Nachweis der Durchführung von versichertenbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahmen

BAHN-BKK MedPlus
Für Ihre Gesundheit.

Bericht im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme für das Krankheitsbild „Koronare Herzkrankheit“ (KHK)

Bundesweiter Bericht über alle KV- Bereiche

September 2013

BAHN-BKK
Zug um Zug - Gesundheit

Vorgelegt von der

BAHN-BKK
Franklinstraße 54
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 Übersicht Stand aktueller befristeter- und unbefristeter Zulassungen bei der BAHN-BKK bei der BAHN-BKK 12

4.5 Strukturierte Dokumentationen, Datenfluss und Datenschutz im BAHN-BKK MedPlus Programm 12

5 Potenzialanalyse 14

6 Notwendige Einschreibeunterlagen zur Teilnahme am DMP 15

6.1 Papiergebundene Dokumentation 18

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 20

6.4 Erstdokumentation anstelle einer Folgedokumentation 20

6.5 Besonderheit Arztwechsel 20

6.6 Arztwechsel unter Vertragsarzt- Änderungsgesetz (VÄndG) 22

6.7 Datenfluss der Dokumentationen bis zur BAHN-BKK (Datenflussbeschreibung) 23

6.7.1 Verarbeitungsweg Datenstelle ZAS- BAHN-BKK 24

6.7.2 Datenfluss von der Akquise bis zur BAHN-BKK 24

6.7.3 Datenfluss bei der BAHN-BKK (vereinfachte Darstellung) 26

6.7.4 Datenfluss der Dokumentationen bei der BAHN-BKK 26

6.8 Datenfluss der Erst- und Folgedokumentation (Aufgabenbeschreibung) .. 27
6.9 Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE EWE) ab 01. Juli 2008 und 01. Juli 2013 28
6.9.1 Abb. 1 Muster einer indikationsübergreifenden Teilnahmeerklärung . 30
6.9.2 Abb. 1 Muster einer indikationsspezifischen Teilnahmeerklärung 31
6.9.3 Abb. 1 Muster einer Erstdokumentation (Korrekturformular einer Datenstelle 32
6.10 Gültige Erstdokumentation 34

7 Übersicht der bei der BAHN-BKK eingegangenen Dokumentationsbögen 36

8 Demographische Struktur der DMP- TeilnehmerInnen 37

9 Informations- und Erinnerungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung der Kontinuität der Versorgung („Reminding“) 40
9.1 Betreuung des Versicherten während der Teilnahme 40
9.2 Maßnahmen der Versichertenbetreuung allgemein 41
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 56
Patienten 56
12.1 Darlegung der Ergebnisse der Auswertungen der BAHN-BKK zu den gestellten Anforderungen des Musterbehandlungsprogramms 57
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) 60

13 Reminding 61

13.1 Ausschreibungen wegen zwei aufeinander folgend fehlender Dokumentationen oder zwei veranlasste empfohlene Schulungen innerhalb von 12 Monaten ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen 61

13.2 Regelungen zu fehlenden Dokumentationen ab dem 01.April 2007.. 61

13.3 Sonderregelung für fehlende Dokumentationen im 3. Quartal 2008 . 61

13.4 Ausschreibemanagement bei der BAHN-BKK 62

13.5 Aktivitäten der BAHN-BKK zur Vermeidung von Ausschreibungen aufgrund zweier aufeinander folgend fehlender Folgedokumentationen. 64

13.6 Ausschreibungen aufgrund weiterer Ausschreibetatbestände 65

13.7 Wiedereinschreibquote nach Ausschreibung aufgrund Ausschreibetatbestände 67

14 Übersicht über die Auslöser, Maßnahmenkatalog und Zielerreichung des BAHN-BKK MedPlus Programm KHK 70

15 Evaluation 78

15.1 Kohortenbildung 78

15.2 Auswertungsdaten 79

15.3 Medizinische Daten 79

15.4 Ökonomische Daten 79

15.5 Ergebnisse aus der Befragung zur Lebensqualität 80

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..... 84

16 Prüfungen der DMP Versicherungszeiten im RSA durch die Aufsichtsbehörde 85

16.1 Rechtsgrundlage und Prüfauftrag 85

16.2 Gegenstand der Prüfungen 85

16.3 Durchführung der Prüfungen..... 86

16.4 Mitteilung des Prüfergebnisses..... 86

16.5 Entwicklung der Programmkostenpauschale 86

17 Übersicht zum Stand der Gesetzgebung bei den DMP 87

18 Arztbezogener Qualitätssicherungsbericht der Gemeinsamen Einrichtungen 91

18.1 Feedbackberichte für den Arzt 91

18.2 Feedbackberichte für den KV Bereich (am Beispiel der KV Baden-Württemberg) 92

19 Einführung des Moduls „Herzinsuffizienz bei KHK 101

19.1 Einführung des Moduls „Herzinsuffizienz bei KHK“ -Allgemeines- .. 101

19.2 Teilnahme am Modul bzw Anwendung des Moduls 102

19.3 Schulungsprogramme 103

19.4 Information der Versicherten und Leistungserbringer..... 103

19.5 Qualitätssicherung des Moduls „Herzinsuffizienz bei KHK..... 104

20 Fazit 104

20.1 Häufig an das DMP Team gestellte Fragen 105

20.1.1 Welche Ergebnisse haben die DMP bisher gebracht?..... 105

20.1.2 Wie geht es mit den BAHN-BKK MedPlus Programmen weiter?106

20.1.3 Wie sehen das BVA und Mitbewerber die Stellung der DMP ... 108

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 Gesetz-

gebers 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:

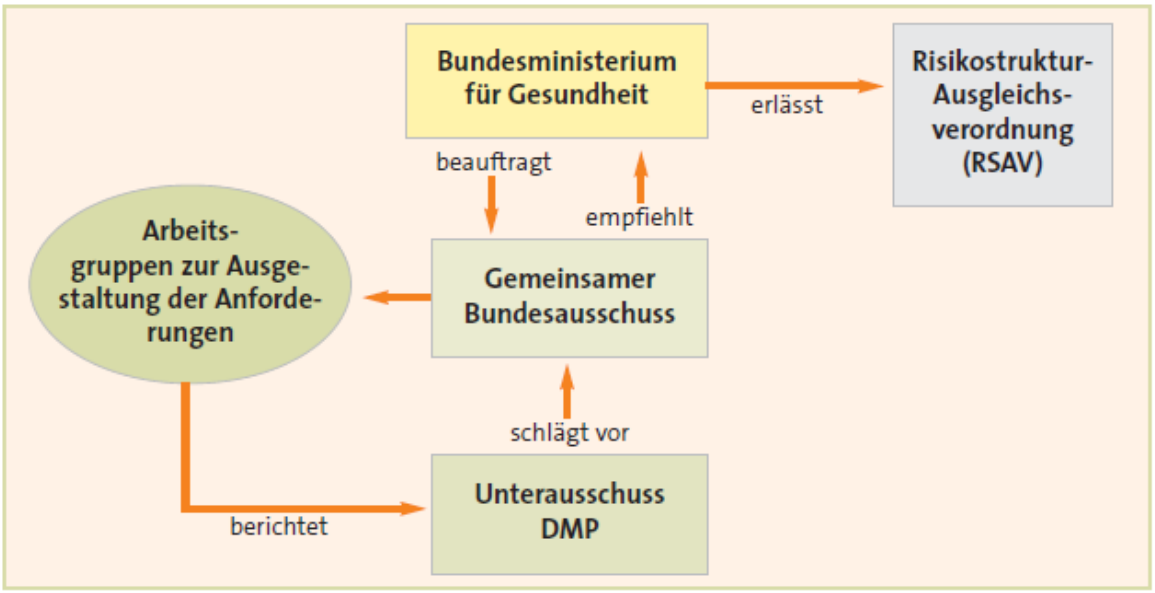
Diabetes mellitus Typ 1; Diabetes mellitus Typ 2; Brustkrebs; koronare Herzerkrankung (mit dem Modul Herzinsuffizienz); Asthma Bronchiale und COPD.

Für die inhaltliche Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme gelten grundsätzliche gesetzliche Vorgaben (§ 137Abs 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 Eingangsdiagnostik, 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, NORDWEST, Bayern, Baden-Württemberg, und Hessen zur Vertragsgestaltung des strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit 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 Koronare Herzerkrankung seit dem Jahre 2004 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 Koronare Herzkrankheit öffentlich dargestellt werden.
Qualitätssicherung bedeutet, die BAHN-BKK begleitet den Kunden während seiner Teilnahme am BAHN-BKK MedPlus Programm Koronare Herzkrankheit.

Dieser Bericht dient somit der Darlegung der versichertenbezogenen Betreuung der teilnehmenden Versicherten und spiegelt den Auswertungszeitraum 01.07.2012 bis zum 30.06.2013 wider. Die Erstellung und Veröffentlichung von Qualitätsberichten wird im jährlichen Abstand erfolgen. Auf Anfrage wird er auch in Papierform versandt.

Der Qualitätsbericht 2012/ 2013 beschäftigt sich mit der Versorgung der Versicherten im BAHN-BKK MedPlus Koronare Herzkrankheit und präsentiert Daten zu den Ergebnissen dieses Programms. Der Qualitätsbericht konzentriert sich dabei insbesondere auf die Frage, ob die im BAHN-BKK MedPlus Koronare Herzkrankheit 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 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 Koronare Herzkrankheit 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 kassenseitigen, versichertenbezogenen Maßnahmen.

Qualitätssicherung bedeutet, die BAHN- BKK begleitet den Kunden während seiner Teilnahme am BAHN-BKK MedPlus Programm Koronare Herzkrankheit.

Gemäß RSAV und dem strukturierten Behandlungsprogramm „BKK MedPlus Koronare Herzkrankheit“ 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 01.07.2012 bis zum 30.06.2013 und entspricht den Besprechungsergebnissen -Anforderungen des Anhang 1- 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 Koronare Herzkrankheit (KHK) 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 KHK-Programme der BAHN-BKK· für die KV Bereiche Hamburg, Westfalen-Lippe, Hessen, Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen Schleswig-Holstein, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein, Koblenz, Rheinhessen, Pfalz, Trier, Nordbaden, Südbaden, Nord- Württemberg, Süd- Württemberg, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt nach §137g SGB V bereits akkreditiert und beschieden.

In einigen KV Bereichen liegen bereits die Re-Akkreditierungsbescheide vor. Für alle KV Bereiche wurden die Gesetzlichen Neuerungen für die Reakkreditierung angewandt.

4.4 Übersicht Stand aktueller befristeter- und unbefristeter Zulassungen bei der BAHN-BKK bei der BAHN-BKK

Übersicht Stand aktueller befristeter- und unbefristeter Zulassungen

DMP	Programm:	ALLE
	Wochenbericht:	18.06.2013
	Herausgeber:	Controlling

Aktuelle Zulassungen in den DMP			DMP Asthma		DMP Diabetes II		DMP KHK		DMP Brustkrebs		DMP Diabetes I		DMP COPD	
KV	RGS	Name der KV	Vertragsart	Zulassung bis	Vertragsart	Zulassung bis	Vertragsart	Zulassung bis	Vertragsart	Zulassung bis	Vertragsart	Zulassung bis	Vertragsart	Zulassung bis
1	NW	Schleswig-Holstein	GD0	unbefristet	GM0	unbefristet	GK0	unbefristet	GA0	unbefristet	GE0	unbefristet	GS0	unbefristet
2	NW	Hamburg	HD0	unbefristet	HM0	unbefristet	HK0	unbefristet	HA0	unbefristet	HE0	unbefristet	HS0	unbefristet
3	NW	Bremen	KD0	unbefristet	KM0	unbefristet	KK0	unbefristet	KA3	unbefristet	KE0	10.05.2016	KS0	unbefristet
17	NW	Niedersachsen	LD0	unbefristet	LM0	unbefristet	LK0	unbefristet	LA3	unbefristet	LE0	unbefristet	LS0	unbefristet
20	NW	Westfalen-Lippe	MD0	unbefristet	MM0	14.07.2016	MK0	unbefristet	MA0	unbefristet	ME0	unbefristet	MS0	unbefristet
38	NW	Nordrhein	ND0	unbefristet	NM0	unbefristet	NK0	unbefristet	NA0	unbefristet	NE0	unbefristet	NS0	unbefristet
51	MW	Rheinland-Pfalz	VD0	unbefristet	>>> KV 47,48,49,50		VK0	13.07.2015	>>> KV 47,48,49,50		VE0	01.02.2016	VS0	unbefristet
46	MW	Hessen	FD0	unbefristet	FM1	unbefristet	FK0	unbefristet	FA1	unbefristet	FE0	unbefristet	FS0	unbefristet
47	MW	Koblenz	>>> KV 51		UM0	01.07.2016	>>> KV 51		UA0	unbefristet	>>> KV 51		>>> KV 51	
48	MW	Rheinhessen	>>> KV 51		WM0	01.07.2016	>>> KV 51		WA0	unbefristet	>>> KV 51		>>> KV 51	
49	MW	Pfalz	>>> KV 51		XM0	01.07.2016	>>> KV 51		XA0	unbefristet	>>> KV 51		>>> KV 51	
50	MW	Trier	>>> KV 51		YM0	01.07.2016	>>> KV 51		YA0	unbefristet	>>> KV 51		>>> KV 51	
55	SÜD	Nordbaden	>>> KV 52		AM0	unbefristet	>>> KV 52		AA0	08.12.2014	>>> KV 52		>>> KV 52	
60	SÜD	Südbaden	>>> KV 52		BM0	unbefristet	>>> KV 52		BA0	08.12.2014	>>> KV 52		>>> KV 52	
61	SÜD	Nord-Württemberg	>>> KV 52		CM0	unbefristet	>>> KV 52		CA0	08.12.2014	>>> KV 52		>>> KV 52	
62	SÜD	Süd-Württemberg	>>> KV 52		DM0	unbefristet	>>> KV 52		DA0	08.12.2014	>>> KV 52		>>> KV 52	
52	SÜD	Baden-Württemberg	QD0	unbefristet	>>>KV 55,60,61,62		QK0	30.09.2015	>>>KV 55,60,61,62		QE0	30.09.2016	QS0	unbefristet
71	SÜD	Bayern	ED0	unbefristet	EM0	unbefristet	EK0	unbefristet	EA0	unbefristet	EE0	unbefristet	ES0	unbefristet
72	NO	Berlin	OD0	unbefristet	OM0	unbefristet	OK0	unbefristet	OA1	unbefristet	OE0	unbefristet	OS0	unbefristet
73	MW	Saarland	ZD0	unbefristet	ZM0	unbefristet	ZK0	31.07.2015	ZA0	unbefristet			ZS0	unbefristet
78	NO	Mecklenburg-Vorpommern	JD0	unbefristet	JM0	unbefristet	JK0	unbefristet	JA0	unbefristet	JE0	unbefristet	JS0	unbefristet
83	NO	Brandenburg	PD0	unbefristet	PM0	unbefristet	PK0	unbefristet	PA0	unbefristet	PE0	31.03.2015	PS0	unbefristet
88	MO	Sachsen-Anhalt	RD0	unbefristet	RM0	unbefristet	RK0	unbefristet	RA0	unbefristet	RE0	unbefristet	RS0	unbefristet
93	MW	Thüringen	SD0	unbefristet	SM0	06.05.2016	SK0	unbefristet	SA0	unbefristet	SE0	unbefristet	SS0	unbefristet
98	MO	Sachsen	TD0	unbefristet	TM0	23.07.2016	TK0	unbefristet	TA0	unbefristet	TE0	unbefristet	TS0	unbefristet

Quelle : BAHN-BKK DMP Wochenbericht

4.5 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 anderseits 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 Befundda-

ten an die BAHN-BKK oder an von ihr beauftragte Dritte im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms.

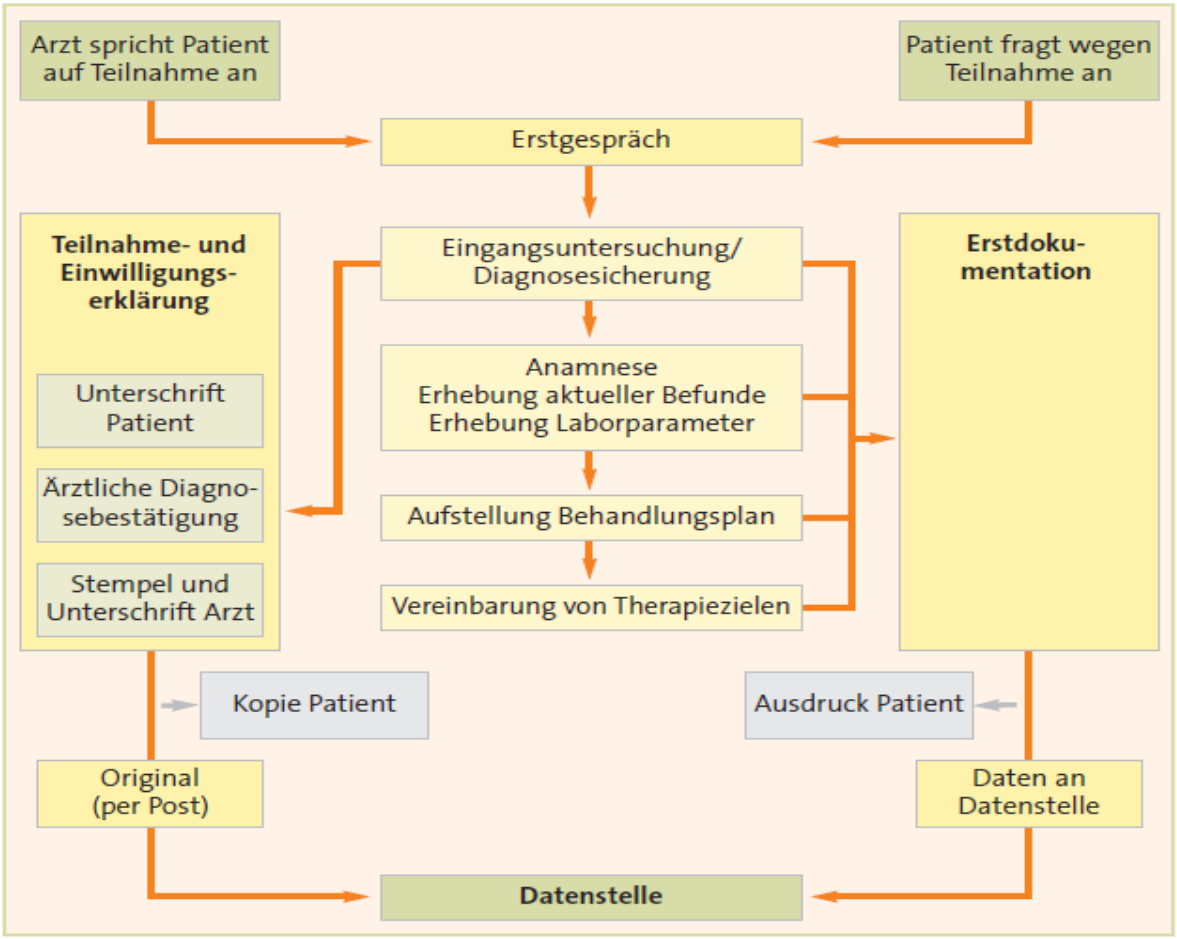
Die Unterschrift muss nicht in allen Fällen vom Versicherten selbst geleistet werden, sie kann auch von Ehegatten oder Verwandten gerader Linie vorgenommen werden. Das Bundesversicherungsamt legt an die Unterschriftsregelung zwar grundsätzlich hohe Maßstäbe an, da es sich in der Sache um einen Gegenstand 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.

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 Programmzwecke 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 ver-sandt)

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 dem 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 dem 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 Folge-

dokumentation) 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.

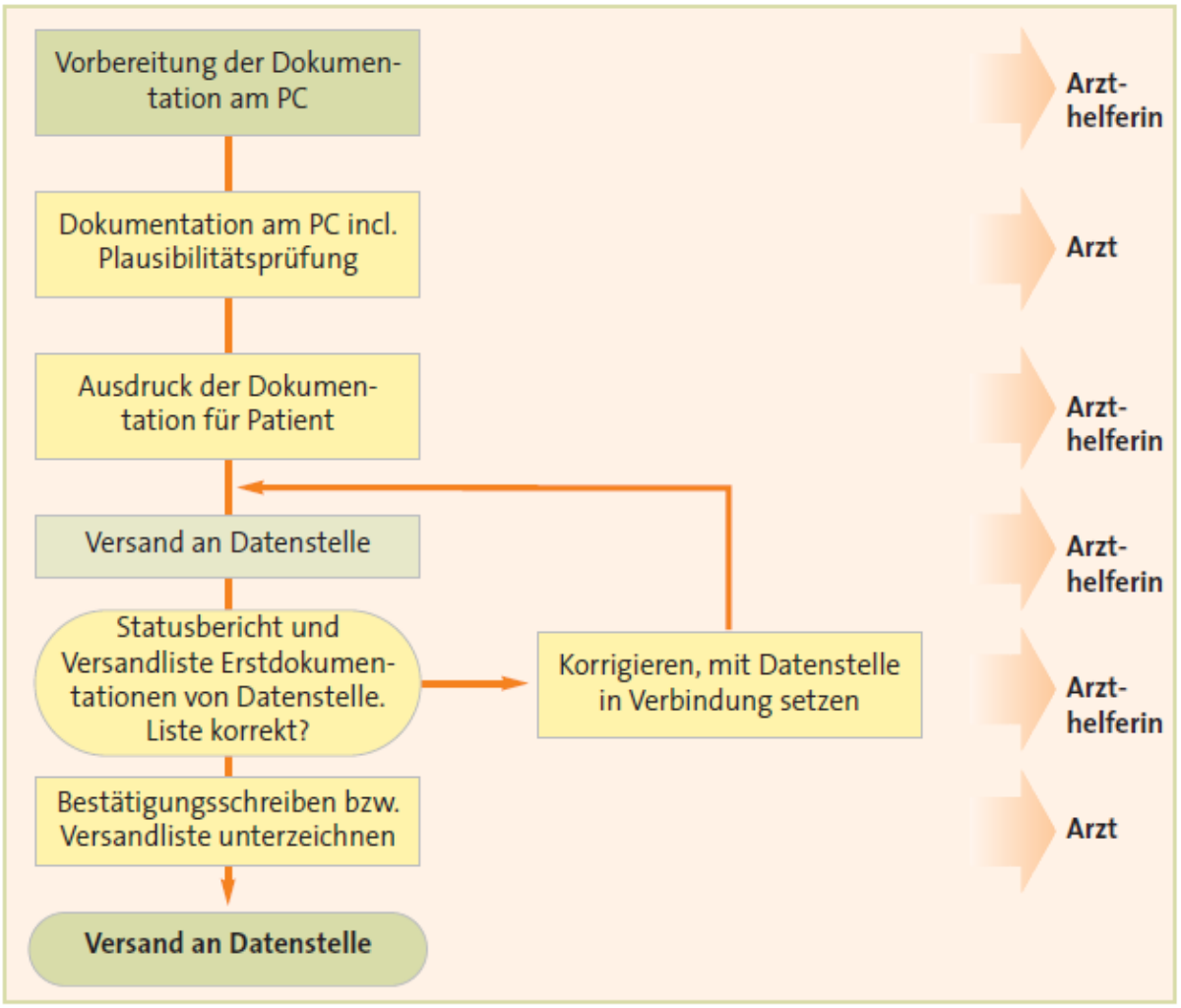
Sobald die Dokumentation vollständig und plausibel ist, wird sie in der Datenstelle bis zum 01. Juli 2008 noch in einen a-Datensatz und einen b-Datensatz getrennt. Der b-Datensatz wird an die ZAS weitergeleitet und gelangt von dort in die BAHN-BKK. Der a-Datensatz wird zur Durchführung der ärztlichen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

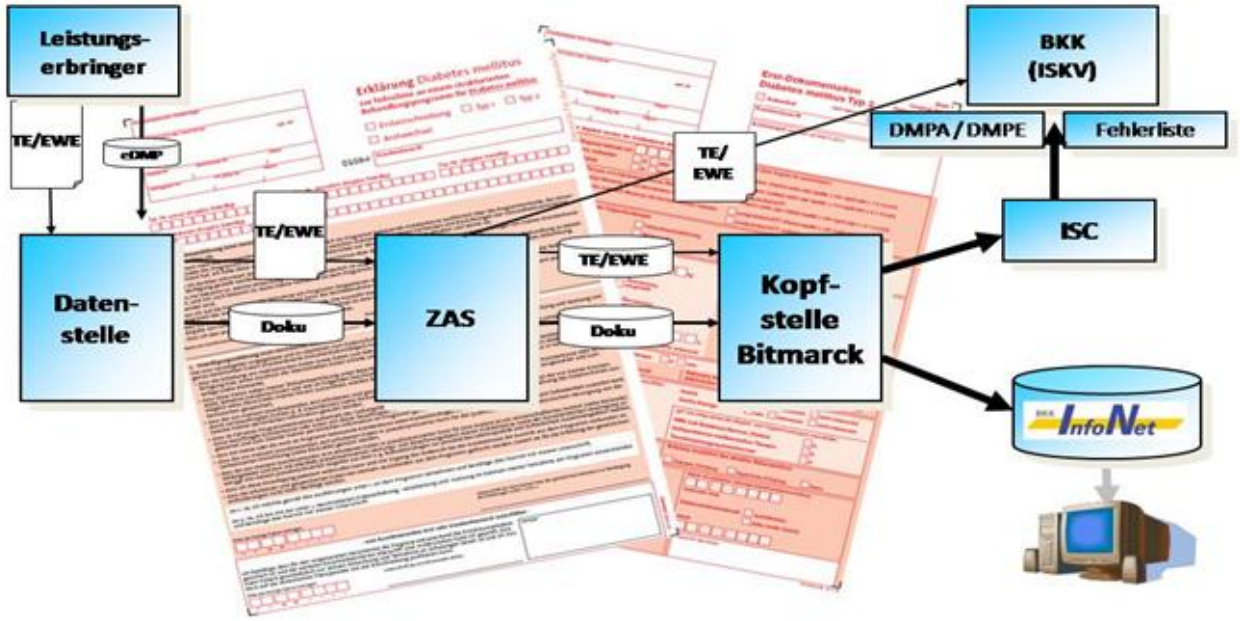
Gleichfalls entfällt die Verpflichtung der Erstellung einer zusätzlichen TE/EWE, sowie einer Erstdokumentation bei Diabetes mellitus Typ 2. Das Kennzeichen „Arztwechsel" wird auf den neuen TE/EWE und Dokumentationen ab dem 01. Juli 2008 nicht mehr enthalten sein. Erstellt ein Arzt trotzdem (aus Gewohnheit)

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.

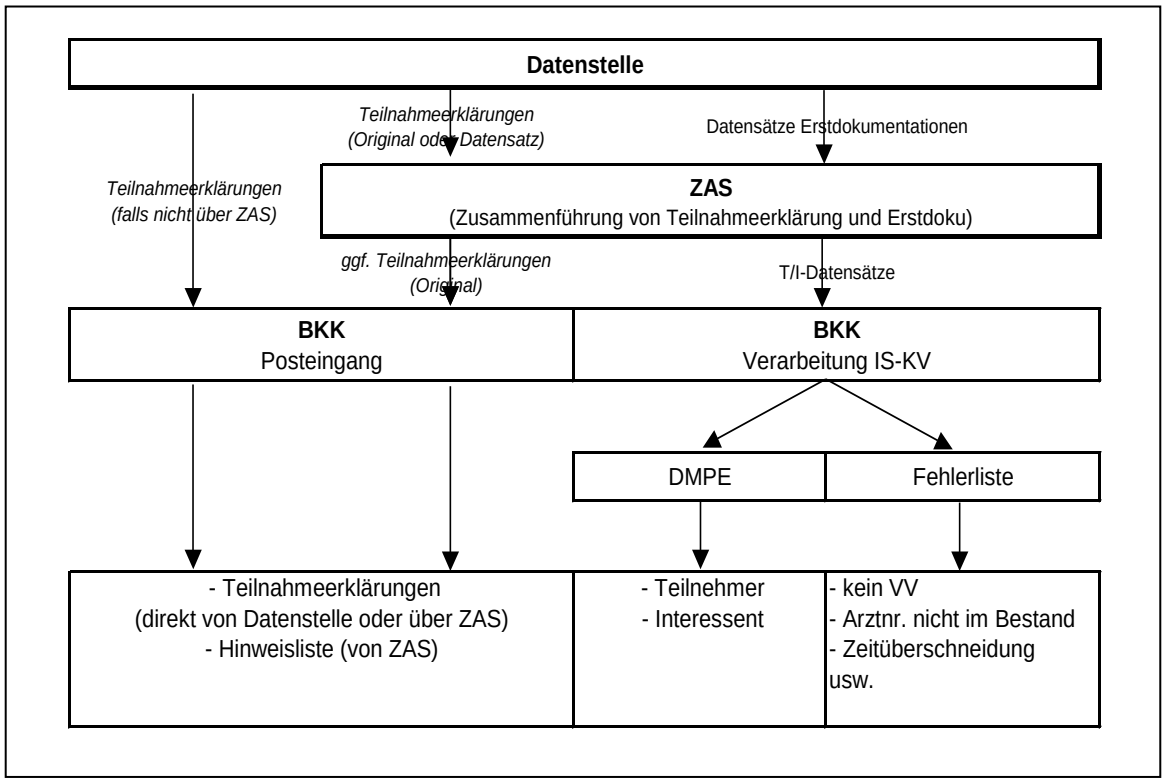
Wird dennoch ab dem 01. Juli 2008 eine Erstdokumentation anstelle einer Folgedokumentation erstellt, ist diese als ungültig zu bewerten, da eine Erstdokumentation keine Folgedokumentation ersetzen kann.

6.7 Datenfluss der Dokumentationen bis zur BAHN-BKK (Datenflussbeschreibung)



Quelle: BitInfoNet

6.7.1 Verarbeitungsweg Datenstelle ZAS- BAHN-BKK



6.7.2 Datenfluss von der Akquise bis zur BAHN-BKK

Arzt

Der DMP- Arzt füllt die Teilnahmeerklärung (TE/EWE) und die Dokumentation aus. Der Arzt füllt die Teilnahmeerklärung wie vorgesehen aus und verschickt diese an die zuständige Datenstelle oder an die BAHN-BKK. Die Erst- und Folgedokumentationen werden vom DMP- Arzt erstellt und in Papierform oder auf elektronischem Weg an die zuständige Datenstelle übermittelt.

Datenstelle

Die Datenstelle erfasst die Dokumentation und leitet die Teilnahmeerklärung weiter. Die Datenstelle erfasst und überprüft die Dokumentationen und klärt eventuelle Fehler mit dem Arzt. Nach der Prüfung werden die Datensätze auf elektronischem Weg an die ZAS (Zentrale Annahmestelle BKK MedPlus in Emmendingen) gesendet. Die Datenstelle und die BAHN-BKK -Kompetenzcenter Allgemeine Versorgung (KC AV)- sammeln die Teilnahmeerklärungen und leiten diese zur Erfassung an die ZAS weiter. Für einzelne KV-Bereiche erfolgt die maschinelle Übermittlung der TE/EWE durch die Datenstellen.

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.

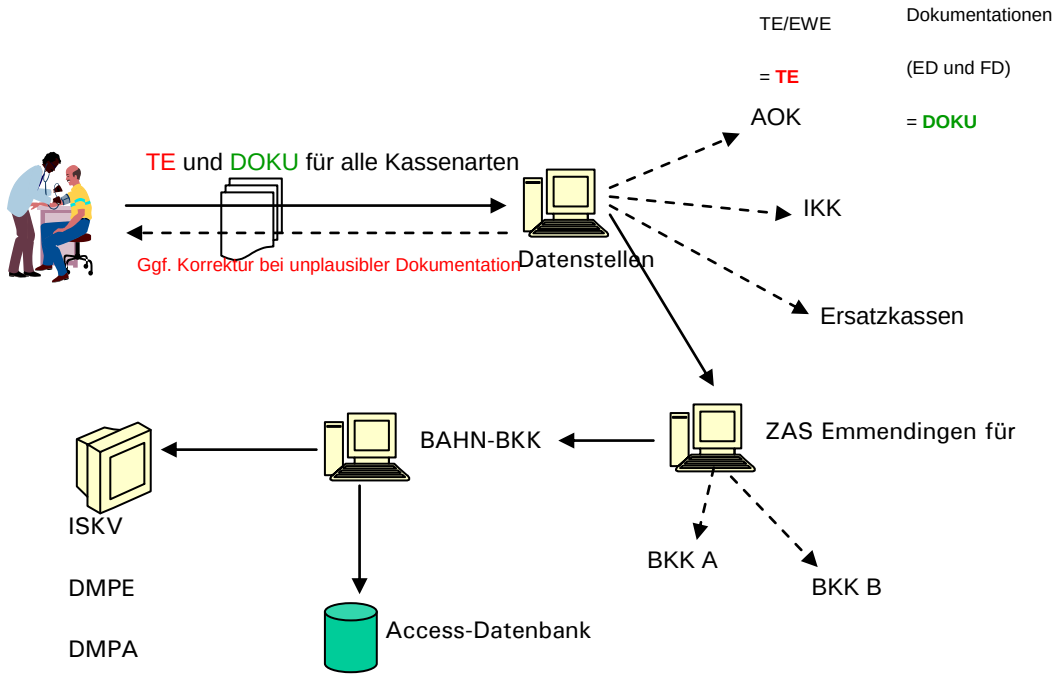
BKK InfoNet

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.

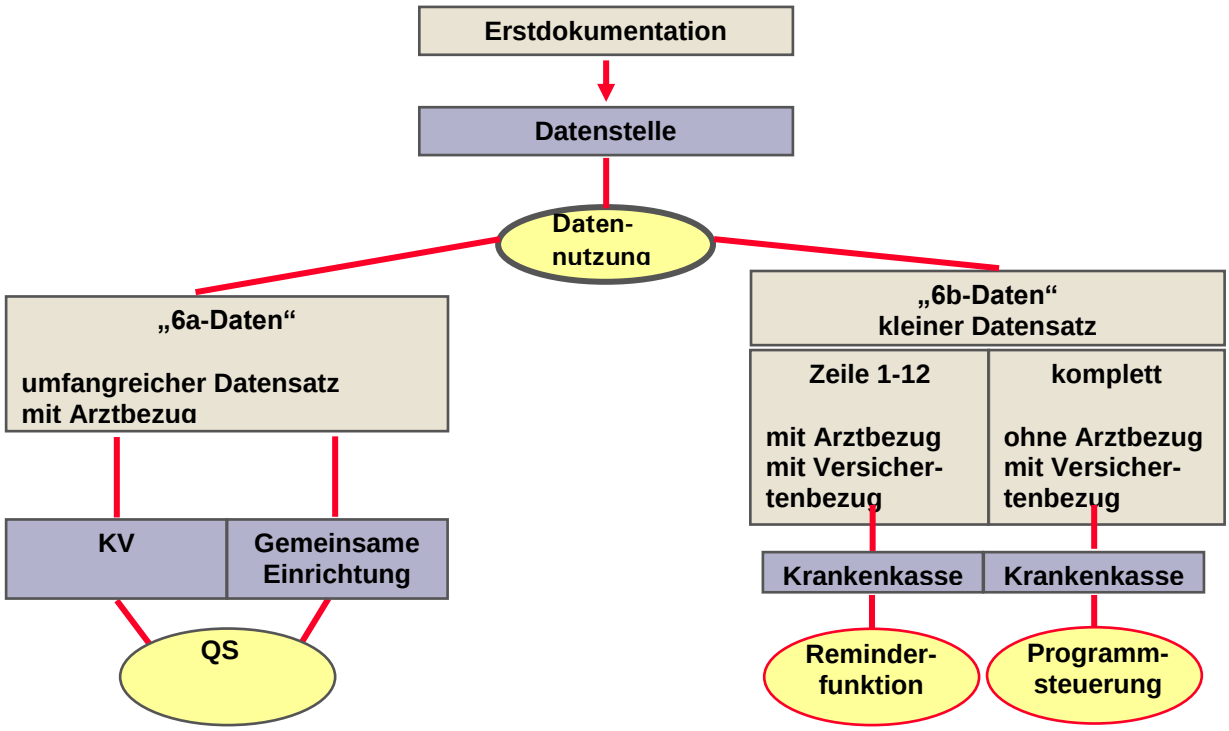
Servicezentrum (GSKV)

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

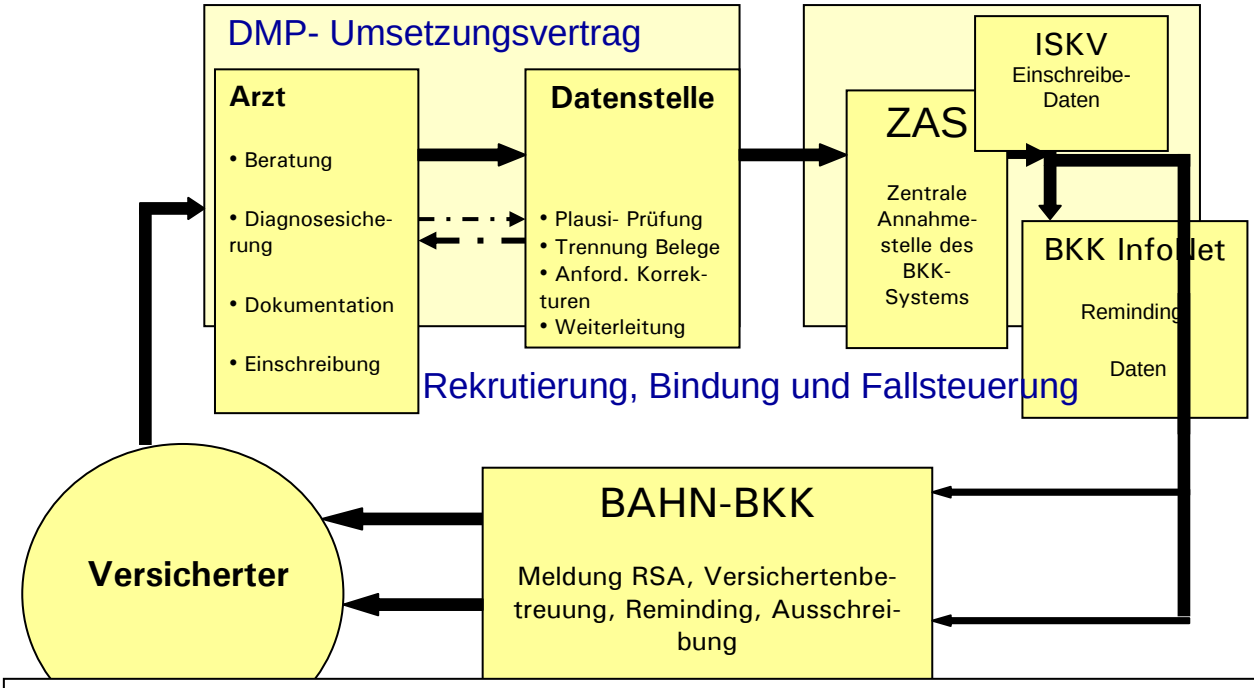


Die 17. RSA-ÄndV ist zum 01. April 2008 in Kraft getreten. Die enthaltenen Änderungen beziehen sich im Wesentlichen auf die Dokumentationen und Dokumentationssystematik.

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 und 01. Juli 2013

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.

Am 18.Juli 2012 wurde der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Februar 2012 zur Aktualisierung der Inhalte zu den DMPs zu Brustkrebs,

Asthma bronchiale und COPD im Bundesanzeiger als Richtlinie veröffentlicht. Sie tritt damit am 19.Juli 2012 in Kraft.

Die Richtlinie beinhaltet insbesondere eine Aktualisierung der medizinischen Inhalte an den aktuellen Stand der Wissenschaft sowie (bei Asthma und Brustkrebs) daraus folgende Anpassungen der Dokumentationen.

Die Richtlinie ersetzt damit für Brustkrebs die Anlagen 3 und 4 der RSAV, für Asthma bronchiale die Anlagen 9 und 10 und für COPD die Anlagen 11 und 12 der RSAV.
Als Besonderheit ist bei den Richtlinientexten zu Asthma und COPD zu beachten, dass auf Grund der Beanstandung des BMG die Textziffern 1.5.1 (bei Asthma) und 1.5.1.2 in der RSAV-Fassung vom 31. Dezember 2011 gültig bleibt. Hintergrund ist die nicht mit dem Leistungsrecht vereinbarende Formulierung zur Verordnungsfähigkeit von Medikamenten zur Raucherentwöhnung zu Lasten der GKV.
Auf Grund der Aktualisierung der medizinischen Inhalte und der geänderten Rechts-grundlagen (Richtlinien des G-BA anstelle der RSAV) waren auch Anpassungen an den Teilnehmer- und Einwilligungserklärungen zu den drei Indikationen und der indikationsübergreifenden sowie der dazugehörenden Patientenmerkblätter erforderlich. In der Anlage finden Sie die Muster der neuen Dokumente.
Die geänderten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sind bundesweit spätestens ab dem 01.Juli 2013 zu verwenden. Maßgeblich für die Verwendung der neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist dabei das erste Unterschriftendatum. Eine frühere Verwendung ist möglich. Die Vertragspartner in den Regionen werden die Einführung der neuen Formulare sicherstellen. Zudem stellen sie ab dem 01.Juli 2013 bei zertifizierten Praxissoftware-Produkten einen zwingenden Bestandteil dar. Wie auch in der Vergangenheit kann in Einzelfällen die Einschreibung nach dem 30.Juni 2013 auch unter Verwendung der alten Formulare gültig erfolgen.

In diesem Fall wurde der Kunde analog früherer Regelungen (9. und 17. RSAV) seitens der BAHN-BKK über die abweichenden Inhalte in der Kundenzeitschrift plusprivat 02 2013 gesondert informiert.

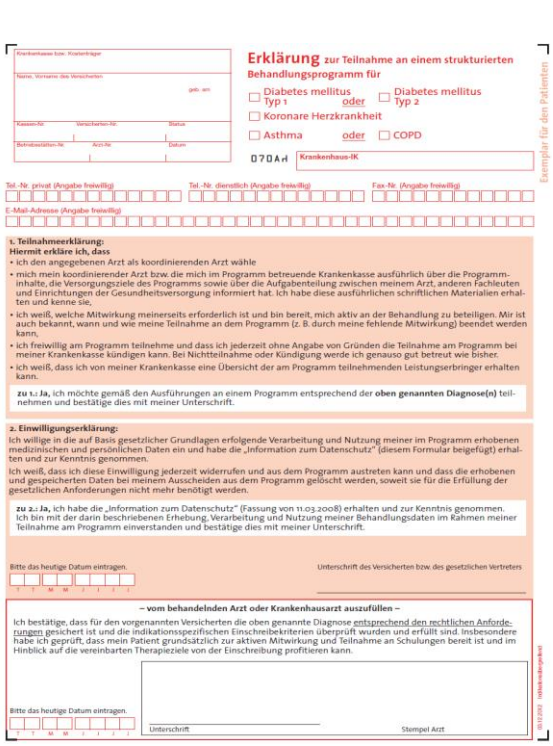
DATEN AUS DEN BAHN-BKK MEDPLUS-PROGRAMMEN

Die BAHN-BKK MedPlus-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme (DMP – Disease- Management-Programm) für Kunden, die chronisch erkrankt sind. Die MedPlus-Programme gibt es für Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und Chronisch Obstruktive Lungenerkrankungen (COPD). Sie sollen die medizinische Behandlung und Versorgung der Patienten nachhaltig verbessern.
Im Rahmen der BAHN-BKK-MedPlus-Programme werden durch den behandelnden Arzt auch Daten über den Krankheitsverlauf des Patienten erhoben, die die BAHN-BKK in die Lage versetzen, den Kunden gezielt zu betreuen. Alle Teilnehmer an einem BAHN-BKK-MedPlus-Programm haben zu Beginn der Datenerhebung und Weiterleitung zugestimmt. Diese Daten stehen unter einem besonderen Datenschutz und dürfen nur für die Zwecke der BAHN-BKK-Med-Plus-Programme eingesehen und verarbeitet werden. Zugleich dürfen die Daten nur für einen bestimmten Zeitraum „aufbewahrt“ werden.
Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nun diese Aufbewahrungsfrist neu festgelegt (DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie/DMP-AF-RL). Um die Betreuung von Teilnehmern an BAHN-BKK MedPlus-Programmen weiter zu verbessern und auch künftig dauerhaft wissenschaftlich auswerten zu können, ist nun die Aufbewahrung der relevanten Daten für einen Zeitraum von 15 Jahren ab Teilnahmebeginn vorgesehen. Die Richtlinie und die tragenden Gründe sind im Internet einsehbar.

www.g-ba.de/informationen/richtlinien

Wichtiger Hinweis: Die indikationsspezifischen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen zu Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie KHK wurden nicht geändert.

6.9.1 Abb. 1 Muster einer indikationsübergreifenden Teilnahmeerklärung



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit

☐ Asthma oder ☐ COPD

0704d Krankenhaus-IK

Exemplar für den Patienten

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:
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.

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.

zu 2.: Ja, ich habe 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.

Bitte das heutige Datum eintragen. Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

T T M M J J J J

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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.

T T M M J J J J

Unterschrift Stempel Arzt

03.12.2012 Indikationsübergreifend

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes 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".
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 Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer 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 Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung 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 entfällt 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 strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der 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 können 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. Krankenhausdaten) 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 mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche 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 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 Kassenärztliche Vereinigung, 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.

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. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) 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.

2.5 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 verändert. 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 zusenden.

11.03.2013 Indikationsübergreifend

Anlage – Patienteninformation - indikationsübergreifend –
zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms

Strukturiertes Behandlungsprogramm

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!

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 bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
Vermeidung von – typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen – Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können – von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom – Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) **Senkung** Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos	**Senkung des Risikos** eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden **Erhaltung** Ihrer Belastungsfähigkeit.	**Vermeidung/Reduktion** von – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (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 den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft.

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

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
– Insulin – Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2) bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)	– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten – ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS)	**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): – schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)	**Medikamente zur Dauertherapie** vorwiegend: – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – lang wirksame Anticholinergika im Bedarfsfall zusätzlich (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

03.12.2012 Indikationsübergreifend

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. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung
Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Von jeder Dokumentation erhalten Sie zu Ihrer Information einen Ausdruck. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung („Information zum Datenschutz"). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

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 veranlassen. 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

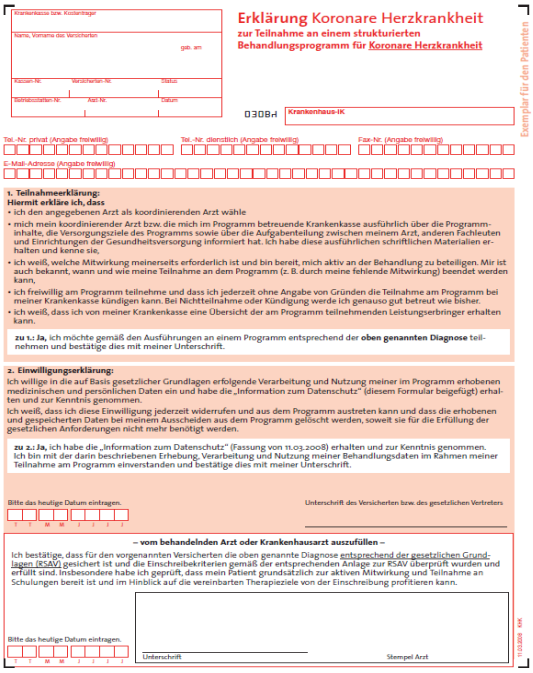
- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme 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 vom Arzt empfohlene Schu-lungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch 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.

6.9.2 Abb. 1 Muster einer indikationsspezifischen Teilnahmeerklärung



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit
zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

Exemplar für den Patienten

030B# Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:
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 am 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** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

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.

zu 2.: Ja, ich habe 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.

Bitte das heutige Datum eintragen. Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

T T M M J J J J

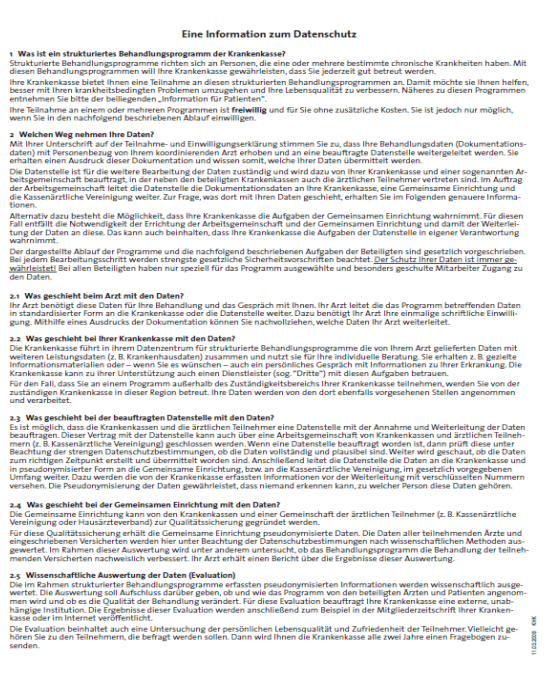
– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien 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

T T M M J J J J

11.03.2008 KKK



Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes 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".
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 Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer 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 Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung 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 entfällt 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 strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der 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 können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

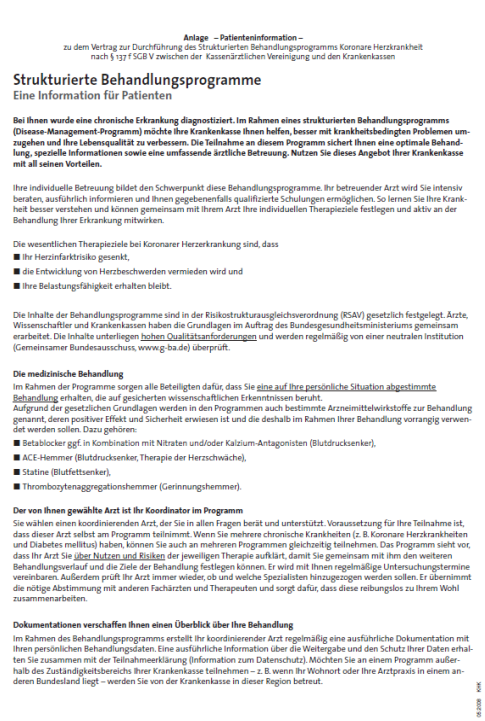
2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?
Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. 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 mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche 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 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 Kassenärztliche Vereinigung, 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.

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. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) 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.

2.5 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 verändert. 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 zusenden.

11.03.2008 KKK



Anlage – Patienteninformation –
zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit nach § 137 f SGB V zwischen der Kassenärztlichen 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.

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt diese 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 Koronarer Herzerkrankung sind, dass
- Ihr Herzinfarktrisiko gesenkt,
- die Entwicklung von Herzbeschwerden vermieden wird und
- Ihre Belastungsfähigkeit erhalten bleibt.

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.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.
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:
- Betablocker ggf. in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten (Blutdrucksenker),
- ACE-Hemmer (Blutdrucksenker, Therapie der Herzschwäche),
- Statine (Blutfettsenker),
- Thrombozytenaggregationshemmer (Gerinnungshemmer).

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. Koronare Herzkrankheiten 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. 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.

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.

05.2008 KKK

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 veranlassen, Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Dabei geht es z. B. um die Blutdruck-Selbstkontrolle, die Interpretation der Werte und die richtigen Folgerungen aus den Messungen. 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.

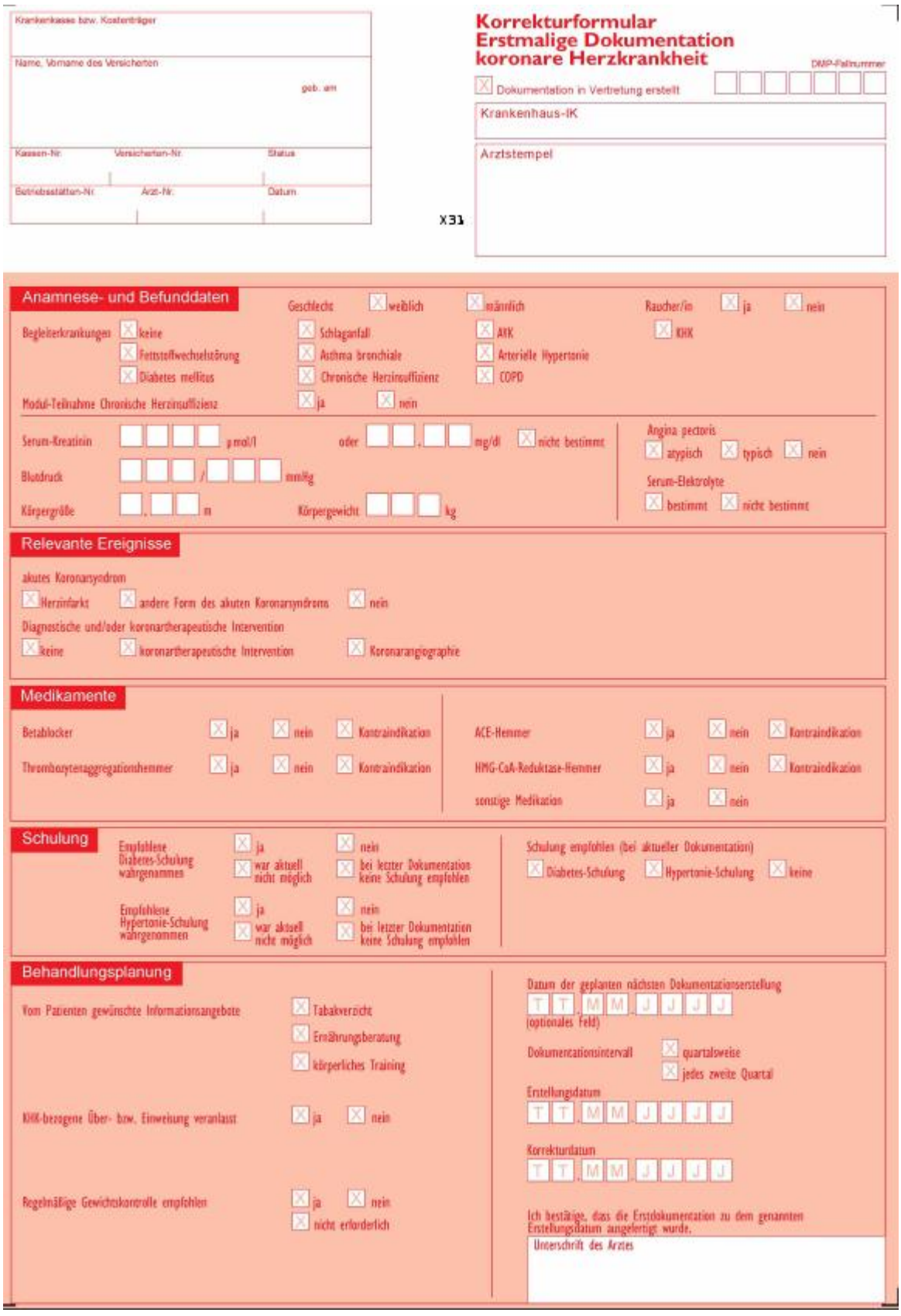
Teilnahmevoraussetzungen
- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären 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 vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei 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.

6.9.3 Abb. 1 Muster einer Erstdokumentation (Korrekturformular einer Datenstelle



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

X31

Korrekturformular
Erstmalige Dokumentation
koronare Herzkrankheit

DMP-Fallnummer

☒ Dokumentation in Vertretung erstellt

Krankenhaus-IK

Arztstempel

Anamnese- und Befunddaten

Geschlecht ☒ weiblich ☒ männlich

Raucher/in ☒ ja ☒ nein

Begleiterkrankungen ☒ keine ☒ Fettstoffwechselstörung ☒ Diabetes mellitus ☒ Schlaganfall ☒ Asthma bronchiale ☒ Chronische Herzinsuffizienz ☒ AVK ☒ Arterielle Hypertonie ☒ COPD ☒ KHK

Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz ☒ ja ☒ nein

Serum-Kreatinin ____ µmol/l oder ____,____ mg/dl ☒ nicht bestimmt

Angina pectoris ☒ atypisch ☒ typisch ☒ nein

Blutdruck ____ / ____ mmHg

Serum-Elektrolyte ☒ bestimmt ☒ nicht bestimmt

Körpergröße ____,____ m Körpergewicht ____ kg

Relevante Ereignisse

akutes Koronarsyndrom

☒ Herzinfarkt ☒ andere Form des akuten Koronarsyndroms ☒ nein

Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention

☒ keine ☒ koronartherapeutische Intervention ☒ Koronarangiographie

Medikamente

Betablocker	☒ ja	☒ nein	☒ Kontraindikation	ACE-Hemmer	☒ ja	☒ nein	☒ Kontraindikation
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja	☒ nein	☒ Kontraindikation	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	☒ ja	☒ nein	☒ Kontraindikation
				sonstige Medikation	☒ ja	☒ nein	

Schulung

Empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen ☒ ja ☒ war aktuell nicht möglich ☒ nein ☒ bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen ☒ ja ☒ war aktuell nicht möglich ☒ nein ☒ bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) ☒ Diabetes-Schulung ☒ Hypertonie-Schulung ☒ keine

Behandlungsplanung

Vom Patienten gewünschte Informationsangebote ☒ Tabakverzicht ☒ Ernährungsberatung ☒ körperliches Training

KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst ☒ ja ☒ nein

Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen ☒ ja ☒ nein ☒ nicht erforderlich

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung T T . M M . J J J J (optionales Feld)

Dokumentationsintervall ☒ quartalsweise ☒ jedes zweite Quartal

Erstellungsdatum T T . M M . J J J J

Korrekturdatum T T . M M . J J J J

Ich bestätige, dass die Erstdokumentation zu dem genannten Erstellungsdatum angefertigt wurde.

Unterschrift des Arztes

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 zum 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 er

stellt 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 Arztnummer 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 KHK im Vergleich zu den einzelnen KV Bereichen (Stand: 30.06.2013)

		Erstdokumentationen			Folgedokumentationen		
		Rechtskreis		Gesamter	Rechtskreis		Gesamter
	KV- Bezirk	West	Ost	gebnis	West	Ost	gebnis
1	Schleswig-Holstein	93	0	93	1.626	10	1.636
2	Hamburg	75	0	75	637	6	643
3	Bremen	17	0	17	390	0	390
17	Niedersachsen	346	8	354	4.936	76	5.012
20	Westfalen-Lippe	263	0	263	5.078	1	5.079
38	Nordrhein	319	0	319	5.352	0	5.352
51	Rheinland-Pfalz	145	2	147	2.813	0	2.813
46	Hessen	160	1	161	3.306	17	3.323
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
63	Baden-Württemberg	307	2	309	4.267	6	4.273
71	Bayern	303	4	307	8.894	15	8.909
72	Berlin	156	11	167	3.890	262	4.152
73	Saarland	69	0	69	1.086	4	1.090
78	Mecklenburg-Vorpommern	3	199	202	34	3.372	3.406
83	Brandenburg	22	460	482	286	8.898	9.184
88	Sachsen-Anhalt	13	333	346	129	7.445	7.574
93	Thüringen	13	240	253	87	3.810	3.897
98	Sachsen	4	456	460	57	7.639	7.696
		0	0	0	0	0	0
Gesamtergebnis		**2.308**	**1.716**	**4.024**	**42.868**	**31.561**	**74.429**

Quelle: Serviceteam Controlling, InfoNet

Im vorherigen Berichtszeitraum wurden 4.024 Erstdokumentationen (2.308 RK West und 1.716 RK Ost) und 74.429 Folgedokumentationen (42.868 RK West und 31.561 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 25.390 Versicherte (Stichtag 30.06.2013) teil.

Im vorherigen Berichtszeitraum waren es 24.326 Versicherte die teilnahmen.

Im Auswertungszeitraum haben sich weitere 1.064 Versicherte mehr eingeschrieben.
Im vorhergehenden Berichtszeitraum wurden 911 neue Teilnehmer 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 koronare Herzkrankheit waren insgesamt im Bundesdurchschnitt 70,92 Jahre alt. Im vorhergehenden Berichtszeitraum lag das Durchschnittsalter bei 71,76 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 KHK im Vergleich zu den einzelnen KV Bereichen (Stand: 30.06.2013).

KV- Bezirk		Anzahl der Versicherten	Altersdurch-schnitt
1	Schleswig-Holstein	542	71,26
2	Hamburg	253	69,02
3	Bremen	120	70,84
17	Niedersachsen	1.765	70,83
20	Westfalen-Lippe	1.685	70,45
38	Nordrhein	1.672	70,15
51	Rheinland-Pfalz	956	72,36
46	Hessen	1.124	71,44
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	1.429	70,79
71	Bayern	2.799	72,00
72	Berlin	1.331	70,44
73	Saarland	388	71,33
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	70,51
83	Brandenburg	3.337	70,83
88	Sachsen-Anhalt	2.625	70,78
93	Thüringen	1.413	69,26
98	Sachsen	2.671	71,54
Gesamtergebnis		**25.390**	**70,92**

Quelle: Serviceteam Controlling

Tabelle 3: Bundesweite Altersverteilung in 10- Jahresschritten im DMP BAHN-BKK MedPlus KHK der TeilnehmerInnen der BAHN-BKK im Vergleich zu den einzelnen KV Bereichen (Stand 30.06.2013).

KV	Bezirk	Altersklasse										Summe	Anteil %
		< 20 Jahre	< 30 Jahre	< 40 Jahre	< 50 Jahre	< 60 Jahre	< 70 Jahre	< 80 Jahre	< 90 Jahre	< 100 Jahre	< 110 Jahre		
1	Schleswig-Holstein	0	0	2	20	48	122	260	87	3	0	542	2,13
2	Hamburg	0	2	4	10	31	69	94	41	2	0	253	1,00
3	Bremen	0	0	1	4	14	26	51	22	2	0	120	0,47
17	Niedersachsen	0	2	7	77	180	438	740	306	15	0	1.765	6,95
20	Westfalen-Lippe	0	1	15	51	218	436	649	296	19	0	1.685	6,64
38	Nordrhein	0	1	11	58	217	451	638	277	19	0	1.672	6,59
51	Rheinland-Pfalz	0	0	4	19	85	215	409	214	10	0	956	3,77
46	Hessen	0	1	7	24	112	276	513	179	12	0	1.124	4,43
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	0	4	6	47	155	362	594	244	17	0	1.429	5,63
71	Bayern	0	0	2	53	232	703	1.301	488	20	0	2.799	11,02
72	Berlin	0	0	2	63	144	340	568	205	9	0	1.331	5,24
73	Saarland	0	0	2	3	39	104	179	58	3	0	388	1,53
78	Mecklenburg-Vorpommern	0	1	3	64	135	282	578	209	8	0	1.280	5,04
83	Brandenburg	0	1	13	141	385	738	1.480	560	19	0	3.337	13,14
88	Sachsen-Anhalt	0	3	8	101	292	643	1.131	432	14	1	2.625	10,34
93	Thüringen	0	0	5	64	202	385	574	177	6	0	1.413	5,57
98	Sachsen	0	1	6	69	268	634	1.159	512	22	0	2.671	10,52
Gesamtergebnis		0	17	98	868	2.757	6.224	10.918	4.307	200	1	25.390	
Anteil in %		0,00	0,07	0,39	3,42	10,86	24,51	43,00	16,96	0,79	0,00		

Tabelle 3a: Bundesweite Quelle: Serviceteam Controlling

Altersverteilung in 10- Jahresschritten im DMP BAHN-BKK MedPlus KHK der TeilnehmerInnen der BAHN-BKK im Vergleich zu den einzelnen KV Bereichen (Stand 30.06.2012).

KV	Bezirk	Altersklasse										Summe	Anteil %
		< 20 Jahre	< 30 Jahre	< 40 Jahre	< 50 Jahre	< 60 Jahre	< 70 Jahre	< 80 Jahre	< 90 Jahre	< 100 Jahre	< 110 Jahre		
1	Schleswig-Holstein	0	0	1	19	40	108	240	91	5	0	504	2,07
2	Hamburg	0	1	2	10	28	60	91	39	3	0	234	0,96
3	Bremen	0	0	0	3	10	26	52	24	3	0	118	0,49
17	Niedersachsen	0	1	7	65	151	394	677	333	19	0	1.647	6,77
20	Westfalen-Lippe	0	2	12	48	184	406	642	322	24	0	1.640	6,74
38	Nordrhein	0	1	6	56	195	426	622	295	20	0	1.621	6,66
51	Rheinland-Pfalz	0	0	1	17	73	199	394	221	11	0	916	3,77
46	Hessen	0	0	6	16	105	251	503	212	16	1	1.110	4,56
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	0	2	3	34	134	311	548	257	20	0	1.309	5,38
71	Bayern	0	0	1	46	212	686	1.283	535	30	1	2.794	11,49
72	Berlin	0	0	1	56	123	317	548	216	12	0	1.273	5,23
73	Saarland	0	0	1	3	37	90	171	57	4	0	363	1,49
78	Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	54	130	257	535	230	8	0	1.216	5,00
83	Brandenburg	0	1	12	116	359	675	1.388	582	22	0	3.155	12,97
88	Sachsen-Anhalt	0	2	6	92	273	599	1.104	464	18	1	2.559	10,52
93	Thüringen	0	0	5	57	174	360	558	192	8	0	1.354	5,57
98	Sachsen	0	1	4	57	235	571	1.085	528	31	1	2.513	10,33
Gesamtergebnis		0	11	70	749	2.463	5.736	10.441	4.598	254	4	24.326	
Anteil in %		0,00	0,05	0,29	3,08	10,12	23,58	42,92	18,90	1,04	0,02		

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 Koronare Herzkrankheit sieht vor, dass die Krankenkasse 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 Koronare Herzkrankheit der BAHN-BKK (Stand 30.06.2013).

Auslöser	Maßnahmen der BAHN- BKK
Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	Information über die Problematik der Hypertonie und Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre); maximal einmal pro Jahr
Sicherstellung der regelmässigen Teilnahme des Versicherten	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arztbesuche
Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	Aufklärung/ Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
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 KHK der BAHN-BKK (Stand: 30.06.2013)

Anlass	Summe	Anteil
Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten (Erinnerung Arztbesuch)	51.004	95,46%
Senkung hypertensiver Blutdruckwerte	1.772	3,32%
Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	143	
Innerhalb des vereinbarten Doku-Intervalls ist keine Dokumentation übermittelt worden (Eine fehlende Dokumentation)	429	0,80%
Eine Nichtteilnahme an empfohlenen Schulungsmaßnahmen ohne Begründung	79	0,15%
Erhöhung der Rate der verordneten und durchgeführten Schulungstermine	0	0,00%
Anschreiben mit mehreren Anlässen	1	0,00%
Gesamt	**53.428**	**100%**

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 Berichtszeitraum wurden insgesamt 53.428 Anschreiben zur Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten versandt. Der Hauptanteil der Anschreiben entfällt auf die Thematik (Erinnerung Arztbesuch) mit 51.004 Anschreiben, gefolgt mit 429 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 Koronare Herzkrankheit 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 Versichertenschwerpunkts 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 2013 wurden bundesweit insgesamt 53.406 Schreiben versandt. Der mit Abstand häufigste Anlass -51.004 Schreiben- war die Erinnerung an einen Arztbesuch. In 1.754 Fällen erfolgte ein Informationsschreiben, weil die Blutdruckwerte der Zielvereinbarung zwischen DMP-Arzt und Patient nicht erreicht wurden. Der Hinweis auf eine fehlende Dokumentation war mit 426 Schreiben vertreten. Der mit Abstand geringste Anlass -79 Schreiben- war der Hinweis auf die Wahrnehmung empfohlener Schulungen.

142 Anschreiben wurden zur Thematik der Reduzierung des Tabakkonsums versandt. Die Anzahl der weiteren Informationsschreiben lag jeweils unter 100. 1 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 Anschreiben versandt.

Tabelle 6: Bundesweiter Versand von Erinnerungs- und Informationsschreiben nach Vertragsregionen für TeilnehmerInnen am strukturierten Behandlungsprogramm KHK der BAHN- BKK (Stand: 30.06.2013).

KV-Bezirk in dem der Versicherte an dem Programm teilnimmt		Zahl der Erinnerungs- / Informationsschreiben	Anteil in %
1	Schleswig-Holstein	1.208	2,37
2	Hamburg	540	1,06
3	Bremen	274	0,54
17	Niedersachsen	3.391	6,65
20	Westfalen-Lippe	3.329	6,53
38	Nordrhein	3.397	6,66
51	Rheinland-Pfalz	1.891	3,71
46	Hessen	2.005	3,93
47	Koblenz	0	0,00
48	Rheinhessen	0	0,00
49	Pfalz	0	0,00
50	Trier	0	0,00
55	Nordbaden	0	0,00
60	Südbaden	0	0,00
61	Nord-Württemberg	0	0,00
62	Süd-Württemberg	0	0,00
52	Baden-Württemberg	3.140	6,16
71	Bayern	5.999	11,76
72	Berlin	2.889	5,66
73	Saarland	773	1,52
78	Mecklenburg-Vorpommern	2.648	5,19
83	Brandenburg	6.248	12,25
88	Sachsen-Anhalt	5.559	10,90
93	Thüringen	2.488	4,88
98	Sachsen	5.225	10,24
Gesamt		**51.004**	**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 KHK der BAHN-BKK im Vergleich zu den KV Bereichen (Stand: 30.06.2013).

KV-Bezirk in dem der Versicherte an dem Programm teilnimmt		Sicherstellung der regelmässigen Teilnahme des Versicherten (Erinnerung Arztbesuch)	Reduktion des Anteils der rauchenden Versicherten	Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	Innerhalb des vereinbarten Doku-Intervalls ist keine Dokumentation übermittelt worden	Wahrnehmung empfohlener Schulungen	Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anschreiben mit mehreren Anlässen	Gesamt	Anteil in %
1	Schleswig-Holstein	1.208	4	38	10	1	0	0	1.261	2,36%
2	Hamburg	540	4	31	11	0	0	0	586	1,10%
3	Bremen	274	0	1	2	0	0	0	277	0,52%
17	Niedersachsen	3.391	6	135	77	8	0	0	3.617	6,77%
20	Westfalen-Lippe	3.329	10	107	73	6	0	0	3.525	6,60%
38	Nordrhein	3.397	16	112	61	8	0	0	3.594	6,73%
46	Hessen	1.891	4	66	11	1	0	0	1.973	3,69%
47	Koblenz	2.005	0	1	0	0	0	0	2.006	3,76%
48	Rheinhessen	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
49	Pfalz	0	0	2	0	0	0	0	2	0,00%
50	Trier	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
51	Rheinland-Pfalz	0	6	51	6	3	0	0	66	0,12%
52	Baden-Württemberg	0	8	146	34	2	0	0	190	0,36%
55	Nordbaden	0	0	2	0	0	0	0	2	0,00%
60	Südbaden	0	0	1	0	0	0	0	1	0,00%
61	Nord-Württemberg	0	0	3	0	0	0	0	3	0,01%
62	Süd-Württemberg	3.140	0	0	0	0	0	0	3.140	5,88%
71	Bayern	5.999	26	159	34	3	0	0	6.221	11,65%
72	Berlin	2.889	26	75	5	9	0	0	3.004	5,62%
73	Saarland	773	1	26	3	2	0	0	805	1,51%
78	Mecklenburg-Vorpommern	2.648	4	61	8	4	0	0	2.725	5,10%
83	Brandenburg	6.248	11	186	10	13	0	1	6.469	12,11%
88	Sachsen-Anhalt	5.559	6	142	55	18	0	0	5.780	10,82%
93	Thüringen	2.488	0	122	14	0	0	0	2.624	4,91%
98	Sachsen	5.226	10	287	12	1	0	0	5.536	10,36%
Gesamt		**51.004**	**142**	**1.754**	**426**	**79**	**0**	**1**	**53.406**	**100,00%**
Anteil in %		**95,50%**	**0,27%**	**3,28%**	**0,80%**	**0,15%**	**0,00%**	**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

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 Koronare Herzkrankheit 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 Koronare Herzerkrankung 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 30.06.2013 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: 30.06.2013).

Quartalsstatistik	2012/2013	InfoMedicus
Berichtszeitraum 01.07.2012 - 30.06.2013	Adressauskünfte DMP- Ärzte	medizinische Informationen
3. Quartal 2012	11	2.088
4. Quartal 2012	16	1.900
1. Quartal 2013	10	2.248
2. Quartal 2013	9	2085
Jahressummen	46	8.321

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

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 8a: Anrufe von DMP Teilnehmern zu den DMP –Detailübersicht- (Stand: 30.06.2013).

Juli 2012 bis Juni 2013	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	462	1	247	298	1.008	0,20	10,85	5,04	0,26	1,62	1,75	80,28
08	426	1	280	265	972	0,20	10,88	5,05	0,26	1,63	1,76	80,22
09	413	9	227	190	839	0,20	10,87	5,04	0,26	1,64	1,76	80,23
10	463	3	234	216	916	0,20	10,80	5,01	0,25	1,62	1,74	80,38
11	420	5	252	262	939	0,20	10,89	5,07	0,26	1,66	1,77	80,15
12	315	8	178	291	792	0,20	10,93	5,10	0,26	1,68	1,79	80,04
01	509	6	297	479	1.291	0,20	10,92	5,10	0,26	1,66	1,78	80,08
02	461	3	236	279	979	0,20	11,02	5,17	0,26	1,70	1,82	79,83
03	458	1	251	270	980	0,20	11,05	5,19	0,26	1,71	1,83	79,76
04	503	6	237	311	1.057	0,20	11,04	5,18	0,27	1,71	1,83	79,77
05	462	0	222	288	972	0,20	11,12	5,20	0,27	1,73	1,84	79,64
06	424	3	202	271	900	0,20	11,16	5,23	0,27	1,75	1,86	79,53
Summen	5.316	46	2.863	3.420	11.645							

Juli 2012 bis Juni 2013	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 Asthm	2_10 Anteil COPD
07	1	0,49	26,80	12,45	0,64	4,00	4,32	0,60	32,33	15,02	0,77	4,83	5,22
08	1	0,56	30,46	14,14	0,73	4,56	4,93	0,53	28,83	13,38	0,69	4,32	4,66
09	9	0,45	24,67	11,44	0,59	3,72	4,00	0,38	20,65	9,58	0,49	3,12	3,34
Summe Quartal	11	1,50	81,93	38,03	1,96	12,28	13,25	1,51	81,81	37,98	1,95	12,27	13,22
10	3	0,47	25,27	11,72	0,59	3,79	4,07	0,43	23,33	10,82	0,54	3,50	3,76
11	5	0,50	27,44	12,78	0,66	4,18	4,46	0,52	28,53	13,28	0,68	4,35	4,64
12	8	0,36	19,46	9,08	0,46	2,99	3,19	0,58	31,81	14,84	0,76	4,89	5,21
Summe Quartal	16	1,33	72,17	33,58	1,71	10,96	11,72	1,53	83,67	38,94	1,98	12,74	13,61
01	6	0,59	32,43	15,15	0,77	4,93	5,29	0,96	52,31	24,43	1,25	7,95	8,53
02	3	0,47	26,01	12,20	0,61	4,01	4,30	0,56	30,75	14,42	0,73	4,74	5,08
03	1	0,50	27,74	13,03	0,65	4,29	4,59	0,54	29,84	14,01	0,70	4,62	4,94
Summe Quartal	10	1,56	86,18	40,38	2,03	13,23	14,18	2,06	112,90	52,86	2,68	17,31	18,55
04	6	0,47	26,16	12,28	0,64	4,05	4,34	0,62	34,33	16,11	0,84	5,32	5,69
05	0	0,44	24,69	11,54	0,60	3,84	4,08	0,58	32,03	14,98	0,78	4,98	5,30
06	3	0,40	22,54	10,56	0,55	3,54	3,76	0,54	30,24	14,17	0,73	4,74	5,04
Summe Quartal	9	1,31	73	34	1,79	11	12,18	1,74	96,60	45,26	2,35	15,04	16,03

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

DATEN KM 6 II Rechtskreis West							
Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
Januar							0
Februar							0
März							0
April							0
Mai							0
Juni							0
Juli	596	28.634	13.522	735	4.866	5.304	53.657
August	603	28.733	13.569	741	4.878	5.315	53.839
September	605	28.858	13.618	745	4.914	5.350	54.090
Oktober	613	28.664	13.550	732	4.856	5.282	53.697
November	609	28.958	13.736	762	4.972	5.379	54.416
Dezember	605	29.145	13.823	769	5.042	5.460	54.844
Summen	3.631	172.992	81.818	4.484	29.528	32.090	324.543

DATEN KM 6 II Rechtskreis Ost							
Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
Januar							0
Februar							0
März							0
April							0
Mai							0
Juni							0
Juli	365	23.410	10.677	495	2.925	3.102	40.974
August	364	23.490	10.671	494	2.955	3.128	41.102
September	370	23.501	10.688	494	2.995	3.133	41.181
Oktober	366	23.437	10.638	497	2.948	3.101	40.987
November	353	23.616	10.760	497	3.028	3.156	41.410
Dezember	351	23.681	10.815	501	3.058	3.185	41.591
Summen	2.169	141.135	64.249	2.978	17.909	18.805	247.245

KM 1 Gesamt-kasse	DATEN KM 6 II Gesamtkasse							
	Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
	Januar							
	Februar							
	März							
	April							
	Mai							
	Juni							
479.754	Juli	961	52.044	24.199	1.230	7.791	8.406	94.631
480.185	August	967	52.223	24.240	1.235	7.833	8.443	94.941
481.865	September	975	52.359	24.306	1.239	7.909	8.483	95.271
482.472	Oktober	979	52.101	24.188	1.229	7.804	8.383	94.684
482.882	November	962	52.574	24.496	1.259	8.000	8.535	95.826
483.106	Dezember	956	52.826	24.638	1.270	8.100	8.645	96.435
	Summen	5.800	314.127	146.067	7.462	47.437	50.895	571.788

DMP-Quote Gesamtkasse KM 6 in Bezug auf KM 1							
Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
Januar							
Februar							
März							
April							
Mai							
Juni							
Juli	0,20	10,85	5,04	0,26	1,62	1,75	19,72
August	0,20	10,88	5,05	0,26	1,63	1,76	19,78
September	0,20	10,87	5,04	0,26	1,64	1,76	19,77
Oktober	0,20	10,80	5,01	0,25	1,62	1,74	19,62
November	0,20	10,89	5,07	0,26	1,66	1,77	19,85
Dezember	0,20	10,93	5,10	0,26	1,68	1,79	19,96
Summen							

DATEN KM 6 II Rechtskreis West							
Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
Januar	601	28.892	13.748	757	4.960	5.405	54.363
Februar	616	29.242	13.943	770	5.061	5.524	55.156
März	613	29.366	13.991	776	5.107	5.570	55.423
April	607	29.286	13.935	780	5.084	5.562	55.254
Mai	600	29.468	13.973	783	5.164	5.586	55.574
Juni	608	29.613	14.042	799	5.226	5.668	55.956
Juli							
August							
September							
Oktober							
November							
Dezember							
Summen	3.645	175.867	83.632	4.665	30.602	33.315	331.726

DATEN KM 6 II Rechtskreis Ost							
Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
Januar	347	23.591	10.778	488	3.033	3.165	41.402
Februar	356	23.765	10.929	494	3.095	3.225	41.864
März	359	23.811	10.973	498	3.125	3.237	42.003
April	344	23.741	10.948	501	3.125	3.203	41.862
Mai	349	23.848	10.976	505	3.144	3.216	42.038
Juni	356	23.903	11.051	509	3.167	3.257	42.243
Juli							
August							
September							
Oktober							
November							
Dezember							
Summen	2.111	142.659	65.655	2.995	18.689	19.303	251.412

KM 1 Gesamtkasse	DATEN KM 6 II Gesamtkasse							
	Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
480.511	Januar	948	52.483	24.526	1.245	7.993	8.570	95.765
481.113	Februar	972	53.007	24.872	1.264	8.156	8.749	97.020
481.106	März	972	53.177	24.964	1.274	8.232	8.807	97.426
480.208	April	951	53.027	24.883	1.281	8.209	8.765	97.116
479.601	Mai	949	53.316	24.949	1.288	8.308	8.802	97.612
479.499	Juni	964	53.516	25.093	1.308	8.393	8.925	98.199
	Juli							
	August							
	September							
	Oktober							
	November							
	Dezember							
	Summen	5.756	318.526	149.287	7.660	49.291	52.618	583.138

DMP-Quote Gesamtkasse KM 6 in Bezug auf KM 1							
Monat	Brustkrebs	Diabetes Typ II	KHK	Diabetes Typ I	Asthma	COPD	Summen
Januar	0,20	10,92	5,10	0,26	1,66	1,78	19,92
Februar	0,20	11,02	5,17	0,26	1,70	1,82	20,17
März	0,20	11,05	5,19	0,26	1,71	1,83	20,24
April	0,20	11,04	5,18	0,27	1,71	1,83	20,23
Mai	0,20	11,12	5,20	0,27	1,73	1,84	20,36
Juni	0,20	11,16	5,23	0,27	1,75	1,86	20,47
Juli							
August							
September							
Oktober							
November							
Dezember							
Summen							

Quelle: (KM1 zu KM 6 II 2012/2013) Monats- und Quartalsstatistik der Fa. InfoMedicus, MitarbeiterIn der Zentrale

10.2 Information der Versicherten durch Informationsmaterial

Im BAHN-BKK MedPlus Programm Koronare Herzerkrankung erhalten die Versicherten die Patientenaufklärungsbroschüre: Das Wichtigste zum Behandlungsprogramm Koronare Herzerkrankung in Kürze, die Broschüre: BAHN-BKK MedPlus Ihr Programm bei Koronarer Herzkrankheit und das Herzinsuffizienz Tagebuch und den Blutdruckpass.

Die im Zeitraum vom 01.07.2011 bis 30.06.2013 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 KHK der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand: 30.06.2013)

Nummer	Medium	Anzahl 2012 (2.HJ)	Anzahl 2013 (1. HJ)
1	Programmaufklärungs- Broschüre: "Das Wichtigste zum Behandlungsprogramm Koronare Herzerkrankung in Kürze" *	3.050	6.000
2	Broschüre: Patientenleitlinien "BAHN-BKK MedPlus Ihr Programm bei Koronarer Herzerkrankung" *	100	100
3	Blutdruckpass		400
4	Herz- Tagebuch	150	

Quelle: Abteilung Unternehmensplanung

Die mit * gekennzeichnete Medien werden in den Erstanschreiben 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 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 KHK der BAHN- BKK - bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2013).

	KV- Bezirk	Anzahl der Versicherten	gewünschte Informationsangebote Tabakverzicht	gewünschte Informationsangebote Ernährungsberatung	gewünschte Informationsangebote Körperliches Training
1	Schleswig-Holstein	542	36	117	192
2	Hamburg	253	15	85	87
3	Bremen	120	15	29	51
17	Niedersachsen	1.765	47	246	451
20	Westfalen-Lippe	1.685	89	421	703
38	Nordrhein	1.672	105	502	572
51	Rheinland-Pfalz	956	52	186	235
46	Hessen	1.124	27	165	250
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	1.429	48	294	353
71	Bayern	2.799	83	509	559
72	Berlin	1.331	105	250	476
73	Saarland	388	10	83	88
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	30	315	456
83	Brandenburg	3.337	87	748	720
88	Sachsen-Anhalt	2.625	57	631	636
93	Thüringen	1.413	20	396	584
98	Sachsen	2.671	74	320	544
0	keine KV-Zuordnung		12	53	70
Gesamtergebnis		**25.390**	**912**	**5.350**	**7.027**

Quelle: InfoNet, KCAV, DMP-Referent

- Im Berichtszeitraum 2009 waren 23.040 Versicherte eingeschrieben,
- Im Berichtszeitraum 2010 waren 22.918 Versicherte eingeschrieben
- Im Berichtszeitraum 2011 waren 23.415 Versicherte eingeschrieben
- Im Berichtszeitraum 2012 waren 24.326 Versicherte eingeschrieben
- Im aktuellen Berichtszeitraum 2013 waren 25.390 Versicherte eingeschrieben

Die Versicherten wählten zu folgenden Themenfeldern Informationsmaterial

- **Informationsmaterial Tabakverzicht**

2009 = 1.246 Versicherte;

2010 = 1.047 Versicherte = - 199 Versicherte

2011 = 1.095 Versicherte = + 48 Versicherte

2012 = 1.033 Versicherte = - 62 Versicherte

2013 = 912 Versicherte = - 121 Versicherte

- **Informationsmaterial Ernährungsberatung**

2009 = 5.355 Versicherte;

2010 = 5.642 Versicherte = + 287 Versicherte

2011 = 5.661 Versicherte = + 19 Versicherte

2012 = 5.556 Versicherte = - 105 Versicherte

2013 = 5.350 Versicherte = - 206 Versicherte

- **Informationsmaterial Körperliches Training**

2009 = 6.591 Versicherte;

2010 = 6.857 Versicherte = + 266 Versicherte

2011 = 7.038 Versicherte = + 181 Versicherte

2012 = 7.080 Versicherte = + 42 Versicherte

2013 = 7.027 Versicherte = - 53 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 9.2 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: Serviceteam Controlling, Fa. Comline , DMP-Referent, 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 2012/13 Stand 30.06.2013).

Übersicht Fallzahlen über in ED gewünschte Info-Broschüren zur Ernährungsberatung, zum Tabakverzicht und zur körperlicher Bewegung alle Indikationen außer BrustCa				
Bedarf 2012/2013	Info-Broschüre Tabakverzicht	Info Broschüre Ernährungsberatung	Info- Broschüre körperliches Training	Summe BAHN-BKK Gesamt
Asthma	556	1.305	2.807	4.668
COPD	1.121	1.711	3.150	5.982
Diab I	28	155	103	286
BrustCa	0	0	0	0
KHK	912	5.350	7.027	13.289
Diab II	1.340	12.106	11.803	25.249
Gesamt	3.957	20.627	24.890	49.474

Quelle: Serviceteam Controlling, Fa. Comline , 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 anhängt. 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.

Übersicht der vom BVA zugelassenen Schulungen

Indikation	Name der Schulung	Publikation	Az	Feststellung der Rechts-Konformität
KHK	SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)“	Sawicki PT., BernardoA., Seimel M., Kleespies C., Didjurgeit U. JAMA, January 13, 1999, Vol 281, No. 2	5623.0-3661/2004	21.05.2003
KHK	INRatio Gerinnungs-selbstmanagement:Strukturiertes Behandlungsprogramm für Patienten	Völler H, Dovifat C, Glatz J, Körtke H, Taborski U, Wegscheider K (2004):	5623.0-3661/2004	12.03.2007

	unter oraler Antikoagulation (SPOG2)	Self management of oral anticoagulation with the INRatio system: impact of an structed teaching program on patient´s knowledge of medical background and procedures. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 11:442 - 7		

Indikationsübergreifende Schulungsprogramme:				
DM2, DM1, KHK	LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung	Krakow D, Feulner-Krakow G, Giese M, Osterbrink B, (2004), Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbstmanagement-Schulung, Diabetes Stoffw S. 77-89	5623.0-2395/2002	01.04.2005
DM 1, (DM 2 b.B., KHK b.B.)	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)	a) Pieber-TR, Brunner-GA et al. Diabetes Care Vol. 18, No. 5, May 1995 b) Mühlhauser-I, Bruckner-I, Berger-M, Chetney-V, Jörgens V, Ionescu-Trigviste-C, Schloz-V, Mincu-I. Evaluation of an intensified insulin treatment and teaching program as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. 1987 Diabetologia 30: 681-	5623.0-2395/2002 und 5623.0-3177/2004	02.12.2004

Vertragliche Verpflichtung bei allen Programmen:
„In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der DMP-RL bzw. der RSAV in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung**, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der DMP-RL bzw. der RSAV** in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung **widersprechen, verzichtet werden.“**

Brustkrebs: Patientenschulungen sind gemäß DMP-RL „nicht zielführend“; stattdessen Patientinneninformation.

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

Folgende Kriterien werden seitens der BAHN-BKK ausgewertet.

KHK

§28c Anlage Ziffer 2 RSAV 5 Beschränkung der Maßnahmen auf Gruppen von Patienten, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen

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

Patienten

Beim Vorliegen mindestens eines der folgenden Merkmale wird der Maßnahmeneinsatz 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 koronare Herzkrankheit 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 koronare Herzkrankheit und mindestens eine weitere stationäre Krankenhausbehandlung mit der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose Diabetes aufweisen.

c Patienten, denen auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten KHK-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 KHK-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 die „Telefonische Betreuung“ zur Anwendung.

Quelle: Strukturiertes Behandlungsprogramm BKK MedPlus Koronare Herzerkrankung 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 25.390 (Vorjahr 24.326) und im Arzneimittelsektor 24.773 (Vorjahr 24.817) 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:

KHK:

c Patienten, denen auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten KHK-spezifische Medikamente von mehr als zwei Vertragsärzten (>2) verordnet wurden.
d Patienten, denen auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten KHK-spezifische Medikamente und Antihypertensiva verordnet wurden, wobei die Verordnung von Antihypertensiva von mehr als zwei Vertragsärzten (>2) erfolgt ist.

Die DMP- spezifischen Medikamente wurden wie folgt selektiert:

KHK spezifische Medikamente entsprechend der in der BKK InfoNet Dokumentation genannten ATC-Codes.

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 KHK der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2013).

KV- Bezirk		Anzahl der Versicherten	Versicherte, die in den vergangenen 12 Mon mehr als 2 Krankenhausbehandlungen mit der Ein- oder Entlassungsdiagnose KHK aufweisen	Patienten, die auf der Grundlage der vorliegenden Leistungsdaten der Krankenkasse in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens eine stationäre Krankenhausbehandlung mit der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose koronare Herzkrankheit und mindestens eine weitere stationäre Krankenhausbehandlung mit der Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose Diabetes aufweisen.	Versicherte, die beide Bedingungen erfüllen	zu kontaktierende Versicherte	Kosten pro KV bei 25 € je Versicherten
1	Schleswig-Holstein	542	5	8	2	15	375 €
2	Hamburg	253	0	3	0	3	75 €
3	Bremen	120	0	0	0	0	0 €
17	Niedersachsen	1.765	11	23	3	37	925 €
20	Westfalen-Lippe	1.685	21	26	5	52	1.300 €
38	Nordrhein	1.672	20	30	7	57	1.425 €
51	Rheinland-Pfalz	956	6	12	1	19	475 €
46	Hessen	1.124	16	24	3	43	1.075 €
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	1.429	11	16	1	28	700 €
71	Bayern	2.799	13	35	0	48	1.200 €
72	Berlin	1.331	16	22	3	41	1.025 €
73	Saarland	388	2	10	0	12	300 €
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	22	23	5	50	1.250 €
83	Brandenburg	3.337	32	59	5	96	2.400 €
88	Sachsen-Anhalt	2.625	23	30	1	54	1.350 €
93	Thüringen	1.413	18	23	2	43	1.075 €
98	Sachsen	2.671	27	65	6	98	2.450 €
Gesamtergebnis		**25.390**	**243**	**409**	**44**	**696**	**17.400 €**

Quelle: Serviceteam Controlling, DMP-Referent

Im Berichtszeitraum standen im Krankenhaussektor 25.390 (Vorjahr 24.326) Teilnehmer als Patientengruppe zur Überprüfung an. Die Leistungsausgaben hierfür wurden mit 17.400 € (Vorjahr 17.175 €) veranschlagt.

T10 b Diagnoseübersicht: KH- Intensivbetreuung: Produktionsdaten Diagnosebezogene Krankenhausbehandlungen mit geldwerter Zuordnung der für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für KHK der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2013).

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 Krankenhaussektor 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 KHK der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2013).

KV- Bezirk		Anzahl der Versicherten	Versicherte, denen in den vergangenen 12 Mon KHK-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	509	0	118	2	120	3.000 €
2	Hamburg	213	0	48	1	49	1.225 €
5	Bremen	119	0	20	0	20	500 €
17	Niedersachsen	1.600	0	330	4	334	8.350 €
20	Westfalen-Lippe	1.709	0	348	4	352	8.800 €
38	Nordrhein	1.640	0	366	0	366	9.150 €
45	Rheinland-Pfalz	954	0	175	1	176	4.400 €
46	Hessen	1.143	0	181	2	183	4.575 €
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	1.333	0	241	5	246	6.150 €
71	Bayern	2.852	0	406	2	408	10.200 €
72	Berlin	1.222	0	247	2	249	6.225 €
73	Saarland	378	0	88	1	89	2.225 €
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.229	0	238	4	242	6.050 €
83	Brandenburg	3.254	0	549	6	555	13.875 €
88	Sachsen-Anhalt	2.690	0	477	1	478	11.950 €
93	Thüringen	1.359	0	249	3	252	6.300 €
98	Sachsen	2.569	0	487	6	493	12.325 €
Gesamtergebnis		**24.773**	**0**	**4.568**	**44**	**4.612**	**115.300 €**

Im Berichtszeitraum standen im Arzneimittelsektor 24.773 (Vorjahr 24.817) Teilnehmer als Patientengruppe zur Überprüfung an. Die Leistungsausgaben hierfür wurden mit 115.300 € (Vorjahr 113.525 €) veranschlagt.

T10 d Diagnoseübersicht: Arzt- Intensivbetreuung: Produktionsdaten Diagnosebezogene Arzneimitteldaten mit geldwerter Zuordnung der für TeilnehmerInnen an den strukturierten Behandlungsprogramm BAHN-BKK Med Plus für KHK der BAHN- BKK -bundesweite Auswertung-(Stand 30.06.2013)

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 5 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 erfolgt nicht.

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.

Das Beratungsgespräch wird durch die BAHN-BKK durchgeführt werden.

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 KHK 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 Rückrechung 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 ausgeschrieben 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 ausgeschrieben 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 Koronare Herzkrankheit 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 Koronare Herzkrankheit durch.

Das BAHN-BKK MedPlus Programm Koronare Herzkrankheit sieht im Gegensatz zum DMP Brustkrebs einen Ausschlusstatbestand 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. Der Quartalsbezug gilt ab dem 01.07.2004 (9. RSAV).

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 Ausschreibetatbestände 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 1.374 Versicherte (Vorjahresberichtszeitraum 1.877 Versicherte) wegen des Ausschlusstatbestandes zwei fehlende Dokumentationen und 5 Versicherte (Vorjahresberichtszeitraum 6 Versicherte) weil, Sie innerhalb von 12 Monaten zwei empfohlene Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen haben, aus dem BAHN-BKK MedPlus Programm KHK ausgeschrieben werden. Dies ist ein Anteil von 0,36% (Vorjahresberichtszeitraum 0,32 %) bei den Schulungen und 99,64 % (Vorjahresberichtszeitraum 99,68%) bei 2 aufeinander fehlenden Dokumentationen an Ausschreibungen aus dem BAHN-BKK MedPlus Programm KHK 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 KHK der BAHN-BKK (Stand: 30.06.2013)

KV-Bezirk		2 fehlende Schulungen innerhalb von 12 Monaten	2 fehlende Dokumentationen	Gesamt	Anteil [%]
1	Schleswig-Holstein	0	24	24	1,74
2	Hamburg	0	37	37	2,68
3	Bremen	0	0	0	0,00
17	Niedersachsen	0	127	127	9,21
20	Westfalen-Lippe	0	146	146	10,59
38	Nordrhein	0	165	165	11,97
51	Rheinland-Pfalz	0	0	0	0,00
46	Hessen	0	81	81	5,87
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	140	140	10,15
72	Berlin	0	62	62	4,50
73	Saarland	0	21	21	1,52
78	Mecklenburg-Vorpommern	0	78	78	5,66
83	Brandenburg	5	132	137	9,93
88	Sachsen-Anhalt	0	140	140	10,15
93	Thüringen	0	92	92	6,67
98	Sachsen	0	129	129	9,35
Gesamtergebnis		5	1.374	1.379	
Anteil [%]		0,36	99,64		

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

13.5 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" 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 RGSèn mussten 498 weniger zu prüfende Fälle im I. Quartal 2012 bearbeiten). Im letzten Bericht wurde hierüber dezidiert berichtet.

Daher haben wir bereits in den mehreren RGS en 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 Pilotpartnergewinnen, die DMP Ärzte der BAHN-BKK Versicherten anzurufen und die fehlenden FD `s für das jeweilige Quartal 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

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 den geführten Gesprächen verhindern wir 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

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) halten zu können. Wir werden daher die Thematik mit den DMP-Akteuren weiter vertiefen.

13.6 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 KHK 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 - 4.516 KundenInnen (Vorjahresberichtszeitraum 6.071 Versicherte) ausgeschrieben. Der mit Abstand häufigste Austrittsgrund neben den „harten“ Qualitätssicherungszielen war mit 1.289 Ausschreibungen (Vorjahresberichtszeitraum 1.123 Versicherte) der Tod.

Auf eigenen Wunsch schieden 234 Versicherte (Vorjahresberichtszeitraum 1.532 Versicherte) aus dem BAHN-BKK MedPlus Programm KHK aus.

85 Versicherte (Vorjahresberichtszeitraum 89 Versicherte) entschieden sich leider für einen Kassenwechsel.

24 Versicherte ((Vorjahresberichtszeitraum 26 Versicherte) schieden wegen eines Arztwechsels mit KV-Bereichswechsel aus und nehmen nun in einer anderen KV Region am BAHN-BKK MedPlus Programm KHK teil.

Da im Berichtszeitraum keine 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 KHK (Stand: 30.06.2013)

KV-Bezirk	Verstorben	Regelmäßige Arzttermine nicht eingehalten	Schulungstermine nicht eingehalten	Arztwechsel zu Nicht-DMP-Arzt	Austritt auf Wunsch des Versicherten	Teilnahmevoraussetzung liegt nicht mehr vor (Wegfall der Diagnose)	Arzt als DMP-Arzt ausgeschieden	Rechtskreiswechsel	Kassenwechsel	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. Ausfüllanleitung vs. Plausi)	Gesamt	Anteil [%]
1 Schleswig-Holstein	32	0	0	0	7	1	0	0	2	0	0	24	1	0	1	0	68	1,51
2 Hamburg	11	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	37	0	0	2	0	54	1,20
3 Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.413	0	0	0	0	0	0	1.413	31,29
17 Niedersachsen	93	0	0	0	30	0	0	1	8	0	0	127	4	0	4	0	267	5,91
20 Westfalen-Lippe	78	0	0	0	31	0	0	0	8	0	0	146	2	0	0	0	265	5,87
38 Nordrhein	85	1	0	0	31	1	0	0	6	0	0	165	2	0	0	0	291	6,44
51 Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
46 Hessen	56	1	0	0	20	0	0	1	1	0	0	81	4	0	1	0	165	3,65
47 Koblenz	0	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	0,00
49 Pfalz	0	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	0,00
55 Nordbaden	0	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	0,00
61 Nord-Württemberg	0	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	0,00
52 Baden-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
71 Bayern	185	0	0	0	16	1	0	1	8	0	0	140	3	0	1	0	355	7,86
72 Berlin	60	0	0	4	8	0	1	5	6	0	0	62	1	0	3	0	150	3,32
73 Saarland	20	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	21	1	0	0	0	44	0,97
78 Mecklenburg-Vorpommern	74	0	0	0	10	0	0	2	1	0	0	78	1	0	1	0	167	3,70
83 Brandenburg	201	15	5	0	24	1	1	5	4	0	1	132	9	1	4	0	403	8,92
88 Sachsen-Anhalt	139	0	0	0	21	1	1	5	22	0	0	140	1	0	2	0	332	7,35
93 Thüringen	84	2	0	1	13	0	0	2	7	0	0	92	2	0	4	0	207	4,58
98 Sachsen	171	0	0	0	17	0	0	2	12	0	0	129	0	0	4	0	335	7,42
Gesamtergebnis	1.289	19	5	5	234	5	3	24	85	1.413	1	1.374	31	1	27	0	4.516	
Anteil [%]	28,54	0,42	0,11	0,11	5,18	0,11	0,07	0,53	1,88	31,29	0,02	30,43	0,69	0,02	0,60	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)

13.7 Wiedereinschreibquote nach Ausschreibung aufgrund Ausschreibetatbestände

Die BAHN-BKK führt seit Einführung der DMP Programme Buch, wie sich Ihre Reakquiseaktivitäten entwickeln. Diese ist den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen.

Tabelle: DMP Wiedereinschreibquote nach Jahren und Fallzahlen über 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	3941	1559	39,56%
2013	0	0	0,00%
2014	0	0	0,00%
2015	0	0	0,00%
Gesamt	36076	17195	47,66%

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

Tabelle: DMP Wiedereinschreibquote nach DMP Indikationen und Fallzahlen im Jahr 2012

DMP Wiedereinschreibquote 2012

DMP	ausgeschrieben wegen fehlender Doku's bzw. fehlender Schulungen	wieder eingeschrieben	Wiedereinschreibquote
1	544	174	31,99%
2	2002	886	44,26%
3	877	317	36,15%
4	6	1	16,67%
5	75	36	48,00%
6	437	145	33,18%
Gesamt	3941	1559	39,56%

Quelle: Serviceteam Controlling

14 Übersicht über die Auslöser, Maßnahmenkatalog und Zielerreichung des BAHN-BKK MedPlus Programm KHK

Tabelle 13: KV allgemeine Übersicht über QS Merkmale, Prüfroutinen, Auslöser, Maßnahmenkatalog und Zielerreichung der BAHN-BKK für Teilnehmerinnen am strukturierten Behandlungsprogramm KHK -bundesweite Auswertung KV bezogen- (Stand: 30.06.2013).

Anlass	QS Ziel	QS Indikatoren	QS Maßnahme	Anzahl der Maßnahmen
Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	Information über die Problematik der Hypertonie und Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre); maximal einmal pro Jahr	1.754
Sicherstellung der regelmässigen Teilnahme des Versicherten	Sicherstellung der regelmässigen Teilnahme des Versicherten (Fehlende Folgedokumentationen)	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entspr. dem dokumentierten Doku-Zeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten. Zielwert: Im Mittel 90 % über die gesamte Programmlaufzeit	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arztbesuche	426
Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	Reduktion des Anteils der rauchenden Versicherten	entfällt	Aufklärung/ Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung	142
Wahrnehmung empfohlener Schulungen	Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr	79
Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anteil der verordneten Schulungen, die abgerechnet worden sind. Zielwert: 85 %.	Auswertung im Qualitätsbericht.	Es kann keine Auswertung erfolgen, da die Abrechnungsdaten des II. Quartal 2013 derzeit nicht vorliegen und geprüft werden können.
Innerhalb des vereinbarten Doku-Intervalls ist keine Dokumentation übermittelt worden	Sicherstellung der regelmässigen Teilnahme (Fehlende Dokumentationen) aus Musterbehandlungsprogramm	entfällt	Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arztbesuche	51.004
Die vereinbarte Teilnahme an einer empfohlenen zielgruppenspezifischen Patientenschulung ist nicht erfolgt	Wahrnehmung empfohlener Schulungen aus Musterbehandlungsprogramm	entfällt	Aufklärung/ Information des Versicherten über die Wichtigkeit von Schulungen, maximal einmal pro Jahr	79
Sicherstellung der korrekten Einschreibung	Sicherstellung der korrekten Einschreibung	Dauerhaft 100 % korrekte Einschreibung. Die BAHN-BKK lasst in Ihre Datenbanken nur die vollständigen, plausiblen und fristgerecht eingegangenen Dokumenationen einspielen.		0
Gesamt				

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 erneut eine Verbesserung der Prozentzahl von 97,49 % auf 98,42 % erreicht.

Tabelle 14a-g: KV spezifische Übersicht über QS Merkmale, Prüfroutinen, Auslöser, Maßnahmenkatalog und Zielerreichung der BAHN-BKK für Teilnehmerinnen am strukturierten Behandlungsprogramm KHK -bundesweite Auswertung KV bezogen- (Stand: 30.06.2013).

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

Im laufenden Berichtszeitraum beträgt die Anzahl der ausgewerteten Teilnehmer 25.390. Im vorhergehenden Berichtszeitraum wurden 24.326 Teilnehmer ausgewertet.

2.) Tabelle 14a: Qualitätssicherung Zielblutdruck nicht erreicht

	KV- Bezirk	Anzahl	Zielblutdruckwert nicht erreicht	%-anteil
1	Schleswig-Holstein	542	38	7,01
2	Hamburg	253	31	12,25
3	Bremen	120	1	0,83
17	Niedersachsen	1.765	135	7,65
20	Westfalen-Lippe	1.685	107	6,35
38	Nordrhein	1.672	112	6,70
51	Rheinland-Pfalz	956	51	5,33
46	Hessen	1.124	66	5,87
47	Koblenz	0	1	0
48	Rheinhessen	0	0	0
49	Pfalz	0	2	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	2	0
60	Südbaden	0	1	0
61	Nord-Württemberg	0	3	0
62	Süd-Württemberg	0	0	0
52	Baden-Württemberg	1.429	146	10,22
71	Bayern	2.799	159	5,68
72	Berlin	1.331	75	5,63
73	Saarland	388	26	6,70
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	61	4,77
83	Brandenburg	3.337	186	5,57
88	Sachsen-Anhalt	2.625	142	5,41
93	Thüringen	1.413	122	8,63
98	Sachsen	2.671	287	10,75
Gesamtergebnis		**25.390**	**1.754**	6,91

Quelle: Serviceteam Controlling (STC), 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 14b: Qualitätssicherung Reduktion des Anteils der übergewichtigen Patienten -Bewegung-

	KV- Bezirk	Anzahl	Reduktion des Anteils der übergewichtigen Patienten (Bewegung)	%-anteil
1	Schleswig-Holstein	542	36	6,64
2	Hamburg	253	17	6,72
3	Bremen	120	9	7,50
17	Niedersachsen	1.765	79	4,48
20	Westfalen-Lippe	1.685	95	5,64
38	Nordrhein	1.672	90	5,38
51	Rheinland-Pfalz	956	42	4,39
46	Hessen	1.124	36	3,20
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	2	0
61	Nord-Württemberg	0	2	0
62	Süd-Württemberg	0	1	0
52	Baden-Württemberg	1.429	61	4,27
71	Bayern	2.799	109	3,89
72	Berlin	1.331	92	6,91
73	Saarland	388	12	3,09
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	33	2,58
83	Brandenburg	3.337	85	2,55
88	Sachsen-Anhalt	2.625	67	2,55
93	Thüringen	1.413	96	6,79
98	Sachsen	2.671	80	3,00
Gesamtergebnis		**25.390**	**1.044**	4,11

Quelle: Serviceteam Controlling (STC), 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 14c: Qualitätssicherung Reduktion des Anteils der übergewichtigen Patienten -Ernährung -

	KV- Bezirk	Anzahl	Reduktion des Anteils der übergewichtigen Patienten (Ernährung)	%-anteil
1	Schleswig-Holstein	542	18	3,32
2	Hamburg	253	14	5,53
3	Bremen	120	1	0,83
17	Niedersachsen	1.765	40	2,27
20	Westfalen-Lippe	1.685	59	3,50
38	Nordrhein	1.672	72	4,31
51	Rheinland-Pfalz	956	19	1,99
46	Hessen	1.124	36	3,20
47	Koblenz	0	1	0
48	Rheinhessen	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	0	0
60	Südbaden	0	1	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	1	0
52	Baden-Württemberg	1.429	60	4,20
71	Bayern	2.799	97	3,47
72	Berlin	1.331	56	4,21
73	Saarland	388	8	2,06
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	30	2,34
83	Brandenburg	3.337	78	2,34
88	Sachsen-Anhalt	2.625	59	2,25
93	Thüringen	1.413	38	2,69
98	Sachsen	2.671	54	2,02
Gesamtergebnis		**25.390**	**742**	2,92

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 14d: Qualitätssicherung: Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten

	KV- Bezirk	Anzahl	Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	%-anteil
1	Schleswig-Holstein	542	18	3,32
2	Hamburg	253	14	5,53
3	Bremen	120	1	0,83
17	Niedersachsen	1.765	40	2,27
20	Westfalen-Lippe	1.685	59	3,50
38	Nordrhein	1.672	72	4,31
51	Rheinland-Pfalz	956	19	1,99
46	Hessen	1.124	36	3,20
47	Koblenz	0	1	0
48	Rheinhessen	0	0	0
49	Pfalz	0	0	0
50	Trier	0	0	0
55	Nordbaden	0	0	0
60	Südbaden	0	1	0
61	Nord-Württemberg	0	0	0
62	Süd-Württemberg	0	1	0
52	Baden-Württemberg	1.429	60	4,20
71	Bayern	2.799	97	3,47
72	Berlin	1.331	56	4,21
73	Saarland	388	8	2,06
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	30	2,34
83	Brandenburg	3.337	78	2,34
88	Sachsen-Anhalt	2.625	59	2,25
93	Thüringen	1.413	38	2,69
98	Sachsen	2.671	54	2,02
Gesamtergebnis		**25.390**	**742**	2,92

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 14e: Qualitätssicherung: Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten

	KV- Bezirk	Anzahl	Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	%-anteil
1	Schleswig-Holstein	542	4	0,74
2	Hamburg	253	4	1,58
3	Bremen	120	0	0,00
17	Niedersachsen	1.765	6	0,34
20	Westfalen-Lippe	1.685	10	0,59
38	Nordrhein	1.672	16	0,96
51	Rheinland-Pfalz	956	6	0,63
46	Hessen	1.124	4	0,36
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	1.429	8	0,56
71	Bayern	2.799	26	0,93
72	Berlin	1.331	26	1,95
73	Saarland	388	1	0,26
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	4	0,31
83	Brandenburg	3.337	11	0,33
88	Sachsen-Anhalt	2.625	6	0,23
93	Thüringen	1.413	0	0,00
98	Sachsen	2.671	10	0,37
Gesamtergebnis		**25.390**	**142**	0,56

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 14f: Qualitätssicherung: Wahrnehmung empfohlener Schulungen

	KV- Bezirk	Anzahl mind. 1 empfohlener Schulung in ED und FD	Empfohlene Schulung Diabetes oder Hypertonie im Programmlaufzeit mind. 1 mal wahrgenommen	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	542	1	0,18
2	Hamburg	253	0	0,00
3	Bremen	120	0	0,00
17	Niedersachsen	1.765	8	0,45
20	Westfalen-Lippe	1.685	6	0,36
38	Nordrhein	1.672	8	0,48
51	Rheinland-Pfalz	956	3	0,31
46	Hessen	1.124	1	0,09
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	1.429	2	0,14
71	Bayern	2.799	3	0,11
72	Berlin	1.331	9	0,68
73	Saarland	388	2	0,52
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	4	0,31
83	Brandenburg	3.337	13	0,39
88	Sachsen-Anhalt	2.625	18	0,69
93	Thüringen	1.413	0	0,00
98	Sachsen	2.671	1	0,04
Gesamtergebnis		**25.390**	**79**	0,31

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 14g: Qualitätssicherung: Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen

	KV- Bezirk	Anzahl mind. 1 empfohlener Schulung in ED und FD	Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	% Anteil
1	Schleswig-Holstein	542	0	0,00
2	Hamburg	253	0	0,00
3	Bremen	120	0	0,00
17	Niedersachsen	1.765	0	0,00
20	Westfalen-Lippe	1.685	0	0,00
38	Nordrhein	1.672	0	0,00
51	Rheinland-Pfalz	956	0	0,00
46	Hessen	1.124	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	1.429	0	0,00
71	Bayern	2.799	0	0,00
72	Berlin	1.331	0	0,00
73	Saarland	388	0	0,00
78	Mecklenburg-Vorpommern	1.280	0	0,00
83	Brandenburg	3.337	0	0,00
88	Sachsen-Anhalt	2.625	0	0,00
93	Thüringen	1.413	0	0,00
98	Sachsen	2.671	0	0,00
Gesamtergebnis		**25.390**	**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.

Evaluiert 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 Versicherten**stammdaten** 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 Dezember 2009 (Erstbefragung sowie Wiederholungsbefragungen) wurden 2.751 BAHN-BKK Versicherte angeschrieben.

In der letzten Lebensqualitätsbefragung DMP-Evaluation (Erstbefragung der Kohorte 20092 20101 sowie Wiederholungsbefragung der Kohorte 20071 20101) wurden 2.873 BAHN-BKK Versicherte angeschrieben.

In der aktuellen Lebensqualitätsbefragung DMP-Evaluation (Erstbefragung der Kohorte 20102 sowie Wiederholungsbefragung der Kohorte 20082 20062) wurden 4.564 BAHN-BKK Versicherte angeschrieben.

Die Verteilung auf die BAHN-BKK MedPlus Programm entnehmen Sie bitte der nachstehenden Tabelle15.

Tabelle15: 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 20092)	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 20072)	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. 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

Tabelle15a: 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 1) Erstbefragung 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

Tabelle15d: Versand SF 36 Fragebogen Evaluation Diagnoseübersicht 2. Halbjahr 2012

Übersicht Fallzahlen Lebensqualitätsbefragung SF 36 im 2. Halbjahr 2012 alle Indikationen							
2012/2013	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Erstbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2012 1) Erstbefragung 2012 I	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2010 1) 2. Wiederholungsbefragung 2010 I	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2008 1) 2. Wiederholungsbefragung 2008 I	Anzahl der Versicherten BAHN-BKK Gesamt	Preis lt. Vertrag 1,93 €	Mwst	Summe
Asthma	724	340	0	1.064	2.053,52	390,17	2.443,69
COPD	804	430	0	1.234	2.381,62	452,51	2.834,13
Diab I	93	39	0	132	254,76	48,40	303,16
BrustCa	38	24	28	90	173,70	33,00	206,70
KHK	1.012	814	61	1.887	3.641,91	691,96	4.333,87
Diab II	1.153	1.087	162	2.402	4.635,86	880,81	5.516,67
Gesamt	3.824	2.734	251	6.809	13.141,37	2.496,86	15.638,23

Quelle: DMP Servicebüro Krankenkasse, DMP Referent

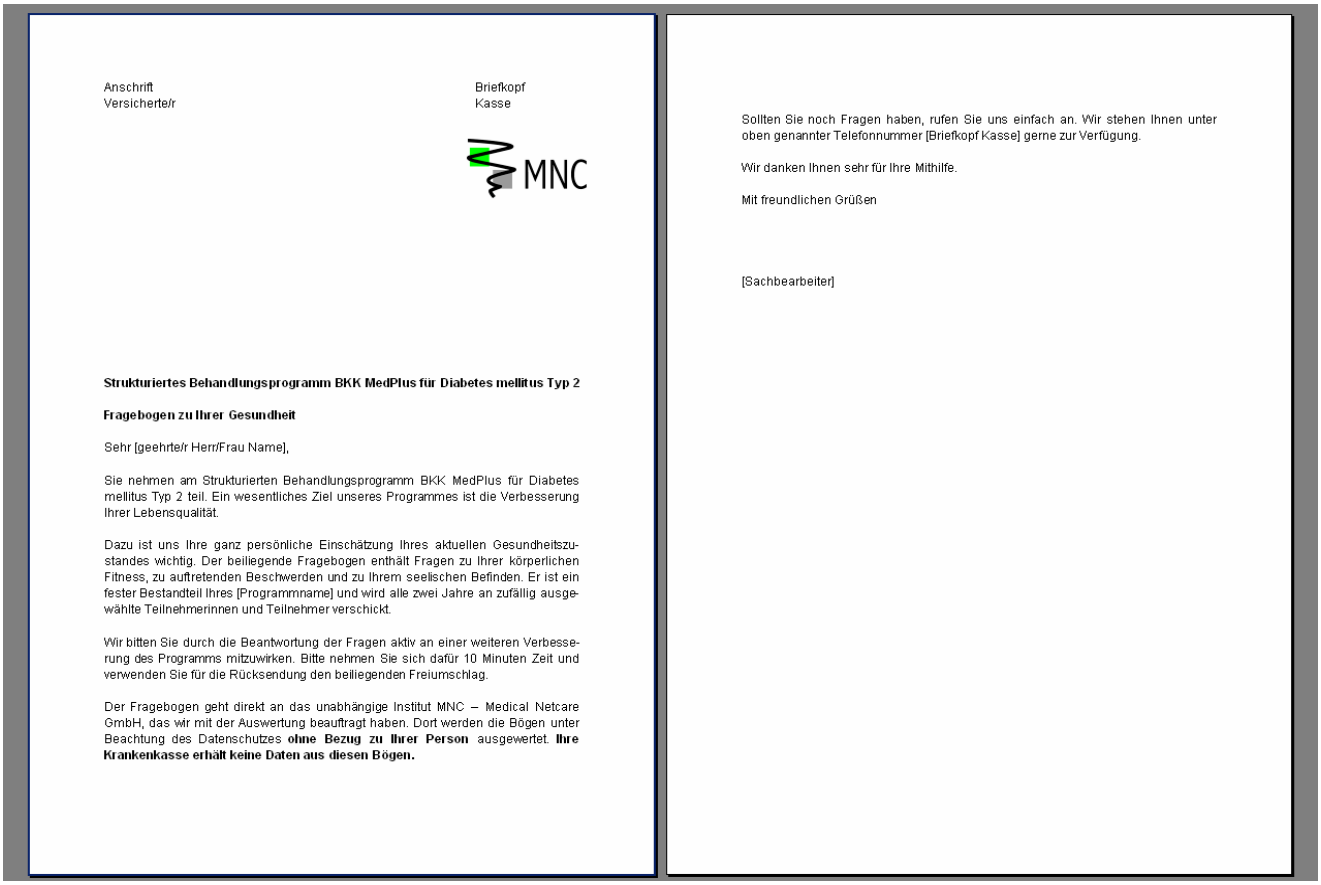
Tabelle15e: Versand SF 36 Fragebogen Evaluation Diagnoseübersicht 1. Halbjahr 2013

Übersicht Fallzahlen Lebensqualitätsbefragung SF 36 im 1. Halbjahr 2013 alle Indikationen								
2013	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Erstbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2012 2) Erstbefragung 2012 2	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2010 2) 1. Wiederholungsbefragung 2010 2	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2008 2) 2. Wiederholungsbefragung 2008 2	Versicherte, denen ein SF 36 Fragebogen im Rahmen der Wiederholungsbefragung zugesandt wurde (Kohorte 2006 2) 3. Wiederholungsbefragung 2006 2	Anzahl der Versicherten BAHN-BKK Gesamt	Preis lt. Vertrag 1,93 €	Mwst	Summe
Asthma	638	420	0	0	1.058	2.041,94	387,97	2.429,91
COPD	714	458	0	0	1.172	2.261,96	429,77	2.691,73
Diab I	88	57	57	0	202	389,86	74,07	463,93
BrustCa	28	20	20	2	70	135,10	25,67	160,77
KHK	889	701	500	0	2.090	4.033,70	766,40	4.800,10
Diab II	870	817	531	161	2.379	4.591,47	872,38	5.463,85
Gesamt	3.227	2.473	1.108	163	6.971	13.454,03	2.556,27	16.010,30

Quelle: DMP Servicebüro Krankenkasse, DMP Referent

Die Versicherten werden mit folgendem abgestimmten Brief angeschrieben.

15.5.1 Brief und Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität



Anschrift
Versicherte/r

Briefkopf
Kasse

MNC

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKK MedPlus für Diabetes mellitus Typ 2

Fragebogen zu Ihrer Gesundheit

Sehr [geehrte/r Herr/Frau Name],

Sie nehmen am Strukturierten Behandlungsprogramm BKK MedPlus für Diabetes mellitus Typ 2 teil. Ein wesentliches Ziel unseres Programmes ist die Verbesserung Ihrer Lebensqualität.

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.

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.

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.**

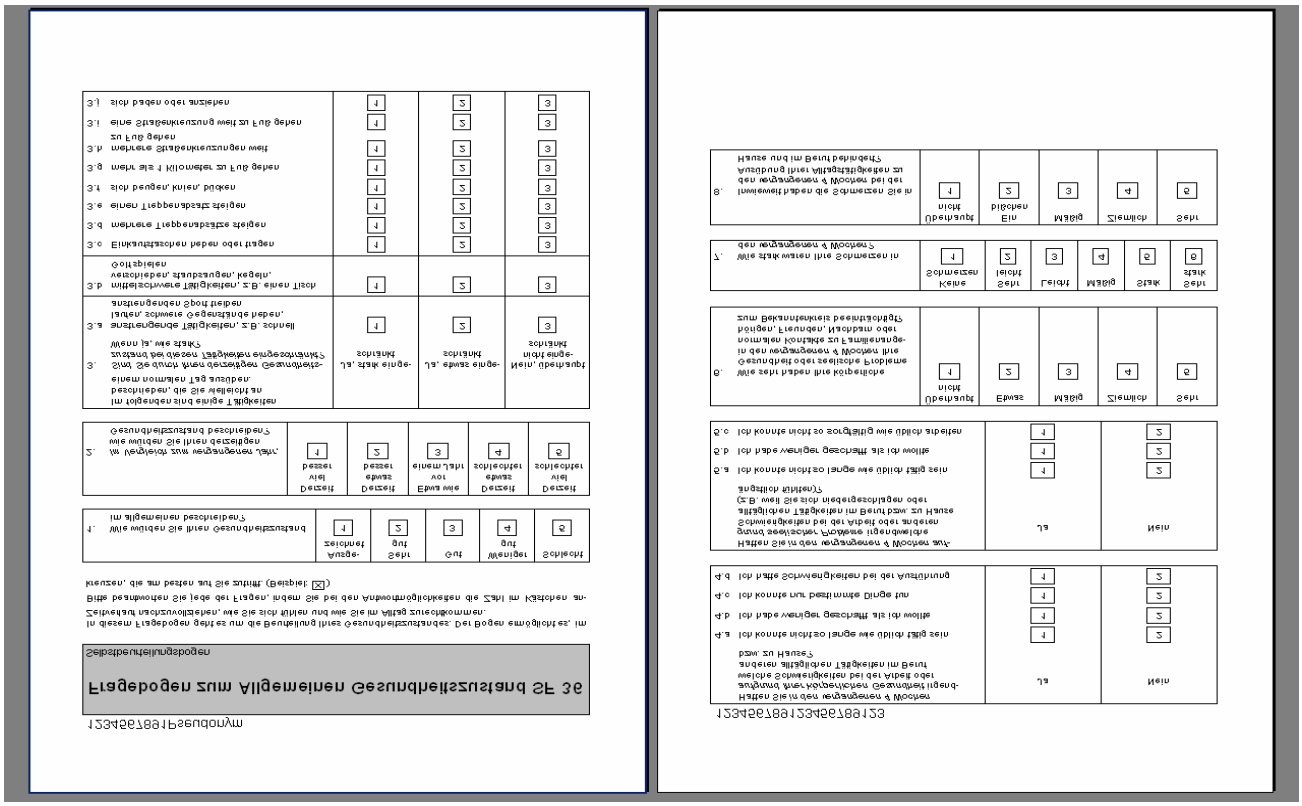
Sollten Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns einfach an. Wir stehen Ihnen unter oben genannter Telefonnummer [Briefkopf Kasse] gerne zur Verfügung.

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

[Sachbearbeiter]

Quelle: DMP Servicebüro Krankenkasse, DMP Referent



Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 36

Selbstbeurteilungsbogen

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen. Bei Fragen oder Problemen wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt.

Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl im Kästchen ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. (Beispiel: ☒)

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	1 ausgezeichnet	2 sehr gut	3 gut	4 weniger gut	5 schlecht
2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	1 derzeit viel besser	2 derzeit etwas besser	3 etwa wie vor einem Jahr	4 derzeit etwas schlechter	5 derzeit viel schlechter

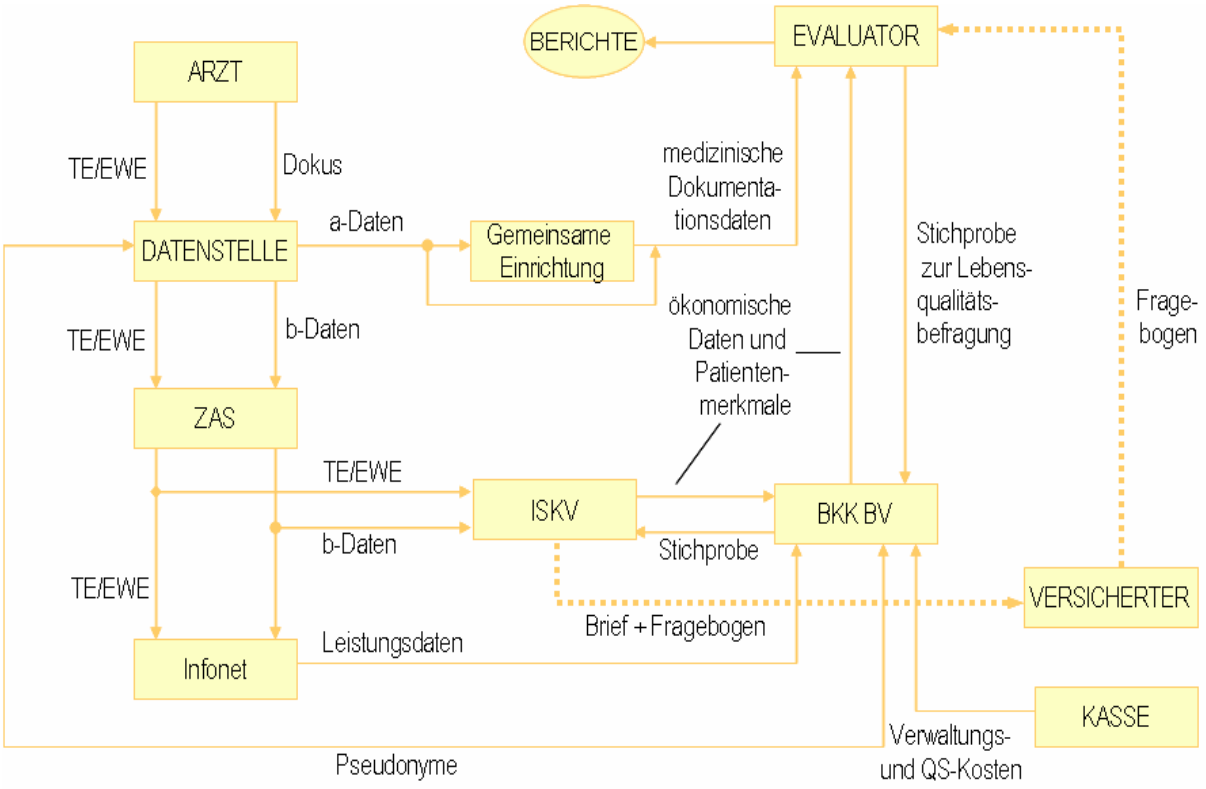
3. Einige Tätigkeiten, die man während eines normalen Tages ausführt, wie zum Beispiel anstrengende Tätigkeiten, mittelschwere Tätigkeiten, Einkaufstaschen heben oder tragen, mehrere Treppenabsätze steigen, einen Treppenabsatz steigen, sich beugen, knien oder bücken, mehrere Kilometer zu Fuß gehen, mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen, eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen, sich waschen oder anziehen?	1 ja, stark eingeschränkt	2 ja, etwas eingeschränkt	3 nein, überhaupt nicht eingeschränkt
4. Wenn Sie während der letzten 4 Wochen wegen Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der täglichen Arbeit oder anderen regelmäßigen Tätigkeiten hatten, wie oft war das während der letzten 4 Wochen der Fall?	1 immer	2 meistens	3 manchmal	4 selten	5 nie
5. Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen wegen körperlicher Probleme bei Ihrer Arbeit oder anderen regelmäßigen Tätigkeiten im Beruf eingeschränkt?	1 immer	2 meistens	3 manchmal	4 selten	5 nie
6. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen?	1 sehr stark	2 stark	3 mäßig	4 leicht	5 gar nicht
7. Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den letzten 4 Wochen Ihre Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder Bekannten beeinträchtigt?	1 immer	2 meistens	3 manchmal	4 selten	5 nie
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in Ihrer Arbeit und im Haushalt behindert?	1 überhaupt nicht	2 ein bisschen	3 mäßig	4 ziemlich	5 sehr

9.a Ich könnte mich frei bewegen, wie ich will	ja	nein
9.b Ich habe wenig Energie	ja	nein
9.c Ich bin meistens traurig	ja	nein
9.d Ich bin meistens gereizt	ja	nein
9.e Ich schlafe ruhig und tief	ja	nein
9.f Ich bin glücklich	ja	nein
9.g Ich bin meistens müde	ja	nein
9.h Ich bin meistens fröhlich	ja	nein
9.i Ich bin meistens niedergeschlagen	ja	nein
9.j Ich bin ausgeglichen	ja	nein

10. Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme Ihre sozialen Kontakte, wie z.B. Besuche bei Freunden, Verwandten, Nachbarn, beeinträchtigt?	1 immer	2 meistens	3 manchmal	4 selten	5 nie
11. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? Ich werde leichter krank als andere Menschen	1 trifft voll zu	2 trifft eher zu	3 weiß nicht	4 trifft eher nicht zu	5 trifft überhaupt nicht zu
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1 trifft voll zu	2 trifft eher zu	3 weiß nicht	4 trifft eher nicht zu	5 trifft überhaupt nicht zu
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1 trifft voll zu	2 trifft eher zu	3 weiß nicht	4 trifft eher nicht zu	5 trifft überhaupt nicht zu
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1 trifft voll zu	2 trifft eher zu	3 weiß nicht	4 trifft eher nicht zu	5 trifft überhaupt nicht zu

12.a Ich könnte mich frei bewegen, wie ich will	ja	nein
12.b Ich habe wenig Energie	ja	nein
12.c Ich bin meistens traurig	ja	nein
12.d Ich bin meistens gereizt	ja	nein
12.e Ich schlafe ruhig und tief	ja	nein
12.f Ich bin glücklich	ja	nein
12.g Ich bin meistens müde	ja	nein
12.h Ich bin meistens fröhlich	ja	nein
12.i Ich bin meistens niedergeschlagen	ja	nein
12.j Ich bin ausgeglichen	ja	nein

15.5.2 Übersicht Datenfluss Evaluation



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

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 i.V.m. § 42 RSAV. In der 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 § 42 i.V.m. §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.

16.5 Entwicklung der Programmkostenpauschale

Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen (sog. Programmkostenpauschale). Sie wurde vom GKV-Spitzenverband für das Jahr 2013 auf 147,84 Euro je eingeschriebenen Versicherten festgelegt und damit abermals abgesenkt. Die Entwicklung der Programmkostenpauschale:

2009	2010	2011	2012
180,-- Euro	180,-- Euro	168,-- Euro	153,12 Euro

Quelle: BVA

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) Folgedoku-mentationen 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 Daten-bestände vor - Daten aus 2003 Verlängerung um 2 Jahre - Daten aus 2004 Verlängerung um 1 Jahr Nur Übergangsregelung Ziel: Zweckgebundene, unterschiedliche Aufbewahrungsfristen	
Versorgungsstruktur gesetz (VStG)	01.01.2012	Durch das Versorgungsstrukturgesetz treten zum 01.01.2012 folgende Änderungen für die DMP in Kraft: - DMP-Inhalte werden als Richtline 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 Bundsausschusses 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	DMP-RL	Aktualisierung der **Anforderungen** als G-BA Richtlinie zu	Asthma (ab 5 Jahre) COPD	und Brustkrebs
17. Dez. 2010	23. RSA-ÄndV	Übergangsregelung zur weiteren Aufbewahrung von DMP-Daten **Löschungsfrist**		
1. Jul. 2009	20. RSA-ÄndV	Modul Chronische Herzinsuffizienz	Aktualisierung der Anlagen (Doku) zu Diabetes mellitus Typ 2, Typ 1 und KHK	
19. Nov. 2008	18. RSA-ÄndV	Doku III. Quartal 2008 Fristverlängerung für Übermittlung um ein Quartal		
1. Apr. 2008	17. RSA-ÄndV	diagnoseübergreifende elektronische Dokumentation	(außer Brustkrebs)	BK ab 1.7.2009 elektronisch
1. Apr. 2007	GKV-WSG	"Entbürokratisierung"	Artikel 38	
1. Feb. 2006	13. RSA-ÄndV	Überarbeitung Brustkrebs		
1. Sep. 2005	12. RSA-ÄndV	Überarbeitung Diabetes mellitus Typ 2		
1. Jan. 2005	11. RSA-ÄndV		Teil 1: Asthma	Teil 2: COPD
1. Mrz. 2004	9. RSA-ÄndV	Diabetes mellitus Typ 1	2. Anpassung Doku Diabetes mellitus Typ 2	1. Anpassung Doku KHK
1. Mai. 2003	7. RSA-ÄndV	koronare Herzkrankheit (KHK)		
1. Jan. 2003	6. RSA-ÄndV	1. Anpassung Doku Diabetes mellitus Typ 2		
1. Jul. 2002	4. RSA-ÄndV	Diabetes mellitus Typ 2	Brustkrebs	

Quelle: KBV Dezernat 7 RSAV Zeitleiste

Übersicht zum Stand der Rechtsvorschriften zu DMP

Verordnung/Gesetz/ Richtlinie	In Kraft	Kurzbeschreibung
4. RSA-ÄndV vom 27. Juni 2002	1. Juli 2002	Allgemeine Anforderungen an DMP; besondere Anforderungen an DMP für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 und für weibliche Versicherte mit Brustkrebs
6. RSA-ÄndV vom 27. Dezember 2002	1. Januar 2003	Überarbeitung der Dokumentation der Daten und Befunde von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2
7. RSA-ÄndV vom 28. April 2003	1. Mai 2003	Anforderungen an DMP für Versicherte mit koronarer Herzkrankheit (KHK)
9. RSA-ÄndV vom 18. Februar 2004	1. März 2004	Anforderungen an DMP für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1; Überarbeitung der Anforderungen an die Dokumentation für Diabetes mellitus Typ 2 und KHK; Vereinfachung der Umsetzung der DMP
11. RSA-ÄndV vom 22. Dezember 2004	1. Januar 2005	Anforderungen an DMP für Versicherte mit Asthma und Versicherte mit einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)
12. RSA-ÄndV vom 15. August 2005	1. September 2005	Überarbeitung der Anforderungen an die DMP für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2
13. RSA-ÄndV vom 23. Januar 2006	1. Februar 2006	Überarbeitung der Anforderungen an die DMP für weibliche Versicherte mit Brustkrebs; Überarbeitung der Anpassungspflichten an gesetzliche Änderungen; Ergänzung der datenschutzrechtlichen Auflagen der Arbeitsgemeinschaften; Anpassung der Regelungen zu den Evaluationsberichten nach Wiederzulassung
GKV-WSG vom 26. März 2007	1. April 2007	Verlängerung des Zulassungszeitraumes von drei auf fünf Jahre; Verfahrensvereinfachungen z.B. bei den Einschreibevoraussetzungen, den Übermittlungsfristen oder den Mitwirkungspflichten für teilnehmende Versicherte
17. RSA-ÄndV vom 26. März 2008	1. April 2008	Vereinfachung in den Bereichen Einschreibung, Dokumentation und Datenfluss; Änderungen und Vereinfachungen bzgl. der Erstellung von Evaluationsberichten

Verordnung/Gesetz/ Richtlinie	In Kraft	Kurzbeschreibung
18. RSA-ÄndV vom 12. November 2008	19. November 2008	Ausnahmeregelung bezüglich der Wertung von Dokumentationen des dritten Quartals 2008 Verlängerung der Übermittlungsfrist für Evaluationsberichte von einem Jahr auf 15 Monate
20. RSA-ÄndV vom 29. Juni 2009	1. Juli 2009	Einführung des Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“ im Rahmen des DMP KHK
23. RSA-ÄndV vom 16. Dezember 2010	17. Dezember 2010	Übergangsregelung zur weiteren Aufbewahrung von DMP-Daten (Löschungsfrist)
GKV-VStG vom 28. Dezember 2011	1. Januar 2012	Unbefristete Zulassung Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
DMP-RL vom 16. Februar 2012	19. Juli 2012	Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP zu den Indikationen Brustkrebs, Asthma und COPD
DMP-AF-RL vom 19. Juli 2012	3. Oktober 2012	Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für DMP-Daten auf 15 Jahre; Die Richtlinie tritt allerdings mit Ablauf des 31. Dezember 2018 wieder außer Kraft.

RSA-ÄndV = Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

GKV-WSG = Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

GKV-VStG = Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)

DMP-RL = Richtlinie des G-BA zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V

DMP-AF-RL = Richtlinie des G-BA zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Nr. 5 SGB V

Quelle: BVA

18 Arztbezogener Qualitätssicherungsbericht der Gemeinsamen Einrichtungen

Die Vertragspartner haben sich als „Gemeinsame Einrichtung“ zusammengeschlossen. 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 eingeschrieben 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 des 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.

Sie erhalten anbei den indikationsspezifischen Bericht (Gesamt-GE-Bericht) zum DMP Koronare Herzkrankheit, Ausgabe für den Berichtszeitraum 01.07.2012 bis 31.12.2012 (Erstellungstag: 27.05.2013).

Indikationsspezifischer Bericht für die Gemeinsame Einrichtung zum DMP Koronare Herzkrankheit

Berichtszeitraum 01.07.2012 bis 31.12.2012
Erstellungstag: 27.05.2013

In diesem Bericht

- **Überblick**
  Seite: 1
- **Kernbericht**
  Seite: 2 und 3
- **Modul Herzinsuffizienz**
  Seite: 4
- **Verlaufsbezogene Darstellung von Blutdruck-Werteklassen**
  Seite: 5
- **Erweiterter Bericht**
  Seite: 5

Patienten im Bericht

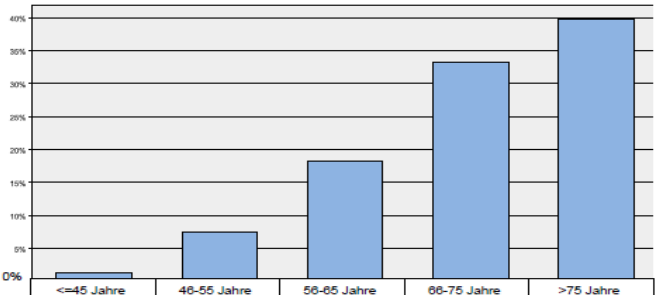
Kernbericht: **172225** Patienten

Verlaufsbezogene Darstellung: **220669** Patienten

Hinweis: Seit DMP-Beginn gingen für 258732 Patienten der KV Dokumentationsbögen in der Berichtsstelle ein. Im Berichtszeitraum vom 01.07.2012 bis 31.12.2012 liegen für 172225 Patienten Dokumentationsbögen vor. Alle diese Patienten wurden im Kernbericht berücksichtigt. (Davon 9613 neue Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 162612 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation). Von Ihren DMP-Teilnehmern nehmen ferner 15126 Patienten am Modul Herzinsuffizienz teil, davon 700 Patienten mit nur einer Erstdokumentation und 14426 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation in diesem Modul.

Altersverteilung

Die Patienten aller Praxen der KV sind durchschnittlich **71** Jahre alt.



	<=45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre		66-75 Jahre		>75 Jahre	
KV	2300	1,3%	12771	7,4%	31453	18,3%	57125	33,2%	68576	39,8%

Ergebnisse im Überblick

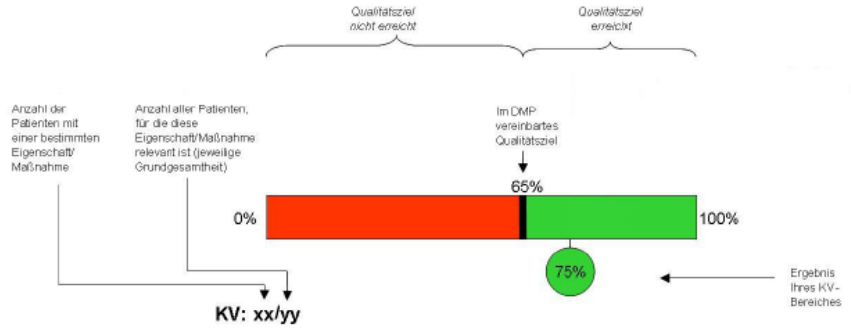
Auf der Basis der im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele sind die folgenden Ergebnisse erreicht worden:

Thema	Ziel nicht erreicht	Ziel erreicht
TAH		✓
Betablocker		✓
ACE-Hemmer	!	
Statine		✓
Blutdruck		✓
Modul Herzinsuffizienz		
ACE-Hemmer	!	
Betablocker		✓

Kernbericht

Erklärung

Für diesen Indikator finden Sie eine → verlaufsbezogene Darstellung



Thrombozyten-aggregations-hemmer (TAH)

Qualitätsziel

Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers bei mindestens 80% aller Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

KV : 141171 / 165918

Betablocker

Qualitätsziel

Verordnung eines Betablockers bei mindestens 80% aller Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

KV : 134021 / 165849

ACE-Hemmer

Qualitätsziel

Verordnung eines ACE-Hemmers bei mindestens 80% aller Patienten mit Herzinsuffizienz

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

KV : 26526 / 34222

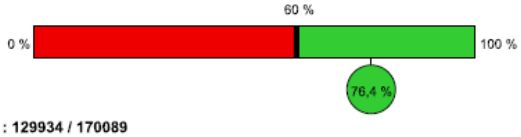
Statine

Qualitätsziel

Verordnung eines Statins bei mindestens 60% aller Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt



KV : 129934 / 170089

Kernbericht

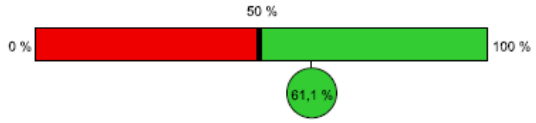
Blutdruck

Qualitätsziel

Mindestens 50% der Patienten mit Hypertonie mit normotensiven Blutdruckwerten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit Hypertonie



KV : 93015 / 152335

Raucher

Qualitätsziel

Niedriger Anteil an rauchenden Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten

KV : 16609 / 172225

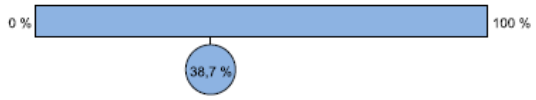
Überweisung bei Angina pectoris

Qualitätsziel

Hoher Anteil von Patienten mit Überweisung bzw. Einweisung bei neu aufgetretener typischer oder atypischer Angina-pectoris-Symptomatik

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit einer erstmals dokumentierten oder nach einem symptomfreien Intervall (mindestens zwei Dokumentationen) erneut dokumentierten Angina-pectoris-Symptomatik



KV : 3022 / 7808

Überweisung bei Herzinsuffizienz

Qualitätsziel

Hoher Anteil von Patienten mit Überweisung bzw. Einweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit einer erstmals dokumentierten oder nach einem symptomfreien Intervall (mindestens zwei Dokumentationen) erneut dokumentierten Herzinsuffizienz

KV : 713 / 2567

Modul Herzinsuffizienz

ACE-Hemmer

Qualitätsziel

Verordnung eines ACE-Hemmers bei mindestens 80% aller Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

KV : 10568 / 14271

Betablocker

Qualitätsziel

Verordnung eines Betablockers bei mindestens 80% aller Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

KV : 11879 / 14495

Serum-Elektrolyte

Qualitätsziel

Hoher Anteil von Patienten mit Bestimmung der Serum-Elektrolyte

Grundgesamtheit

Alle Patienten mit mindestens einjähriger Teilnahme am DMP koronare Herzkrankheit und Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz innerhalb des letzten Jahres

KV : 10039 / 12806

Verlaufsbezogene Darstellung des Indikators Blutdruck

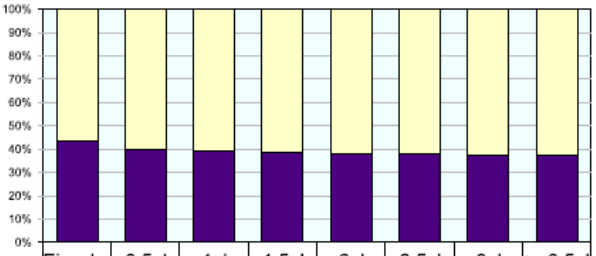
Erläuterungen

Die Säulen repräsentieren Werte, die die Patienten nach der jeweils angegebenen DMP-Teilnahmedauer aufwiesen. In der Säule "1J" bspw. sind alle jemals von Patienten nach 1 Jahr DMP-Teilnahme gemessenen Werte aufgeführt. Die entsprechend erhobenen Werte eines Patienten gehen darum in der Regel - abhängig von der Dauer seiner DMP-Teilnahme - in mehrere Säulen ein.

Durch die oben erläuterte Vorgehensweise und der daraus folgenden Tatsache, dass die in den Säulen zusammengefassten Werte nicht zeitgleich erhoben wurden, ist die Darstellung keine Momentaufnahme der Patienten der KV und spiegelt auch nicht die Zahl der Patienten mit einer bestimmten DMP-Teilnahmedauer wider.

Blutdruck-Werteklassen

Im Diagramm erkennen Sie, dass von allen Ihren Patienten mit einer Hypertonie, die beispielsweise 1 Jahr am DMP teilnehmen, 60,9% normotone Blutdruckwerte (<140/90mmHg) aufweisen.



	Einschr.	0,5 J	1 J	1,5 J	2 J	2,5 J	3 J	>=3,5 J
Blutdruck <140/90mmHg (normoton)	56,8 %	60,2 %	60,9 %	61,6 %	62,1 %	62,3 %	62,8 %	62,7 %
Blutdruck >=140/90mmHg (hyperton)	43,2 %	39,8 %	39,1 %	38,4 %	37,9 %	37,7 %	37,2 %	37,3 %
Gesamt	200240 (100%)	158927 (100%)	145045 (100%)	132021 (100%)	118917 (100%)	106179 (100%)	93464 (100%)	83929 (100%)

Erweiterter Bericht

Diabetes-Schulung

Qualitätsziel

Teilnahme von mindestens 85% der Patienten an der empfohlenen Diabetes-Schulung innerhalb von 4 Quartalen nach der Verordnung

Grundgesamtheit

Alle Patienten mit Empfehlung einer Diabetes-Schulung

KV : 3271 / 4224

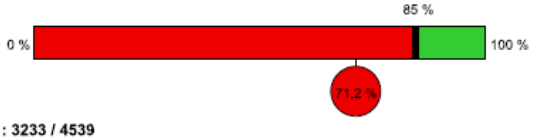
Hypertonie-Schulung

Qualitätsziel

Teilnahme von mindestens 85% der Patienten an der empfohlenen Hypertonie-Schulung innerhalb von 4 Quartalen nach der Verordnung

Grundgesamtheit

Alle Patienten mit Empfehlung einer Hypertonie-Schulung



KV : 3233 / 4539

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

Indikationsspezifischer Bericht für die Gemeinsame Einrichtung zum DMP Koronare Herzkrankheit

Berichtszeitraum 01.07.2011 bis 31.12.2011
Erstellungstag: 21.05.2012

In diesem Bericht

- **Überblick**
  Seite: 1
- **Kernbericht**
  Seite: 2 und 3
- **Verlaufsbezogene Darstellung von Blutdruck-Werteklassen**
  Seite: 4
- **Erweiterter Bericht**
  Seite: 4

Patienten im Bericht

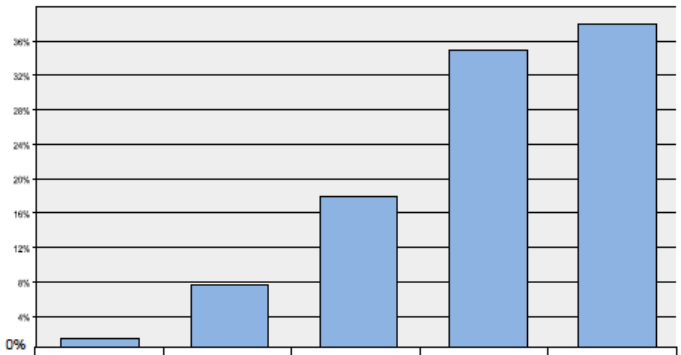
Kernbericht: **163224** Patienten

Verlaufsbezogene Darstellung: **222587** Patienten

Hinweis: Seit DMP-Beginn gingen für 275698 Patienten der KV Dokumentationsbögen in der Berichtsstelle ein. Im Berichtszeitraum vom 01.07.2011 bis 31.12.2011 liegen für 163224 Patienten Dokumentationsbögen vor. Alle diese Patienten wurden im Kernbericht berücksichtigt. (Davon 10463 neue Patienten, für die nur die Erstdokumentation vorliegt, und 152761 Patienten mit mindestens einer Folgedokumentation).

Altersverteilung

Die Patienten aller Praxen der KV sind durchschnittlich **71** Jahre alt.



	<=45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre		66-75 Jahre		>75 Jahre	
KV	2364	1,4%	12474	7,6%	29337	18%	57047	35%	62002	38%

Ergebnisse im Überblick

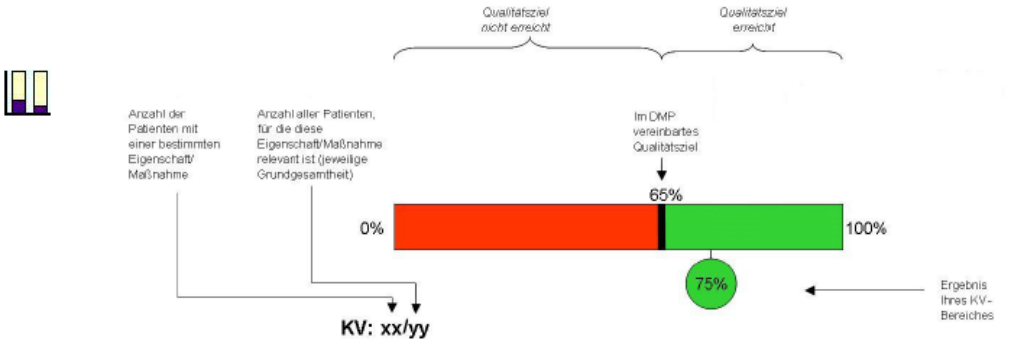
Auf der Basis der im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele sind die folgenden Ergebnisse erreicht worden:

Thema	Ziel nicht erreicht	Ziel erreicht
TAH		✓
Betablocker		✓
ACE-Hemmer	!	
Statine		✓
Blutdruck		✓

Kernbericht

Erklärung

Für diesen Indikator finden Sie eine → verlaufsbezogene Darstellung



Thrombozyten-aggregations-hemmer (TAH)

Qualitätsziel

Verordnung eines Thrombozytenaggregationshemmers bei mindestens 80% aller Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

KV : 133780 / 157475

Betablocker

Qualitätsziel

Verordnung eines Betablockers bei mindestens 80% aller Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

KV : 126821 / 157049

ACE-Hemmer

Qualitätsziel

Verordnung eines ACE-Hemmers bei mindestens 80% aller Patienten mit Herzinsuffizienz

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikation vorliegt

KV : 25654 / 32772

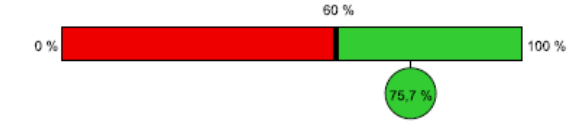
Statine

Qualitätsziel

Verordnung eines Statins bei mindestens 60% aller Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt



KV : 122044 / 161190

Kernbericht

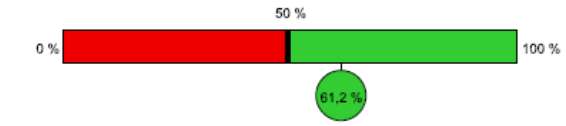
Blutdruck

Qualitätsziel

Mindestens 50% der Patienten mit Hypertonie mit normotensiven Blutdruckwerten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit Hypertonie



KV : 87933 / 143794

Raucher

Qualitätsziel

Niedriger Anteil an rauchenden Patienten

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten

KV : 15270 / 163224

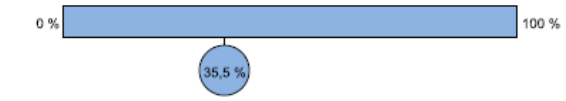
Überweisung bei Angina pectoris

Qualitätsziel

Hoher Anteil von Patienten mit Überweisung bzw. Einweisung bei neu aufgetretener typischer oder atypischer Angina-pectoris-Symptomatik

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit einer erstmals dokumentierten oder nach einem symptomfreien Intervall (mindestens zwei Dokumentationen) erneut dokumentierten Angina-pectoris-Symptomatik



KV : 2853 / 8045

Überweisung bei Herzinsuffizienz

Qualitätsziel

Hoher Anteil von Patienten mit Überweisung bzw. Einweisung bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz

Grundgesamtheit

Alle eingeschriebenen Patienten mit einer erstmals dokumentierten oder nach einem symptomfreien Intervall (mindestens zwei Dokumentationen) erneut dokumentierten Herzinsuffizienz

KV : 824 / 2730

Verlaufsbezogene Darstellung des Indikators Blutdruck

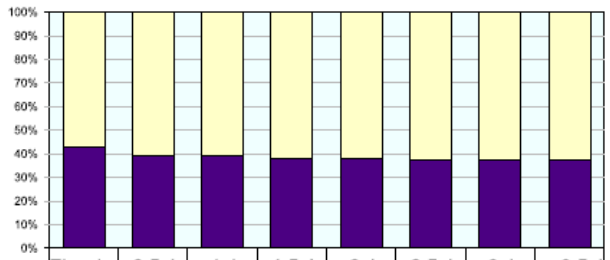
Erläuterungen

Die Säulen repräsentieren Werte, die die Patienten nach der jeweils angegebenen DMP-Teilnahmedauer aufwiesen. In der Säule "1J" bspw. sind alle jemals von Patienten nach 1 Jahr DMP-Teilnahme gemessenen Werte aufgeführt. Die entsprechend erhobenen Werte eines Patienten gehen darum in der Regel - abhängig von der Dauer seiner DMP-Teilnahme - in mehrere Säulen ein.

Durch die oben erläuterte Vorgehensweise und der daraus folgenden Tatsache, dass die in den Säulen zusammengefassten Werte nicht zeitgleich erhoben wurden, ist die Darstellung keine Momentaufnahme der Patienten der KV und spiegelt auch nicht die Zahl der Patienten mit einer bestimmten DMP-Teilnahmedauer wider.

Blutdruck-Werteklassen

Im Diagramm erkennen Sie, dass von allen Ihren Patienten mit einer Hypertonie, die beispielsweise 1 Jahr am DMP teilnehmen, 61,1% normotone Blutdruckwerte (<140/90mmHg) aufweisen.



	Einschr	0,5 J	1 J	1,5 J	2 J	2,5 J	3 J	>=3,5 J
Blutdruck <140/90mmHg (normoton)	56,9 %	60,5 %	61,1 %	62 %	62,2 %	62,9 %	62,9 %	62,8 %
Blutdruck >=140/90mmHg (hyperton)	43,1 %	39,5 %	38,9 %	38 %	37,8 %	37,1 %	37,1 %	37,2 %
Gesamt	201899 (100%)	146222 (100%)	130244 (100%)	115779 (100%)	101696 (100%)	87385 (100%)	66840 (100%)	45438 (100%)

Erweiterter Bericht

Diabetes-Schulung

Qualitätsziel

Teilnahme von mindestens 85% der Patienten an der empfohlenen Diabetes-Schulung innerhalb von 4 Quartalen nach der Verordnung

Grundgesamtheit

Alle Patienten mit Empfehlung einer Diabetes-Schulung

KV : 2326 / 3311

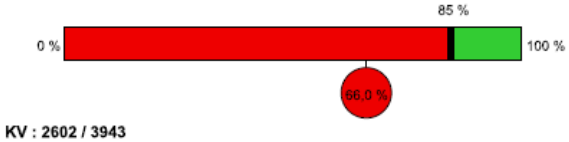
Hypertonie-Schulung

Qualitätsziel

Teilnahme von mindestens 85% der Patienten an der empfohlenen Hypertonie-Schulung innerhalb von 4 Quartalen nach der Verordnung

Grundgesamtheit

Alle Patienten mit Empfehlung einer Hypertonie-Schulung



KV : 2602 / 3943

19 Einführung des Moduls „Herzinsuffizienz bei KHK

Zum 01. Juli 2009 ist die 20. RSA-ÄndV in Kraft getreten. Sie beinhaltet die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überarbeiteten medizinischen Inhalte der DMP zu Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie KHK. Darüber hinaus werden mit der neu geschaffen Anlage 5a zur 20. RSA-ÄndV die Anforderungen an die Ein- und Durchführung eines Moduls „Herzinsuffizienz bei KHK" festgelegt.

Die RSAV- Änderungen führen wieder zu notwendigen Anpassungen der Verträge und der Programme. Nachstehend möchten wir Ihnen die notwendiger Weise durchzuführenden Aufgaben der Kassen und der regionalen Vertragspartner sowie die Anforderungen an die Einführung und Umsetzung des Moduls „Herzinsuffizienz bei KHK" erläutern.

Allgemeine Verpflichtungen
Für alle von der 20. RSA-ÄndV betroffenen Indikationen gilt, dass die Verträge innerhalb von 12 Monaten nach In-Krafttreten der Rechtsverordnung an die geänderten Grundlagen angepasst werden müssen. Dies bedeutet im konkreten Fall, dass die Verträge zu Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie zu KHK bis spätestens zum 30. Juni 2010 angepasst sein müssen.
Die Anpassungen werden derzeit bereits durch die regionalen Vertragspartner vorbereitet bzw. durchgeführt. Über die erfolgten Anpassungen wurde die BAHN-BKK bereits durch die BKK Landesverbände informiert.

KHK und Einführung des Moduls Herzinsuffizienz bei KHK

19.1 Einführung des Moduls „Herzinsuffizienz bei KHK" -Allgemeines-

Das Modul ist als verpflichtender Bestandteil der KHK-Programme einzuführen.
Das Modul „Herzinsuffizienz bei KHK" besteht im Wesentlichen aus der neuen Anlage 5a der RSA-ÄndV. Aus Zulassungsrechtlicher Sicht ist für die Umsetzung des Moduls ausreichend, wenn die Verträge zu KHK um diese Anlage sowie um die sich daraus ergebenden weiteren Anpassungsnotwendigkeiten (z. B. der Strukturqualität) ergänzt werden.
Ein gesondertes Betreuungsangebot der Kasse als Modul Herzinsuffizienz ist für die Aufrechterhaltung der Akkreditierung nicht erforderlich!
Die Ergebnisse des Projektes Versorgungsmanagement haben jedoch gezeigt, dass die Herzinsuffizienz für Betriebskrankenkassen eine versorgungsrelevante Erkrankung ist. Bei der Priorisierung der Diagnosen, die von Betriebskrankenkassen für ein Versorgungsmanagement-Konzept gemeldet wurden, erlangte die Herzinsuffizienz Platz 2. Für Versicherte mit Herzinsuffizienz bieten sich Unterstützungsleistungen durch Krankenkassen an, die nachweislich die Lebensqualität verbessern und Rehospitalisierungen verringern. Die BAHN-BKK wird daher,

die Einführung eines zusätzlichen Beratungs- bzw. Betreuungsprogramm zu Herzinsuffizienz als kassenseitiges Modul zu prüfen.
Vor diesem Hintergrund wurde im Musterbehandlungsprogramm KHK die Möglichkeit geschaffen, für Versicherte mit KHK und einer zusätzlichen Herzinsuffizienz ein kassenseitiges Modul Herzinsuffizienz durch die Krankenkassen anzubieten.
Beratungs- bzw. Betreuungsprogramme, die als ein solches Modul angeboten werden, müssen vom BVA auf ihre Vereinbarkeit mit der RSA-ÄndV geprüft werden. Diese Prüfung erfolgt unabhängig davon, ob die Durchführung des Programms durch einen Dienstleister oder die Kasse selbst erfolgt.
Für alle zugelassenen KHK-Programme besteht eine Anpassungspflicht zur Ergänzung um das Modul innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten RSA-ÄndV (hier: bis 30.06.2010). Erfolgt die Ergänzung nicht oder nicht rechtzeitig, erfüllen die KHK-Programme wegen des fehlenden Moduls die zulassungsrechtlichen Voraussetzungen nach Ablauf der Jahresfrist insgesamt nicht mehr!
Die Anpassungen der Verträge wurden von den regionalen Vertragspartnern durchgeführt.
Für die „Zulassung“ des Moduls Chronische Herzinsuffizienz ist ein Ergänzungsantrag zum DMP KHK beim BVA zu stellen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen wird durch einen Ergänzungsbescheid das Modul in das existierende Programm KHK integriert. Die Laufzeit des KHK-Programms wird durch die Zulassung des Moduls nicht verändert.
Die Ergänzungsanträge werden über ein Sammelantragsverfahren durch die Landesverbände durchgeführt. Die Betriebskrankenkassen werden in gewohnter Weise über die Antragstellung informiert.

19.2 Teilnahme am Modul bzw Anwendung des Moduls

Versicherte können auf freiwilliger Basis am Modul Chronische Herzinsuffizienz teilnehmen, wenn und solange sie am DMP KHK teilnehmen. Die Feststellung der Teilnahme der Versicherten an diesem DMP-Modul erfolgt allein im Verhältnis der Versicherten zu ihrem koordinierenden Arzt durch die Angabe „Modulteilnahme = ja“.
Grundsätzlich gilt:

a) Die Teilnahme am DMP-KHK ist zwingende Voraussetzung für eine Modulteilnahme. Eine gesonderte TE/EWE ist nicht erforderlich.
b) Eine Beendigung der Teilnahme des Versicherten am KHK-Programm bedeutet das Ende der Anwendung des Moduls Chronische Herzinsuffizienz im Rahmen des DMP. Eine Weiterführung der Teilnahme an einem gesonderten Betreuungsprogramm ist möglich.
c) Die Teilnahme am Modul ist für die Versicherten freiwillig. Es hat keine Konsequenzen für die Versicherten in Bezug auf seine Teilnahme am DMP KHK, wenn diese nicht am Modul KHK teilnehmen. Eine Beendigung der Teilnahme am Modul führt nicht zu einer Beendigung seiner DMP-KHK-Teilnahme.

d) Die Prüfung der Voraussetzungen der Modulteilnahme erfolgt durch den koordinierenden Arzt. Die Anwendung des Moduls wird vom Arzt im Datenfeld „Modulteilnahme“ der Dokumentation schriftlich erfasst.

   Sollte eine Krankenkasse für Versicherte mit Herzinsuffizienz ein gesondertes Betreuungsprogramm als Modul anbieten, kann die Angabe „Modulteilnahme = ja“ (ggf. mit ergänzenden Angaben aus den Leistungsdaten der Krankenkassen) für die Steuerung des Versicherten in dieses Programm genutzt werden. Ansonsten hat die Angabe für die Krankenkassen nur informativen Charakter.

e) Eine Verpflichtung der Krankenkasse, Arzt und Patient über Beginn und Ende der Teilnahme am Modul Chronische Herzinsuffizienz zu informieren, besteht nicht.

19.3 Schulungsprogramme

a) Derzeit gibt es kein Schulungsprogramm zu Herzinsuffizienz, das die Voraussetzung „evaluiert, strukturiert und publiziert“ der RSA-ÄndV erfüllt. Daher ist das Vorliegen eines Schulungsprogramms nicht Zulassungsvoraussetzung.

b) Soll ein Schulungsprogramm zum Modul zur Anwendung kommen, besteht eine Einreichungspflicht beim sowie eine Prüfungsverpflichtung durch das BVA.

19.4 Information der Versicherten und Leistungserbringer

a) Versicherteninformation
   Da die Einführung des Moduls Chronische Herzinsuffizienz als eine wesentliche Programmänderung des DMP KHK anzusehen ist, ist eine allgemeine Information der Patienten erforderlich. Diese kann z.B. durch einen Artikel in der Mitgliederzeitschrift oder einen Newsletter erfolgen (vergleichbar Umstellung auf eDMP). Hierzu wurde ein Mustertext mit dem BVA abgestimmt und der BAHN-BKK zur Verfügung gestellt.

b) Patientenbroschüren
   Für den Fall, dass KHK-Patientenbroschüren bereits Informationen zum Thema Chronische Herzinsuffizienz enthalten und diese den Festlegungen der RSAV widersprechen, ergibt sich eine Anpassungsverpflichtung. Ohne solche Aussagen besteht keine Anpassungsverpflichtung. Es wird zurzeit geprüft, in wieweit eine Anpassung der Broschüren notwendig ist. Auch hier würde eine Anpassung erst mit der nächsten Druckauflage im Jahr 2010 realisiert und umgesetzt werden.

c) Information der Leistungserbringer
   Die Leistungserbringer sind ebenfalls über die wesentlichen Änderungen bei KHK und die Einführung des Moduls Herzinsuffizienz zu informieren.
   Eine Information durch die Krankenkasse ist nicht erforderlich!

Die Information erfolgt zentral über die regionalen Vertragspartner. Hierzu hat das BVA in einem Schreiben über die notwendigen *„Inhalte der Information der Leistungserbringer (aller drei Strukturqualitätsebenen) über die Änderungen im DMP/KHK bzgl. Einführung des Moduls „Chronische Herzinsuffizienz" auf der Grundlage des aktuellen Entwurfs der 20. RSA-ÄndV, Anlage 5a"* informiert.

19.5 Qualitätssicherung des Moduls „Herzinsuffizienz bei KHK

Ein gesondertes Versicherten-Reminding ist im Hinblick auf das Modul möglich, aber nicht erforderlich.
Es ist ausreichend, eine leistungserbringerbezogene Qualitätssicherungsmaßnahme vorzusehen. Solche Maßnahmen sind in den Verträgen bereits bei der Überarbeitung der QS-Anlagen auf der Grundlage der eDMP-Datensätze im letzten Jahr berücksichtigt worden.

20 Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung des DMP BAHN-BKK MedPlus Programm Koronare Herzkrankheit 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 Herzpatienten 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 Koronare Herzkrankheit doch, dass der eingeschlagene Weg der richtige 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 Koronare Herzkrankheit und möchte, dass Sie zur aktiven Mitarbeit an der Therapie motiviert werden.

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

20.1 Häufig an das DMP Team gestellte Fragen

20.1.1 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 Fu0ambulanzen für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom. Es wurden Schulungskapazitäten für Patientenschulungen entwickelt und evaluiert. Trotz der in der St.Vincent- Deklaration von 1989 erhobenen Forderungen 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.

20.1.2 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 den 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, Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Das Versorgungsstrukturgesetz ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten und hat 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.

20.1.3 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 Sehbehinderung 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