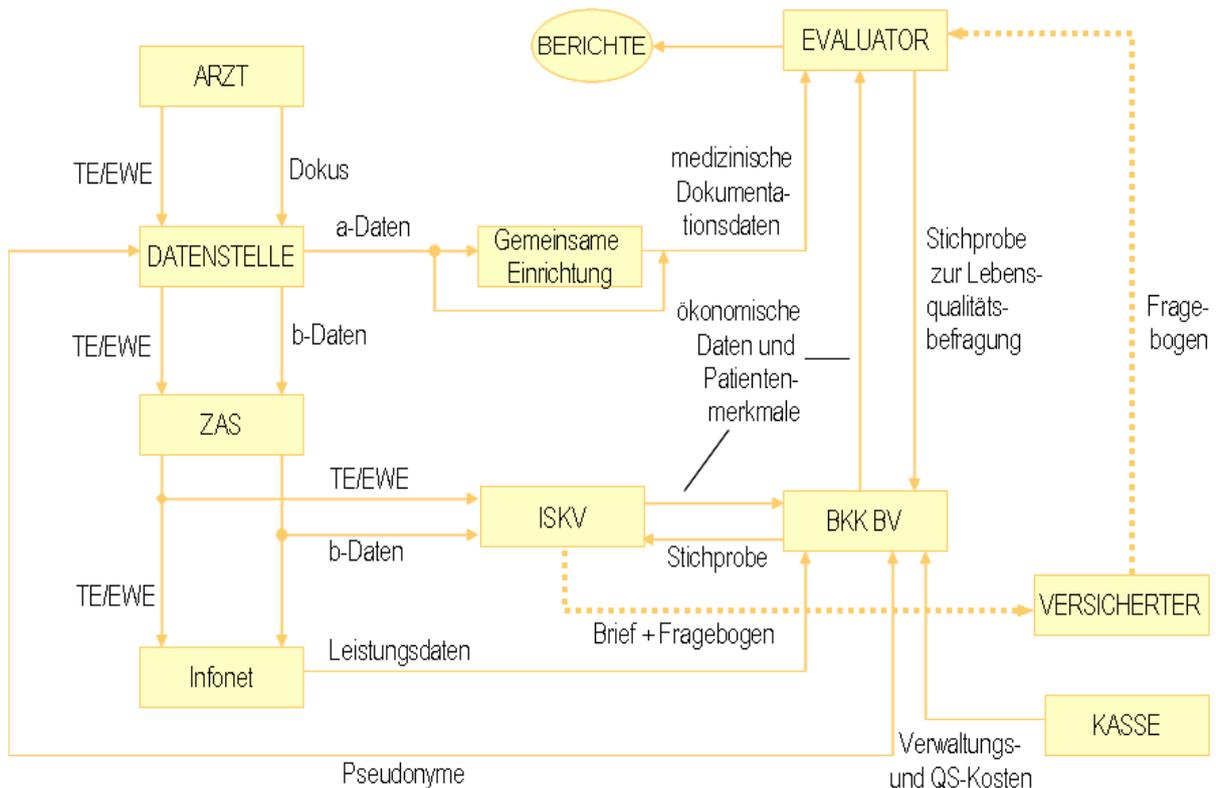
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsfähigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Quelle: DMP Servicebüro Krankenkasse, DMP- Referent

15.5.2 Übersicht Datenfluss Evaluation



Quelle: Folienvorträge der Informationsveranstaltung zur Evaluation beim BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen am 18.10.2006

15.6 Durchführung der Evaluation im BKK System

Die BAHN-BKK hat den BKK Bundesverband mit der Koordinierung der Datenlieferungen an den Evaluator beauftragt. Er übernimmt die Schnittstellenfunktion im Datenverkehr mit dem Evaluator. Ein direkter Datenkontakt zwischen einer Betriebskrankenkasse und dem Evaluator ist nicht vorgesehen. Die an den Evaluator zu liefernden Daten werden für die Betriebskrankenkassen von ISKV erzeugt. Hierfür ist es erforderlich, dass die BAHN-BKK 14-tägig Ihren Bestand an das BKK InfoNet weiterleiten. Da aber neben den Daten aus ISKV noch andere Daten hinzugefügt und die Daten noch pseudonymisiert werden müssen, erfolgt noch ein Zwischenschritt: Der BKK Bundesverband ergänzt und überprüft die Daten aus dem ISKV und leitet sie dann an den Evaluator weiter. Der BKK Bundesverband bietet den Betriebskrankenkassen außerdem an, die Durchführung der Versichertenbefragung zur Lebensqualität zu übernehmen. Wenn von der Betriebskrankenkasse beauftragt, wird der BKK Bundesverband die dafür notwendigen Daten zusammenstellen und den Versand von Anschreiben und Fragebogen an den Versicherten übernehmen. Erste Evaluationsberichte sind bereits erstellt und veröffentlicht worden.

Auch das BVA beteiligt sich an den Auswertungen zur Evaluation (siehe: DMP: Vergleiche und Ergebnisse - Vortrag von Dr. Christian Gawlik, Bundesversicherungsamt).

16 Prüfungen der DMP Versicherungszeiten im RSA durch die Aufsichtsbehörde

16.1 Rechtsgrundlage und Prüfauftrag

Durch die besondere Berücksichtigung der an einem DMP teilnehmenden Versicherten im RSA und der daraus resultierenden Finanzwirkung unterliegen die von der BAHN-BKK gemeldeten DMP- Versichertenzeiten im RSA einer Überprüfung durch die Prüfdienste der Länder und des Bundes. Das Bundesversicherungsamt und seine Prüfdienste sind dabei für die Prüfungen aller bundesunmittelbaren Krankenkassen, also auch der BAHN-BKK, die Landesprüfdienste für die landesunmittelbaren Krankenkassen zuständig.

Der Prüfauftrag ergibt sich aus §266 Abs. 7 Nr. 11 SGB V in Verbindung mit §15a RSAV. In §15a RSAV ist ebenfalls geregelt, dass die Prüfung alle zwei Jahre durchzuführen ist und auf welcher Datengrundlage sie durchzuführen ist.

16.2 Gegenstand der Prüfungen

Geprüft werden jeweils vollständige RSA- Ausgleichsjahre. In den ersten Prüfungen, die vom 16.07. bis zum 30.11.2006 stattfanden, wurden die vollständigen Ausgleichsjahre 2003 und 2004 geprüft.

Im Jahr 2009 vom 25.06 bis 09.07.2009, führte das Bundesversicherungsamt (BVA) eine Prüfung bei der BAHN-BKK zu den Versicherungszeiten und den DMP-Versicherungszeiten für das Jahr 2006 durch.

Die zunächst letzte BVA Prüfung für das Ausgleichjahr 2007 wurde vom 18.04. – 21.04. 2011 durchgeführt.

Zweck der Prüfung ist die Datengrundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) abzusichern, daraus erhält die BAHN-BKK Ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Nun haben wir das Ergebnis der Prüfung erhalten: Dieses lag im vorgegebenen Rahmen des BVA. Somit wurde keine Hochrechnung durchgeführt und es ergaben sich keine finanziellen Auswirkungen bzw. Nachzahlungen für die BAHN-BKK.

Grundlage der Prüfung sind grundsätzlich die dem BVA zuletzt für das Bezugsjahr gemeldete (korrigierte) amtliche Satzart 40 (SA 40) sowie die daraus zu erstellende versichertenbezogene Satzart 40P für das zu Prüfende Ausgleichsjahr. Geprüft werden alle für die Teilnahme eines Versicherten notwendigen Unterlagen. Die Prüfung findet nicht für den vollständigen Versichertenbestand statt. Vielmehr wird aus der Satzart 40P eine Zufallsstichprobe gezogen.

16.3 Durchführung der Prüfungen

Das Verfahren der Prüfung sieht vor, dass die Prüfdienste für jede(n) Versicherte(n) der Stichprobe den bis zum zu prüfenden Ausgleichjahr vollständigen Fallverlauf prüfen.

16.4 Mitteilung des Prüfergebnisses

Die mit der Prüfung nach §274 SGB V befassten Stellen melden die Prüfergebnisse entsprechend §15a Abs.1 S.5 RSAV an das Bundesversicherungsamt und den Spitzenverband der betroffenen Krankenkasse.

Die Prüfdienste benennen und belegen die von ihnen festgestellten Fehler gegenüber der BAHN-BKK.

Hierbei wird der BAHN-BKK auch die Möglichkeit der Stellungnahme bzw. Diskussion gegeben. Nach Abschluss der Prüfungen erstellt der Prüfdienst einen Prüfbericht. Dieser Bericht wird an die geprüfte BAHN-BKK sowie den für sie zuständigen Spitzenverband und natürlich an das BVA übermittelt. Je nach Höhe der Fehlerquote erfolgt dann eine Korrektur der erhaltenen RSA- Zahlung.

17 Übersicht zum Stand der Gesetzgebung bei den DMP

Tabelle16: . Übersicht zum Stand der Gesetzgebung bei den DMP

RSA- Änderungs- verordnung	Inkrafttreten	Wesentliche Inhalte/Änderungen	Umsetzungszeitpunkt
4. RSAV	01.07.2002	Einführung der DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs	01.07.2002
6. RSAV	01.01.2003	1. Anpassung der Dokumentation zu Diabetes mellitus Typ 2	01.01.2003
7. RSAV	01.05.2003	Medizinische Inhalte zu KHK	01. Mai 2003 (Start der DMP KHK i. d. R. erst zu einem späteren Zeitpunkt, daher sind die Dokumentationsbögen dieser RSAV in der Mehrheit der Programme nicht zur Anwendung gekommen)
9. RSAV	01.03.2004	Medizinische Inhalte zu Diabetes mellitus Typ 1; 2. Anpassung der Dokubögen DM2; 1. Anpassung der Dokubögen KHK; Wegfall der Versichertenunterschrift auf den Dokubögen; Einführung des Quartalsbezugs; Wegfall des Ausschreibekriteriums „Nichteinhaltung zweier Wiedervorstellungstermine“	01.03.2004 01.07.2004 01.07.2004 01.01.2004 Notwendigkeit der Änderung der TE/EWE Einführung zum 01. Juli 2004
11. RSAV	01.01.2005	Medizinische Inhalte zu Asthma bronchiale und COPD;	01.01.2005
12. RSAV	01.09.2005	Überarbeitung der medizinischen Inhalte zu DM2 (ohne Doku)	Übernahme der neuen Anlage 1 spätestens zum 31. Dezember 2005
13. RSAV	01.02.2006	Überarbeitung medizinische Inhalte Brustkrebs (einschl. Doku Änderungen); in den § 28 b–g, die eine Anpassung der TE/EWE notwendig machten	Übernahme der neuen Anlage 3 spätestens zum 31. Mai 2006; Einführung der neuen Dokus zum 01. Juli 2006; Einführung neuer TE/EWE zum 01. September 2006
GKV-WSG	01.04.2007	Verlängerung der Zulassungszeiträume auf fünf Jahre Ein- und Ausschreibung auf der Grundlage der fristgerechten und vollständigen b-Daten Wegfall der Unterschriftenverpflichtung des Arztes auf Folgedokumentationen Ausschreibung des Versicherten bei zwei fehlenden Dokumentationen nur dann, wenn zwei in Folge fehlen.	Für alle Regelungen: 01. April 2007
17. RSAV	01. April 2008 bzw. 01.07.2008	Neue TE/EWE (indikationsübergreifend, indikationsspezifisch). Einführung der verpflichtenden elektronischen Dokumentation. Neue Dokumentationen für alle Indikationen außer Brustkrebs. Aufhebung der Datensatztrennung a- und b-Daten. Übermittlung der Daten mit Leistungserbringerbezug. Wegfall der QS Berichte gegenüber den Prüfdiensten. Wegfall der Zwischenberichte für die Evaluation	ab 01. April 2008 ab 01. Juli 2008, für Brustkrebs ab 01.07.2009
VÄndG	01.07.2008	Wegfall des Arztwechselprozesses Neue Kennzeichnung für i.V.	
18. RSAV	19.11.2008	Die Übermittlungsfrist für Folgedokumentationen aus dem 3. Quartal um ein Quartal verlängert; fehlende (und ungültig erstellte) Folgedokumentationen aus dem 3. Quartal bei der Betrachtung von zwei fehlenden Dokumentationen in Folge unbeachtet bleiben	Rückwirkend für das 3. Quartal 2008
20. RSAV	01.07.2009	Überarbeitung der medizinischen Inhalte zu Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie KHK Einführung Modul Herzinsuffizienz bei KHK	
23. RSAV	17.12.2010	Der derzeitige Vorschlag zur 23. RSA-ÄndV sieht eine Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für einzelne Datenbestände vor - Daten aus 2003 Verlängerung um 2 Jahre - Daten aus 2004 Verlängerung um 1 Jahr Nur Übergangsregelung Ziel: Zweckgebundene, unterschiedliche Aufbewahrungsfristen	
Versorgungsstrukturgesetz (VStG)	01.01.2012	Durch das Versorgungsstrukturgesetz treten zum 01.01.2012 folgende Änderungen für die DMP in Kraft: - DMP-Inhalte werden als Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erlassen - Unterschrift auf der Erstdokumentation entfällt - QS-Berichte werden Vorlagepflicht beim BVA - Zulassungen werden unbefristet erteilt	Ab 01.01.2012 bzw. nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinie des G-BA
DMP-RL DMP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Indikationen Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs	19.07.2012	Aktualisierte Anforderungen der DMP Asthma (ab 5 Jahre), COPD und Brustkrebs	01.01.2012
DMP-RL Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Aufbewahrungsfristen der DMP-Daten	vsl. Okt. 2012	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.07.2012 zur Aufbewahrungsrichtlinie	01.01.2012

Quelle: BKK BV Handbuch, DMP- Referent

Richtlinien und RSA-Änderungsverordnungen zum Thema DMP

19. Jul. 2012	<u>DMP-RI</u>	Aktualisierung der Anforderungen als G-BA Richtlinie zu Asthma (ab 5 Jahre) COPD und Brustkrebs
17. Dez. 2010	<u>23. RSA-ÄndV</u>	Übergangsregelung zur weiteren Aufbewahrung von DMP-Daten Löschungsfrist
1. Jul. 2009	<u>20. RSA-ÄndV</u>	Modul Chronische Herzinsuffizienz Aktualisierung der Anlagen (Doku) zu Diabetes mellitus Typ 2, Typ 1 und KHK
19. Nov. 2008	<u>18. RSA-ÄndV</u>	Doku III. Quartal 2008 Fristverlängerung für Übermittlung um ein Quartal
1. Apr. 2008	<u>17. RSA-ÄndV</u>	diagnoseübergreifende elektronische Dokumentation (außer Brustkrebs) BK ab 1.7.2009 elektronisch
1. Apr. 2007	<u>GKV-WSG</u>	"Entbürokratisierung" Artikel 38
1. Feb. 2006	<u>13. RSA-ÄndV</u>	Überarbeitung Brustkrebs
1. Sep. 2005	<u>12. RSA-ÄndV</u>	Überarbeitung Diabetes mellitus Typ 2
1. Jan. 2005	<u>11. RSA-ÄndV</u>	Teil 1: Asthma Teil 2: COPD
1. Mrz. 2004	<u>9. RSA-ÄndV</u>	Diabetes mellitus Typ 1 2. Anpassung Doku Diabetes mellitus Typ 2 1. Anpassung Doku KHK
1. Mai. 2003	<u>7. RSA-ÄndV</u>	koronare Herzkrankheit (KHK)
1. Jan. 2003	<u>6. RSA-ÄndV</u>	1. Anpassung Doku Diabetes mellitus Typ 2
1. Jul. 2002	<u>4. RSA-ÄndV</u>	Diabetes mellitus Typ 2 Brustkrebs

Quelle: KBV Dezernat 7 RSAV Zeitleiste

Beschlüsse des G-BA zu den DMP- Programmen

The screenshot shows a web browser window displaying the G-BA website. The page title is 'Beschlüsse zu "Disease-Management- Programme"'. Below the title, there are navigation tabs: 'Beratungsthemen', 'Beschlüsse', 'Richtlinien', 'Abschlussberichte', 'Frühe Nutzenbewertung (§ 35a SGB V)', and 'Aufträge/Expertisen'. The 'Beschlüsse' tab is selected. Below the navigation, there is a section for 'Auswahl nach Unterausschuss und Aufgabenbereich' with two dropdown menus: 'Sektorenübergreifende Versorgung' and 'Disease-Management- Programme'. Below this, there is a table with the following columns: 'Thema des Beschlusses', 'Beschlussdatum', and 'Inkrafttreten'.

Thema des Beschlusses	Beschlussdatum	Inkrafttreten
Einsetzung eines neuen Unterausschusses gemäß § 18 Abs. 1 der Geschäftsordnung sowie der Umbenennung des Unterausschusses Sektorenübergreifende Versorgung	21.06.2012	mit Beschlussdatum
Ermittlung der stellungnahmeberechtigten wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu Richtlinien nach § 137f SGB V	25.04.2012	
Bauftragung des IQWiG zur Literaturrecherche zur Aktualisierung der DMP COPD, Brustkrebs sowie Asthma bronchiale	15.03.2012	mit Beschlussdatum
Richtlinie zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-RI)	16.02.2012	noch nicht in Kraft
DMP Asthma bronchiale (Aktualisierung Anlagen 9 und 10)	21.07.2011	mit Beschlussdatum

18 Arztbezogener Qualitätssicherungsbericht der Gemeinsamen Einrichtungen

Die Vertragspartner haben sich als „Gemeinsame Einrichtung“ zusammenschlossen. Diese übernimmt entsprechend der RSAV die arztbezogene Qualitätssicherung. Basis für diese Qualitätssicherung sind unter anderem die Dokumentationen, die die teilnehmenden DMP Ärzte regelmäßig für ihre im DMP eingeschriebenen Patienten erstellen.

Zur Qualitätssicherung gehört unter anderem die Erstellung der KV- und Arztbezogenen QS Berichte: Die KV bezogenen QS- Berichte werden je Indikation öffentlich dargestellt.

Die Qualitätsziele sind im Vorfeld mit dem BVA abgestimmt und von diesen autorisiert worden. Die einzelnen Parameter sollen bereits kurz- und mittelfristig nach dem Programmstart mit Hilfe der QS- Berichtes erste Erkenntnisse zur qualitativen Ausrichtung der Programme geben.

18.1 Feedbackberichte für den Arzt

Die „Gemeinsame Einrichtung“ als neutrale Institution bewertet in regelmäßigen Abständen die vom Arzt erstellten Dokumentationsdaten aus und sendet dem DMP-Arzt in Form eines Feedbackberichts zu.

So erfährt Ihr DMP-Arzt vertraulich und ganz individuell für seine Praxis

- Wie viel Prozent der Patienten der Praxis die vorher definierten QS- Ziele erreicht haben
- Welche Patienten die Ziele nicht erreicht haben
- Wo die Arztpraxis hinsichtlich der Zielerreichung im Vergleich zu anderen Praxen steht

Der Feedbackbericht hilft der DMP- Praxis, gemeinsam mit dem DMP Patienten gezielt an der konsequenten Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen zu arbeiten.

Außerdem gibt er Ihrem DMP- Arzt Hinweise zur Optimierung von Behandlungsabläufen. Der Feedbackbericht ist somit ein effektives Instrument zur Verbesserung Ihrer Versorgungsqualität.

18.2 Feedbackberichte für den KV Bereich (am Beispiel der KV Baden-Württemberg)

Auszug aus dem Bericht der GE Baden-Württemberg:

Anbei eine Gegenüberstellung der erreichten Zielwerte der beiden letzten Feedback Berichte.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten anbei den indikationsspezifischen Bericht (Gesamt-GE-Bericht) zum DMP Diabetes mellitus Typ 1, Ausgabe für den Berichtszeitraum 01.07.2010 bis 31.12.2010 (Erstellungstag: 10.04.2011).

Indikationsspezifischer Bericht für die Gemeinsame Einrichtung zum DMP Diabetes mellitus Typ 1

Berichtszeitraum 01.07.2010 bis 31.12.2010
Erstellungstag: 10.04.2011

In diesem Bericht

- **Überblick**
Seite: 1

- **Kernbericht**
Seite: 2 - 4

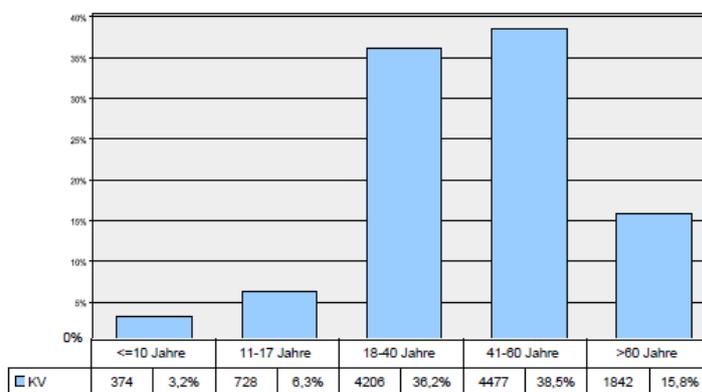
Patienten im Bericht

Kernbericht: 11627 Patienten

Hinweis: Seit DMP-Beginn gingen für 22032 Patienten der KV Dokumentationsbögen in der Berichtsstelle ein. Im Berichtszeitraum vom 01.07.2010 bis 31.12.2010 liegen für 11627 Patienten Dokumentationsbögen vor. Alle diese Patienten wurden im Kernbericht berücksichtigt. (Davon 1220 neue Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 10407 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation).

Altersverteilung

Die Patienten aller Praxen der KV sind durchschnittlich **41** Jahre alt.



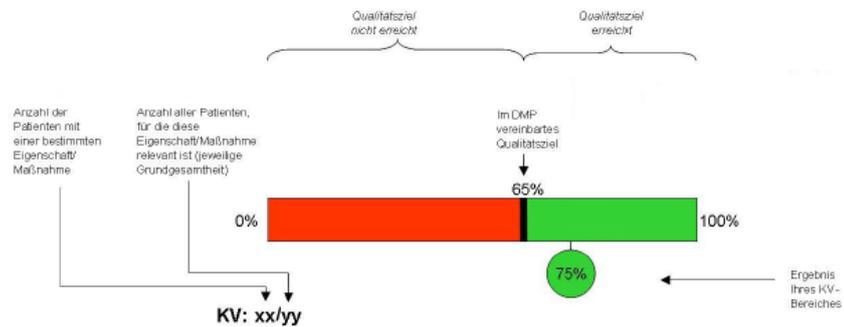
Ergebnisse im Überblick

Auf der Basis der im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele sind die folgenden Ergebnisse erreicht worden.

Thema	Ziel nicht erreicht	Ziel erreicht
Hypoglykämie		✓
Notfallmäßige stat. Behandlung		✓
Diab. Fuß	!	
Blutdruck		✓
HbA1c	!	
Albumin	!	
Nierenfunktion		✓
Sensibilität	!	
Pulsstatus	!	
Fußstatus	!	
TAH	!	
Diab.Schulung	!	
Hyp.Schulung	!	

Kernbericht

Erklärung



Hypoglykämie

Qualitätsziel

Weniger als 15% der Patienten mit schweren Hypoglykämien bei Betrachtung der letzten zwölf Monate des DMP

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmedauer am DMP



Notfallmäßige stationäre Behandlung

Qualitätsziel

Weniger als 2% der Patienten mit einer oder mehr stationären Behandlungen wegen Diabetes bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP



Diabetischer Fuß

Qualitätsziel

Mindestens 75% der Patienten mit Mitbehandlung durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit auffälligem Fußstatus (und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D)



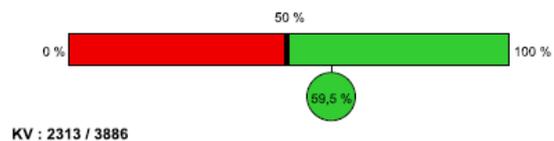
Blutdruck

Qualitätsziel

Mindestens 50% der Patienten mit bekannter oder neu aufgetretener Hypertonie mit normotensiven Blutdruckwerten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit Hypertonie



Kernbericht

HbA1c-Wert

Qualitätsziel

Höchstens 10% der Patienten, mit einem HbA1c-Wert von $\geq 8,5\%$

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten



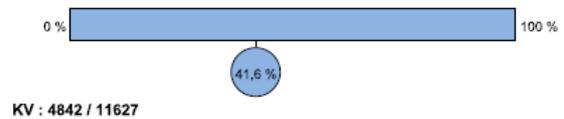
HbA1c- Zielwert

Qualitätsziel

Hoher Anteil von Patienten, die den individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten



Albumin-ausscheidung

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Bestimmung der Albumin-Ausscheidungsrate in den letzten 12 Monaten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 11 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten und ohne bereits bestehende Nephropathie



Nierenfunktion

Qualitätsziel

Mindestens 80% aller Patienten mit Bestimmung des Serum-Kreatininwertes spätestens 9 Monate nach erstmaliger Dokumentation einer pathologischen Albuminausscheidung

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 11 Jahren mit einer pathologischen Albuminausscheidung in mindestens zwei vorangegangenen Dokumentationen



Sensibilitätsprüfung

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Prüfung der Sensibilität in den letzten 12 Monaten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten



Kernbericht

Peripherer Pulsstatus

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Erhebung des peripheren Pulsstatus in den letzten 12 Monaten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindesten 12 Monaten



KV : 6855 / 7735

Fußstatus

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Erhebung des Fußstatus in den letzten 12 Monaten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindesten 12 Monaten



KV : 6921 / 7735

Thrombozytenaggregationshemmer

Qualitätsziel

Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers bei mindestens 80% aller Patienten mit Makroangiopathie

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit AVK/KHK/Schlaganfall, Herzinfarkt, Amputation bei denen keine Kontraindikation vorliegt



KV : 593 / 861

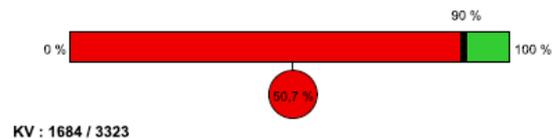
Diabetes-Schulung

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Teilnahme an einer Diabetes-Schulung

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten denen laut der letzten Dokumentation die Teilnahme an einer Diabetes-Schulung empfohlen wurde



KV : 1684 / 3323

Hypertonie-Schulung

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Teilnahme an einer Hypertonie-Schulung

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten denen laut der letzten Dokumentation die Teilnahme an einer Hypertonie-Schulung empfohlen wurde



KV : 63 / 287

Sie erhalten anbei den indikationsspezifischen Bericht (Gesamt-GE-Bericht) zum DMP Diabetes mellitus Typ 1, Ausgabe für den Berichtszeitraum 01.07.2011 bis 31.12.2011 (Erstellungstag: 21.05.2012).

Indikationsspezifischer Bericht für die Gemeinsame Einrichtung zum DMP Diabetes mellitus Typ 1

Berichtszeitraum 01.07.2011 bis 31.12.2011
Erstellungstag: 21.05.2012

In diesem Bericht

- **Überblick**
Seite: 1

- **Kernbericht**
Seite: 2 - 4

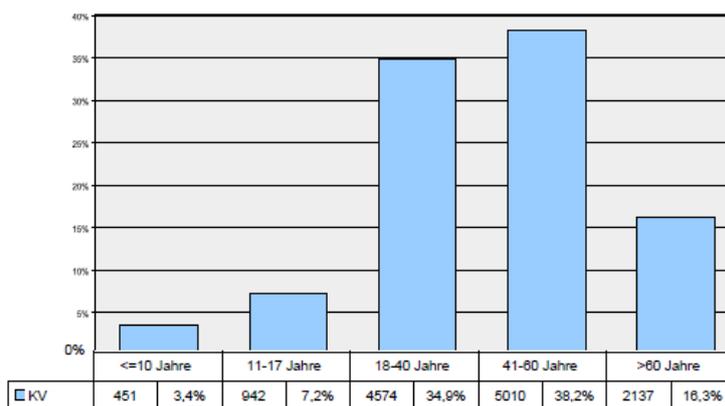
Patienten im Bericht

Kernbericht: 13114 Patienten

Hinweis: Seit DMP-Beginn gingen für 24725 Patienten der KV Dokumentationsbögen in der Berichtsstelle ein. Im Berichtszeitraum vom 01.07.2011 bis 31.12.2011 liegen für 13114 Patienten Dokumentationsbögen vor. Alle diese Patienten wurden im Kernbericht berücksichtigt. (Davon 1221 neue Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 11893 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation).

Altersverteilung

Die Patienten aller Praxen der KV sind durchschnittlich 41 Jahre alt.



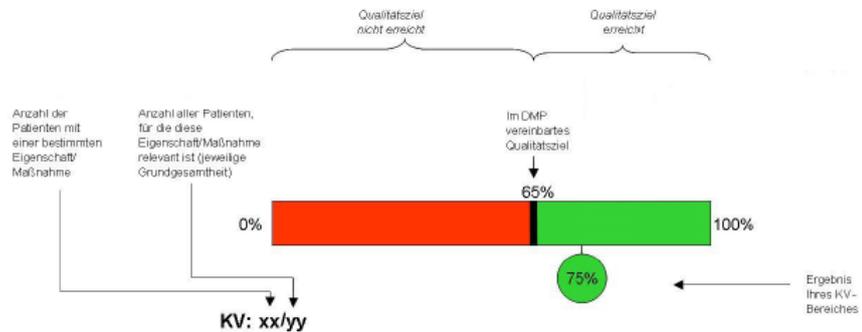
Ergebnisse im Überblick

Auf der Basis der im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele sind die folgenden Ergebnisse erreicht worden.

Thema	Ziel nicht erreicht	Ziel erreicht
Hypoglykämie		✓
Notfallmäßige stat. Behandlung		✓
Diab. Fuß	!	
Blutdruck		✓
HbA1c	!	
Albumin	!	
Nierenfunktion		✓
Sensibilität	!	
Pulsstatus	!	
Fußstatus	!	
TAH	!	
Diab.Schulung	!	
Hyp.Schulung	!	

Kernbericht

Erklärung



Hypoglykämie

Qualitätsziel

Weniger als 15% der Patienten mit schweren Hypoglykämien bei Betrachtung der letzten zwölf Monate des DMP

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens zwölf Monaten Teilnahmezeit am DMP



Notfallmäßige stationäre Behandlung

Qualitätsziel

Weniger als 2% der Patienten mit einer oder mehr stationären Behandlungen wegen Diabetes bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmezeit am DMP



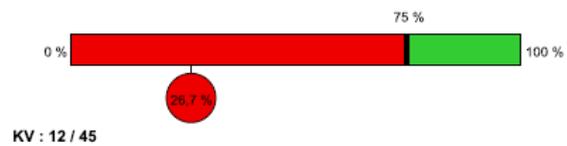
Diabetischer Fuß

Qualitätsziel

Mindestens 75% der Patienten mit Mitbehandlung durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit auffälligem Fußstatus (und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D)



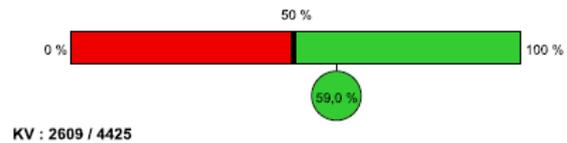
Blutdruck

Qualitätsziel

Mindestens 50% der Patienten mit bekannter oder neu aufgetretener Hypertonie mit normotensiven Blutdruckwerten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit Hypertonie



Kernbericht

HbA1c-Wert

Qualitätsziel

Höchstens 10% der Patienten, mit einem HbA1c-Wert von $\geq 8,5\%$

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten



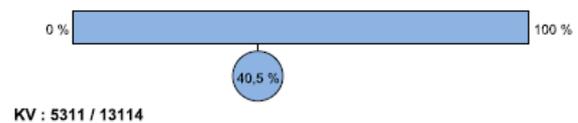
HbA1c- Zielwert

Qualitätsziel

Hoher Anteil von Patienten, die den individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten



Albumin-ausscheidung

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Bestimmung der Albumin-Ausscheidungsrate in den letzten 12 Monaten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 11 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten und ohne bereits bestehende Nephropathie



Nierenfunktion

Qualitätsziel

Mindestens 80% aller Patienten mit Bestimmung des Serum-Kreatininwertes spätestens 9 Monate nach erstmaliger Dokumentation einer pathologischen Albuminausscheidung

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 11 Jahren mit einer pathologischen Albuminausscheidung in mindestens zwei vorangegangenen Dokumentationen



Sensibilitäts-prüfung

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Prüfung der Sensibilität in den letzten 12 Monaten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindestens 12 Monaten



Kernbericht

Peripherer Pulsstatus

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Erhebung des peripheren Pulsstatus in den letzten 12 Monaten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindesten 12 Monaten



Fußstatus

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Erhebung des Fußstatus in den letzten 12 Monaten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten ab 18 Jahren mit einer DMP-Teilnahmedauer von mindesten 12 Monaten



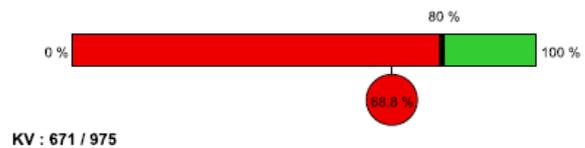
Thrombozytenaggregationshemmer

Qualitätsziel

Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers bei mindestens 80% aller Patienten mit Makroangiopathie

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit AVK/KHK/Schlaganfall, Herzinfarkt, Amputation bei denen keine Kontraindikation vorliegt



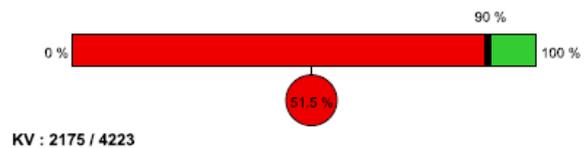
Diabetes-Schulung

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Teilnahme an einer Diabetes-Schulung

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten denen laut der letzten Dokumentation die Teilnahme an einer Diabetes-Schulung empfohlen wurde



Hypertonie-Schulung

Qualitätsziel

Mindestens 90% aller Patienten mit Teilnahme an einer Hypertonie-Schulung

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten denen laut der letzten Dokumentation die Teilnahme an einer Hypertonie-Schulung empfohlen wurde



19 Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung des DMP BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 in allen KV Bereichen bereits in den ersten Jahren positive Akzente gesetzt hat.

Steigende Patientenzahlen belegen die grundsätzlich positive Resonanz auf das strukturierte Behandlungsprogramm. Auch innerhalb der Ärzteschaft gewinnt das DMP-Programm im allen KV Bereichen an Akzeptanz.

Es konnte auf gute, bereits etablierte Versorgungsstrukturen aufbauen, die durch den regionalen DMP- Vertrag gesichert werden konnten.

Generell kann festgestellt werden, dass zu Anfang eher gut eingestellte PatientenInnen zur Teilnahme motiviert werden konnten. Mit längerem Programmverlauf wurden immer mehr PatientenInnen eingeschrieben, bei deren Behandlung ein Verbesserungsverlauf festzustellen war.

Zahlreiche teilnehmende DMP- Ärzte berichten darüber, dass Diabetespatienten konsequenter leitliniengerecht behandelt würden. Insbesondere im Bereich der Patientenschulungen konnte durch das DMP das Angebot deutlich verbessert werden, so dass jetzt ein flächendeckendes Angebot für die KundenInnen besteht, die im DMP erstmalig einen gesetzlich verbrieften Anspruch hierauf haben.

Große Schwierigkeiten zeichneten sich zwar insbesondere in der Anfangsphase im Bereich der Datenverarbeitung ab. Diese Hürden konnten jedoch zwischenzeitlich dank einer engen Zusammenarbeit der beteiligten Vertragspartner weitgehend abgebaut werden.

Auch hier beteiligte sich die BAHN BKK an der Optimierungsarbeit, stellte sich als Pilotkasse zur Verfügung und BAHN-BKK Mitarbeiter für Projektgruppenarbeit ab, um die Verfahrensabläufe zu definieren und den Datenfluss zum Wohle der Versicherten zu optimieren. Durch weitere gesetzliche Änderungen wurde das DMP entbürokratisiert. Ab dem 16.07.2012 ist das neue ZAS Konzept in Kraft getreten und wird den Datenfluss sowie die Datenqualität optimieren.

Die vereinbarten Qualitätsziele hinsichtlich der medizinischen Versorgung sind bis auf wenige Ausnahmen alle erreicht worden. Mit DMP- Einführung ist parallel das Schulungsangebot für die Patienten ausgeweitet worden mit dem Ziel, allen DMP- Patienten die Teilnahme an Schulungen zu ermöglichen.

Auch wenn die BAHN-BKK genau wie die Gemeinsame Einrichtung hinsichtlich einzelner Punkte für die Zukunft noch Handlungs- bzw. Verbesserungsbedarf sieht, so belegen diese ersten überwiegend positiven Ergebnisse aus dem BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 doch, dass der eingeschlagene

Weg der richtige Weg ist. Diesen Weg gilt es nunmehr zum Wohle der chronisch kranken PatientenInnen aktiv weiter fort- und umzusetzen.

Grundsätzlich bleibt anzumerken, dass wegen fehlender Vergleichsdaten des zurückliegenden Zeitraumes vor dem Start der DMP BAHN-BKK MedPlus nicht mit letzter Gewissheit abgeleitet werden kann, dass die positiven Effekte ausschließlich auf die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme zurückzuführen sind. Hier bleiben die Ergebnisse der Studien bzw. die Ergebnisse der arztbezogenen Qualitätssicherungsberichte abzuwarten.

Die BAHN-BKK begleitet Ihre KundenInnen weiterhin während der Teilnahme am BAHN-BKK MedPlus Programm Diabetes mellitus Typ 1 und möchte, dass Sie zur aktiven Mitarbeit an der Therapie motiviert werden.

Die Qualitätssicherungsberichte der Gemeinsamen Einrichtungen für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 werden im Jahr 2012/ 2013 veröffentlicht werden und ergänzen den Bericht der BAHN-BKK aus Sicht der gemeinsamen Einrichtungen und der Leistungserbringer.

19.1 Häufig an das DMP Team gestellte Fragen

19.1.1 Welche Ergebnisse haben die DMP bisher gebracht?

Die DMP haben die Versorgung der chronisch Kranken deutlich verbessert. Zunächst zeigt sich dies in der Struktur- und Prozessqualität: Es entstanden z.B. mehr Fußambulanz für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom. Es wurden Schulungskapazitäten für Patientenschulungen entwickelt und evaluiert. Trotz der in der St.Vincent- Deklaration von 1989 erhobenen Forderung nach einer jährlichen vollständigen Kontrolle des Augenhintergrundes bei Diabetikern erfolgten diese Untersuchungen noch 2001 bei nur rund jedem dritten Diabetiker. Im BAHN-BKK MedPlus Programm liegt die Quote heute zwischen 70 und 90 %. Auch die Zahl der Patienten, die eine strukturierte Schulung besucht haben, ist aufgrund der DMP deutlich gestiegen. Inzwischen zeigen die Evaluationsdaten für das DMP Diabetes Typ 2, dass dies Verbesserungen sich auch in einem deutlichen Rückgang schwerwiegender Komplikationen niederschlagen.

Bei zunehmender Programmteilnahme sinkt bei eingeschriebenen Diabetikern die Zahl neu aufgetretener Herzinfarkte, Schlaganfälle, Fußamputationen, Erblindungen und diabetischer Nierenerkrankungen. Dies deckt sich auch mit der Auswertung anderer Kassenarten, verglichen mit den Routinedaten von Teilnehmer an den DMP und Nichtteilnehmern.

Die bundesweite Evaluation der Programme hat gezeigt, dass bei Diabetikern mit initial hypertonen Werten der untere (diastolische) Blutdruck im Ausgangszeitraum von zwei Jahren von 79,3 auf 77,7 mmHg gesunken ist. Der obere (systolische) Wert ging von 134,7 auf 131,1 mmHg zurück.

Der Langzeit-Blutzuckerwert (HbA1c) bleibt im Durchschnitt stabil. Sonst steigt er gewöhnlich mit zunehmender Dauer der Erkrankung.

Ähnliche Verbesserungen sind auch in den anderen BAHN-BKK MedPlus Programmen erkennbar.

Schließlich haben die DMP nachweislich auch auf den Umgang der Patienten mit ihrer Erkrankung ausgewirkt. Umfragen belegen, dass sich DMP Teilnehmer besser über ihre Krankheit informiert fühlen, als Nichtteilnehmer und dass sie mehr auf Bewegung und gesunde Ernährung achten. Außerdem verringern die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen die durch die Krankheit hervorgerufene Angst und Unsicherheit.

19.1.2 Wie geht es mit den BAHN-BKK MedPlus Programmen weiter?

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zu Beginn des Jahres 2009 änderten sich die Modalitäten des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen in Deutschland. Davon betroffen sind auch die DMP. Aus dem Gesundheitsfonds erhält auch die BAHN-BKK seit Januar 2009 zur Deckung ihrer Aufwendungen für jeden Versicherten eine Grundpauschale sowie Zuschläge, bei denen Alter, Geschlecht, und eine Reihe von schwerwiegenden und kostenintensiven chronischen Erkrankungen berücksichtigt werden. Für die DMP Teilnehmer bekommt die BAHN-BKK darüber hinaus eine Programmkostenpauschale u.a. zur Deckung der Kosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentationsleistungen- und Koordinationsleistungen im DMP.

Eine systematisch, langfristige und an gesicherten medizinischen Erkenntnissen orientierte Versorgung von chronisch Kranken ist dadurch weiterhin möglich. Von der neuen Finanzierungsmodalitäten dürften Impulse ausgehen, die Qualität der Behandlung im Rahmen der DMP weiter zu verbessern und so langfristig Komplikationen zu vermeiden und hierdurch die Aufwendungen für die Versorgung von chronisch Kranken zu senken. Außerdem wird weiter daran gearbeitet, die Umsetzung der Programme durch weitere Vereinfachungen der Verwaltungsabläufe (z.B. Änderung der Zulassungsdauer der DMP -unbefristete Dauer-) zu erreichen.

Auch für die KundenInnen bleibt die Teilnahme an den BAHN-BKK MedPlus Programmen weiterhin attraktiv, haben sie doch in erster Linie den Nutzen, wenn es gelingt, Folgerkrankungen zu vermeiden.

Das Versorgungsstrukturgesetz ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten und ebenfalls Auswirkungen auf den DMP- Bereich entfaltet. Zunächst sollten die konkreten Vorgaben u.a. des BVA und GKV SV abgewartet werden.

Und hier ein kleiner Ausblick auf das Versorgungsstrukturgesetz:

- Eine entscheidende Änderung ist die Entfristung der DMP- Zulassung. Zur Erlangung der unbefristeten Zulassung ist immer ein Antrag erforderlich. Details zum Verfahren und zum Umfang der Antragsunterlagen

werden die BKK Landesverbände mit dem BVA abstimmen. Aktuell läuft alles noch nach dem bisherigen Verfahren.

- Die Richtlinienkompetenz wird vom BMG auf den G-BA übertragen. Dem BVA wird ein Stellungnahmerecht beim G-BA eingeräumt. Es ist eine Übergangsregelung zum Weiterbestand der RSAV-Regelungen geplant, da die Überführung für alle DMP-Indikationen nicht zeitgleich erfolgen wird. Die Pflicht zur Erstdokumentation bleibt auch bestehen.
- Spannend wird es noch in den Details, wie z.B. die Verpflichtung zur Vorlage der Qualitätsberichte zum 1. Oktober des Folgejahres und insbesondere die rückwirkende Aufhebung der DMP-Zulassung, wenn die Anforderungen des Programms nicht mehr erfüllt oder die Evaluationsberichte und Qualitätsberichte nicht fristgerecht vorgelegt werden. Auch hierzu liegen noch keine Konkretisierungen vor.
- Die Unterschriftenverpflichtung bei der Erstdokumentation entfällt (Wegfall der Versandliste). Das BVA erarbeitet hier bereits eine Umsetzungslösung. Es ist zu berücksichtigen, dass sich mit der Neuregelung Prozessanpassungen in den Datenstellen ergeben werden. Auf die Unterschrift kann somit erst verzichtet werden, wenn die Umprogrammierungen in den Datenstellen abgeschlossen sind. Auf eine entsprechende Kommunikation der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber der Ärzteschaft werden die Landesverbände als Vertragspartner hinwirken.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der neue Vorsitzende, Josef Hecken, will den Entscheidungsprozessen des G-BA Tempo machen, kündigt neue **DMPs** an (Demenz, psychische Krankheiten und Psychotherapie) und will die alten DMPs überprüfen. Letzteres gilt zumindest für die DMP Diabetes. Wenn das kommt, hat es möglicherweise eine verstärkende Wirkung für die Morbiditätsorientierung des RSA.

19.1.3 Wie sehen das BVA und Mitbewerber die Stellung der DMP

Krankheit „managen“ – das ist eine Anforderung, der sich chronisch kranke Menschen Tag für Tag stellen müssen. Diese Anforderung richtet sich aber auch an die betreuenden Ärzte und andere Gesundheitsberufe, damit die „Kette“ notwendiger Behandlungs- und Vorbeugemaßnahmen im Interesse einer langfristig optimalen Versorgungsqualität nicht „abreißt“ und letztlich alle Beteiligten Hand in Hand zusammenwirken. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2002 ein spezielles Gesetz zur Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen – so genannte Disease Management Programme (DMP) – verabschiedet. Damit soll sichergestellt werden, dass die hohen und komplexen Anforderungen an eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige und gut koordinierte medizinische Behandlung chronisch kranker Menschen stets erfüllt werden.

Die Programme zielen auf eine optimale und vorausschauende Therapie dieser Erkrankungen ab, u.a. um schwerwiegende Folgeerkrankungen und Komplikationen möglichst zu vermeiden oder zeitlich hinauszuzögern. So ist etwa der Typ 2 Diabetes eine gut zu beeinflussende Erkrankung – da sind sich die Experten einig. Das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 zielt folglich darauf ab,

- diabetesbedingte Beschwerden (wie Durst, Abgeschlagenheit), Symptome, die auf Nervenschäden beruhen und Über- sowie Unterzuckerungen soweit wie möglich zu vermeiden.
- das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen auf Grund einer gestörten Hirndurchblutung, anderen Gefäßerkrankungen und eine Amputation von Gliedmaßen zu erleiden und an diesen Komplikationen vorzeitig zu sterben, nachhaltig zu reduzieren.
- zu verhindern, dass durch den Diabetes Komplikationen an Augen und Nieren eintreten. Die schlimmste Beeinträchtigung der Augen ist eine schwere Sehbinderung oder gar Erblindung. Bei den Nieren ist es ein Nierenversagen, das mittels Dialyse oder Transplantation behandelt werden muss.
- zu verhindern, dass ein so genanntes diabetisches Fußsyndrom auftritt, bei dem es zu Schäden an den Nerven, Blutgefäßen und/oder Knochen kommt.

Auch dann, wenn eine Begleit- oder Folgeerkrankung bereits eingetreten ist, gilt es, die Grunderkrankung Diabetes gut zu kontrollieren und einem weiteren Fortschreiten bzw. der Ausbildung weiterer Folgeerkrankungen entgegen zu treten. Dazu ist beispielsweise die engmaschige Kontrolle des Blutdrucks und des Blutzuckers durch den Hausarzt, üblicherweise einmal pro Quartal, sowie die mindestens einmal jährlich durchzuführende sorgfältige Untersuchung der Füße notwendig. Hierbei inspiziert der Hausarzt die Füße und das Schuhwerk und überprüft darüber hinaus die Fußpulse und die Sensibilität. Auch diese Untersuchungsergebnisse werden dokumentiert und ggf. wird umgehend an einen entsprechend spezialisierten Arzt im Programm überwiesen.

Anhand der Dokumentation wird letztlich der behandelnde Arzt dazu angehalten, „nichts zu übersehen“. Wie eine „Checkliste“ erhalten die Patienten mit jedem Arztbesuch ihre dokumentierten Behandlungsdaten, deren Nutzung sie zuvor mit ihrer Unterschrift bestätigen. Dabei werden die höchsten datenschutzrechtlichen Anforderungen erfüllt. Der Vorteil dieser Art von „Checkliste“ ist, dass Qualitätsstandards transparent werden, dass sie regelmäßig eingehalten werden und dass ein Abweichen rechtzeitig erkennbar wird.

Auf dieser Grundlage „vereinbaren“ Patient und Arzt regelrecht die gemeinsamen Therapieziele. Dazu gehört einerseits, dass der Arzt die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung und der Labortests beurteilt und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation empfiehlt. Andererseits soll auch der Patient beschreiben, was er sich von der Behandlung erwartet und welchen Einsatz er zu bringen bereit und in der Lage ist, um diese Ziele zu erreichen.

Ein solches Therapieziel kann zum Beispiel lauten, innerhalb des nächsten halben Jahres drei Kilogramm an Gewicht abzunehmen, das Rauchen einzustellen, den Blutdruck um 20 mmHg zu senken und den Zucker so einzustellen, dass der Nüchternwert üblicherweise unter 7,8 mmol/l (= 140 mg/dl) und der Blutzucker nach dem Essen unter 10 mmol/l (= 180 mg/dl) liegt.

Eine Voraussetzung ist hierbei natürlich, dass der Patient über seine Möglichkeiten zunächst umfassend informiert wird. Dies geschieht beispielsweise in den angebotenen Patientenschulungen. Dabei gilt, je zielgerichteter, desto besser. So werden in den jetzt vereinbarten Behandlungsprogrammen erstmals auch gezielte Schulungen für Diabetiker, die außerdem einen Bluthochdruck aufweisen, angeboten.

Ein wesentlicher Beitrag zum Therapieerfolg ist in jedem Fall die Wahrnehmung der regelmäßigen Termine beim behandelnden Arzt, um Probleme rechtzeitig zu erkennen, und Korrekturen in der Behandlung zeitnah vornehmen zu können. In dieser regelmäßigen Teilnahme kann auch ein Schlüssel für dauerhafte Therapietreue und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen liegen. Das kann übrigens auch für ältere und bereits pflegebedürftige Typ 2 Diabetiker sinnvoll und wichtig sein. Auch die Angehörigen oder Pflegepersonen sowie nicht zuletzt der Hausarzt, z.B. im Rahmen seiner regelmäßigen Hausbesuche, können viel dazu beitragen, die Lebensqualität des Betroffenen zu erhalten bzw. zu fördern.

Dr. Christian Graf, Abteilungsleiter Gesundheits- und Versorgungsmanagement, BARMER Ersatzkasse, Wuppertal-Barmen

Der Präsident des BVA zieht für sich folgendes Fazit.

Fazit

Trotz des bestehenden Verbesserungsbedarfs kann die Frage, ob DMP ein Erfolgskonzept für das deutsche Gesundheitssystem ist, nur mit einem Ja beantwortet werden. Denn was erreicht wurde, ist eine weitestgehend flächendeckende und auf einheitlichen, evidenzbasierten Leitlinien beruhende Versorgung von rund sechs Millionen an DMP teilnehmenden Versicherten. Der Qualitätsvergleich zwischen allen DMP basiert auf einheitlichen Vorgaben.

Die Frage, ob die gesetzliche und inhaltliche Ausgestaltung von DMP perfekt ist, stellt sich nicht, denn es liegt in der Natur des Gesundheitswesens mit seinem hohen Grad an Komplexität, dass die hier stetig stattfindenden Entwicklungen auch einen stetigen Anpassungs- und Verbesserungsprozess bedingen.

Es bleibt daher nur festzustellen, dass mit der Einführung von DMP ein Weg eingeschlagen wurde, mit dem Mängel in der Versorgung chronisch Kranker aufgearbeitet werden können. Es werden falsche Versorgungspfade verlassen und die geschaffenen Strukturen zur Fortführung des Optimierungsprozesses genutzt. <<

Dr. Maximilian Gaßner (Präsident des BVA und Kathlen Köhn Referentin BVA (Artikel zu DMP\Kongress Spezial 1_2011 - Auswertung der Fachvorträge und Rückblick auf den Fachkongress 10 Jahre DMP - 10_Oktober 2011)

Ihr DMP Team der BAHN-BKK