



Ein Leitfaden für Ärzte und Praxisteams

Inhalt

Vorwort	3
Einschreiben und dokumentieren	4
① Die Einschreibung der Patienten	4
② Die Folge- oder Verlaufsdokumentation	6
Die Erfassung der Daten	7
Die Übermittlung der Dokumentationen an die Datenstelle	8
So werden Fehler korrigiert	10
Regelmäßige und dauerhafte Teilnahme sichern	11
③ Aus- und Wiedereinschreibung	12
④ Arzt- und Kassenwechsel	14
⑤ Probleme und ihre Ursachen	14
Die medizinische Versorgung	16
① DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2	16
② DMP Koronare Herzkrankheit	22
③ DMP Asthma	25
④ DMP COPD	28
Praxisorganisation: DMP-Abläufe optimieren	30

Impressum

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Berlin;
Verlag: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin;
Text: Christian Pohl, Dr. Angela Smith (AOK Hessen);
Creative Director: Sybilla Weidinger, KomPart;
Gestaltung: Ulrich Scholz Design, Düsseldorf;
Druck: Albersdruck GmbH & Co. KG, Düsseldorf;
Beratung: Ursula Mayer (Swiss Post Solutions GmbH), Heike Meyer (AOK Niedersachsen),
André Schöndube (AOK Sachsen-Anhalt),
Thomas Ebel, Dr. Eike Eymers, Rajko Ninic (alle AOK-Bundesverband)
Job-Nr.: 20-0680

11. Auflage, Stand: April 2021

Vorwort

Disease-Management-Programme (DMP) gehören heute ganz selbstverständlich zum Versorgungsangebot vieler Praxen dazu. Die Aufgaben sind im Team verteilt, die Abläufe eingespielt. Viele chronisch kranke Patienten¹ schätzen, das zeigen Untersuchungen, die regelmäßige konsequente Betreuung.

Doch längst nicht in allen Praxen läuft es rund. Es kommt zu Problemen beim Datenaustausch mit den Datenstellen, die Fristen werden nicht eingehalten, Dokumentationen verfallen. Nicht zu übersehen ist auch: DMP sind mancherorts Routine geworden. Die Patienten sind nicht ausreichend in die Behandlung einbezogen, ihr Gesundheitszustand wird nicht konsequent kontrolliert, die Patienten werden nicht im notwendigen Umfang zur Mit- oder Weiterbehandlung überwiesen – kurz gesagt: die Programme werden teilweise nicht optimal umgesetzt.

Dieser Leitfaden für Ärzte und Praxisteams soll helfen, die Betreuung von DMP-Patienten weiter zu verbessern. Im ersten Teil stehen ganz praktische Fragen im Vordergrund: Richtig einschreiben und dokumentieren, der Versand der Daten an die Datenstelle, der Arztwechsel – DMP-Alltagsarbeit also. Im zweiten Teil geht es um die notwendigen Checks und Untersuchungen der Patienten sowie um die Überweisung an Spezialisten, das heißt um die Qualität der medizinischen Versorgung. Abschließend finden Sie einige Anregungen, wie die Betreuung chronisch Kranker in der Praxis effizienter organisiert werden kann.

Der Leitfaden beruht auf den Erfahrungen von Ärzten und ihren Teams, von Datenstellen und Krankenkassen. Er kann nicht auf alle Fragen erschöpfend Antwort geben. Das tun Ihre Datenstelle, die Kassenärztliche Vereinigung und die AOK. Aber Sie werden in dieser Broschüre viele nützliche praktische Hinweise finden, die Ihnen die Arbeit mit den DMP-Patienten spürbar erleichtern.

Die vertraglichen Regelungen zum Umgang mit den DMP-Dokumentationen und die Abläufe bei der Verarbeitung der Daten unterscheiden sich von Region zu Region. Sie können hier nicht alle im Detail aufgeführt werden. Darum haben wir die wichtigsten in Ihrer Region geltenden Bestimmungen und Verfahren sowie weitere Informationen auf einem Beiblatt mit dem Titel „Das Wichtigste auf einen Blick“ zusammengefasst, das auch zum Download zur Verfügung steht unter: aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/dmp-leitfaeden-fuer-aerzte-und-praxisteams → Regionale Beileger.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Umsetzung der DMP – zum Nutzen Ihrer Patienten und Ihrer Praxis.

Ihre AOK

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden überall nur die männliche oder weibliche Form eines Wortes verwandt. Gemeint sind jedoch immer dort, wo es sinnvoll ist, alle Geschlechter.

Einschreiben und dokumentieren

Die Dokumentation der Behandlung eines DMP-Teilnehmers ist nicht nur ein Protokoll medizinischer Daten. Sie dient auch als Beleg dafür, dass der Patient die mit dem Programm verbundenen Verpflichtungen erfüllt und dass der Arzt die erforderlichen Leistungen erbracht hat. Die vollständige, korrekte und fristgerecht übermittelte Dokumentation ist darum ein wichtiges Element der Abläufe im Rahmen der DMP.

Die Prüfung dieser Dokumentationen ist Aufgabe der Datenstelle. Sie korrigiert zusammen mit der Praxis auch unvollständige oder falsche Daten und bestätigt die Einhaltung der Fristen. Grundlage für diesen Prozess sind Verträge zwischen den Datenstellen, den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen. Zwar gibt es in den einzelnen Regionen Unterschiede bezüglich der vereinbarten Aufgaben und Arbeitsabläufe, die im Zuge dieser Zusammenarbeit auftretenden Probleme sind jedoch sehr ähnlich.



Die Einschreibung der Patienten

Die wichtigste formale Voraussetzung für die Teilnahme eines Patienten an einem DMP ist die Einschreibung in das Programm. Für die Einschreibung braucht es

- **eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) sowie**
- **eine Erstdokumentation.**

Die beiden Dokumente werden unterschiedlich behandelt. **Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung** ist ein Formular in dreifacher Ausfertigung. Das erste Blatt ist für die Datenstelle bestimmt, das zweite verbleibt in der Praxis, das dritte erhält der Patient. In einigen Vertragsgebieten wird zur Einschreibung ausschließlich ein Originalformular mit zwei Durchschlägen verwendet. In anderen Gebieten wird auch ein Computerausdruck anerkannt, wenn er in Inhalt und Format dem Original entspricht (→ *Beileger „Das Wichtigste auf einen Blick“* oder unter aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/dmp-leitfaeden-fuer-aerzte-und-praxisteams → *Regionale Beileger*).

Wenn Sie sich nach den in Ihrem Vertragsgebiet geltenden Regularien richten, vermeiden Sie Reklamationen der Krankenkasse bzw. der Datenstelle. Auf jeden Fall aber muss das erste Blatt der TE/EWE mit den Unterschriften des Arztes und des Patienten im Original an die Datenstelle versendet werden. Beim Ausfüllen der TE/EWE kommt es vor allem zu formalen und Flüchtigkeitsfehlern. So wird zum Beispiel die Unterschrift oder das Datum vergessen. Oder es werden veraltete Versionen des Formulars verwendet. Die Datenstelle oder die zuständige Krankenkasse wird sich in einem solchen Fall an die Praxis wenden, um den Fehler zu beheben. Die Korrektur kostet jedoch Zeit und kann unter Umständen dazu führen, dass die Teilnahme des Patienten am DMP erst später wirksam wird.

Die Erstdokumentation wird dagegen am PC vorgenommen. Die Daten werden in elektronischer Form an die Datenstelle übermittelt, wie alle folgenden Dokumentationen auch (→ *Seite 8*). Bei der Eingabe werden die Daten von der DMP-Software automatisch auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft, unabhängig von dem zur Übermittlung der Daten gewählten Verfahren.

Am besten ist, wenn das Datum auf der Erstdokumentation mit dem Datum im Adressfeld und dem im Unterschriftsfeld der TE/EWE übereinstimmt. Die Erklärung wird ungültig, sobald ein Patient aus dem Programm ausgeschrieben wird. Damit er wieder am DMP teilnehmen kann, müssen erneut eine TE/EWE und eine Erstdokumentation ausgefüllt werden.

Eine Erstdokumentation verfällt oder – wie man auch sagt – verfristet je nach Vertragsgebiet nach 52 Tagen im nächsten oder übernächsten Quartal nach der Erstellung (→ *Beileger oder unter aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/dmp-leitfaeden-fuer-aerzte-und-praxisteams* → *Regionale Beileger und Seite 13*).



Einschreibung



Wichtig: Ein Patient gilt erst dann als eingeschrieben, wenn sowohl die TE/EWE als auch die Erstdokumentation vollständig und korrekt ausgefüllt bei der Datenstelle vorliegen.



Die TE/EWE: Darauf sollten Sie achten

- Halten Sie sich bei der Einschreibung an die in Ihrem Vertragsgebiet geltenden Vorgaben bezüglich des TE/EWE-Formulars. Kopien darf die Datenstelle nicht akzeptieren.
- Füllen Sie den Kopf der TE/EWE bitte maschinell aus. Da das Dokument auch maschinell eingelesen wird, ist außerdem oft die Verwendung von Aufklebern nicht möglich.
- Sowohl der Patient als auch der einschreibende und behandelnde Arzt bzw. ein Vertretungsarzt müssen die TE/EWE jeweils mit dem Tagesdatum versehen und unterschreiben. Notwendig ist die **Originalunterschrift!**
- Senden Sie nur das oberste Blatt der TE/EWE an die Datenstelle. Die Seiten zwei und drei sind für Sie und den Patienten bestimmt.
- Die gleichzeitige Teilnahme an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ist ebenso ausgeschlossen wie die gleichzeitige Teilnahme an den DMP Asthma und COPD. Andere Kombinationen sind möglich.
- In den einzelnen Vertragsgebieten gibt es unterschiedliche Vorgaben für die Fristen, innerhalb derer die TE/EWE der Datenstelle vorliegen soll. Halten Sie die bei Ihnen geltende Frist möglichst ein (→ *Beileger oder unter aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/dmp-leitfaeden-fuer-aerzte-und-praxisteams* → *Regionale Beileger*).

Häufig treffen TE/EWEs erst nach der Erstdokumentation in der Datenstelle ein. Auf jeden Fall sollte die TE/EWE – wie die Erstdokumentation – innerhalb des Quartals bei der Datenstelle sein, in der sie erstellt und unterschrieben wurde.



Die TE/EWE: Wer sie unterschreiben darf

- Ist der DMP-Teilnehmer jünger als 15 Jahre, unterschreibt der gesetzliche Vertreter, z. B. Vater oder Mutter. Ab dem Alter von 15 Jahren kann der Patient selbst unterschreiben.
- Ehegatten und Verwandte in gerader Linie, z. B. Eltern oder volljährige Kinder, können ohne Vollmacht für den Patienten unterschreiben.
- Wenn ein Patient körperlich nicht dazu in der Lage ist zu unterschreiben, ist auch eine stellvertretende Unterschrift durch eine gesetzliche Vertretungsperson (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin bzw. Betreuer) möglich.
- Unterschriften, die „im Auftrag“ vorgenommen werden, können nicht anerkannt werden. Sie sind ungültig.

1

Einschreibung



Die TE/EWE: So füllen Sie sie richtig aus

Krankenhaus bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Erklärung
zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für

QR-Code

070EH **Krankenhaus-IK**

☐ Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Koronare Herzkrankheit

oder

☐ Diabetes mellitus Typ 2 ☐ Herzinsuffizienz

☐ Asthma ☐ Brustkrebs ☐ Depression ☐ Rheumatoide Arthritis

oder

☐ COPD ☐ Rückenschmerz ☐ Osteoporose

Tragen Sie hier die **BSNR** des Ortes ein, an dem die Einschreibung erfolgt ist.

Tragen Sie hier Ihre **LANR** ein.

Hier vermerken Sie, an welchem bzw. welchen **DMP** der Patient teilnimmt. Vorsicht: Nicht alle Kombinationen sind möglich!

Achten Sie darauf, dass die **Datenstelle** genau diese Seite bekommt.

Bitte das heutige Datum eintragen. Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

TTMMJJJJ

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/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 Ärztin/Arzt

TTMMJJJJ

Bitte handschriftlich das **Tagesdatum** eintragen.

eigenhändige **Unterschriften**

- des Versicherten bzw. des Vertreters
- des Arztes

Stempel des Arztes

06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

2

Die Folge- oder Verlaufsdokumentation

Bereits bei der Einschreibung entscheidet der behandelnde Arzt, ob der Patient in jedem oder jedem zweiten Quartal zur Behandlung im Rahmen des DMP in der Praxis erscheinen soll und vermerkt dies auf der Dokumentation. Die auf die Einschreibung (TE/EWE und Erstdokumentation) folgenden Untersuchungen werden mithilfe der sogenannten Folge- oder Verlaufsdokumentationen dokumentiert. Für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Untersuchungs- und Dokumentationsdatum maßgeblich. Das Datum muss in dem Quartal liegen, in dem die Abrechnungs-Nummer geltend gemacht wird. Die Behandlung kann an einem beliebigen Tag im Quartal stattfinden.



Das Dokumentationsintervall



Folgedokumentation

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
●	●	●	●
●	—	●	—

Folgedokumentationen werden entweder quartalsweise oder jedes zweite Quartal erhoben.

Die Erfassung der Daten

Seit 2008 können DMP-Daten nur noch elektronisch erfasst werden (eDMP). Die verwendete Software muss von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifiziert sein. Eine Liste der zertifizierten Softwares finden Sie auf der Homepage der KBV (→ kbv.de/html/9537.php). Die **zertifizierte Software** erleichtert nicht nur die Arbeit, indem sie die Stammdaten des Patienten automatisch in die Dokumentation überträgt. Sie prüft auch, ob die in der Dokumentation gemachten Angaben vollständig und widerspruchsfrei sind. In den krankheitsbezogenen Teilen der Dokumentationen finden sich deshalb kaum noch Fehler. Anders ist das beim Kopfbereich der Erst- und Folgedokumentationen. Hier werden häufig Fehler gemacht, die von der Software nicht entdeckt werden können.



Arzt- und Betriebsstätten-Nummer

Die Berechtigung, ein DMP anzubieten, gilt nicht nur für eine konkrete Person und ein Programm, sondern auch für eine konkrete Betriebsstätte. Ärzte, die in mehreren Praxen tätig sind, haben nicht automatisch die Berechtigung für alle diese Praxen. Beispiel: Die Ärztin Dr. A hat in der Praxis mit der Betriebsstätten-Nummer (BSNR) 1234567 die Berechtigung für die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie Koronare Herzkrankheit, in der BSNR 7654321 jedoch nur für die Diabetes-Erkrankungen.

Für das Ausfüllen der Erst- und der Folgedokumentationen gilt:

- Dokumentationen müssen mit der **Arztnummer** (LANR) des Arztes, der die Dokumentation erstellt hat, und der **Betriebsstätten-Nummer** (BSNR) des Ortes, an dem sie erstellt wurde, gekennzeichnet werden.
- Sind **in einer Praxis mehrere koordinierende Ärzte** tätig, geben Sie bitte die Nummer des Arztes an, der die jeweilige Dokumentation erstellt hat.
- Sind Sie als koordinierender **Arzt an mehreren Orten** tätig, geben Sie bitte die Nummer der Betriebsstätte an, in der die Dokumentation vorgenommen wurde.
- Dokumentieren Sie nur in den Praxen, für die Sie auch die **Berechtigung** zur Dokumentation der jeweiligen Erkrankung haben.
- Ausnahme: Vertritt ein Arzt für einen begrenzten Zeitraum einen anderen, muss auf der Dokumentation das **Feld „In Vertretung“** angekreuzt werden.



Das Erfassen der Daten: Darauf sollten Sie achten

- Dokumentieren Sie nur, wenn Sie bereits die Bestätigung Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen haben, dass Sie als **Teilnehmer** am DMP **registriert** sind.
- Überzeugen Sie sich, dass es sich bei der **Elektronischen Gesundheitskarte (eGK)** des Patienten um die aktuelle Version handelt.
- Vermeiden Sie es möglichst, **Versichertendaten** per Hand einzugeben. Geben Sie, wenn es sich nicht umgehen lässt, die Daten genauso ein, wie sie auf der aktuell gültigen eGK aufgedruckt sind.
- Verwenden Sie die **DMP-Fallnummer**, die Sie mit der Erstdokumentation vergeben, immer nur für diesen einen Patienten. Sie können dieselbe Nummer verwenden, wenn ein Patient nach einer Ausschreibung erneut eingeschrieben wird oder ggf. an einem weiteren DMP teilnimmt.
- Erstellen Sie die Dokumentationen nach Möglichkeit am Behandlungstag.
 - ❗ **Wichtig:** Manchmal werden Dokumentationen nicht am Tag der Behandlung oder sogar erst zu Beginn des Folgequartals angelegt. Da viele Softwareprogramme automatisch das jeweilige **Tagesdatum** vorgeben, kann es in einem solchen Fall passieren, dass auf der Dokumentation ein Datum im Folgequartal ausgewiesen wird. Korrigieren Sie darum das Erstelldatum per Hand, wenn Sie nicht am Behandlungstag dokumentieren.
- Händigen Sie dem Patienten abschließend einen **Ausdruck der Dokumentation** aus. So kann er die ermittelten Werte und die mit dem Arzt vereinbarten Behandlungsziele nachvollziehen und wird stärker in die Behandlung eingebunden.

Die Übermittlung der Dokumentationen an die Datenstelle

Es gibt mehrere Möglichkeiten, Dokumentationen in elektronischer Form an die Datenstelle zu übermitteln. Welche dieser Übermittlungswege genutzt werden können, ist in den einzelnen Vertragsgebieten unterschiedlich geregelt (→ *Beileger oder unter aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/dmp-leitfaeden-fuer-aerzte-und-praxisteams → Regionale Beileger*).

- ① Die Daten werden auf einen Datenträger gespeichert. Das Speichermedium wird per Post an die Datenstelle geschickt. **Achtung:** Dieser Übermittlungsweg spielt zwar in einigen Regionen noch eine große Rolle, er ist aber das am meisten fehleranfällige Verfahren. Die Datenträger können beim Transport beschädigt werden. Außerdem sind viele bei der Datenstelle eingehende Datenträger leer oder enthalten keinen Absender. In einigen Vertragsgebieten ist die Datenübermittlung per Speichermedien deshalb nicht oder nicht mehr möglich, in anderen ist das Auslaufen dieses Verfahrens geplant.
- ② Die Dokumentationsdaten werden am PC erfasst und per **E-Mail** an die Datenstelle versendet. Dazu werden sie vorab durch die DMP-Software verschlüsselt.
- ③ Die Daten werden mithilfe der Praxissoftware erhoben und per Datenfernübertragung (DFÜ) auf das **Portal der Kassenärztlichen Vereinigung** übertragen. Von dort gehen sie an die Datenstelle. Auch beim Verfahren Doctor to Doctor (D2D) werden die Daten über eine gesicherte Datenleitung übertragen.

- ④ Die Daten werden direkt in ein **Online-Portal** der Datenstelle eingegeben. Dazu müssen die Stammdatensätze der Patienten vorher im Portal angelegt werden. Die Dokumentationsdaten können dann erfasst, bearbeitet und angezeigt werden. Praxen, die diesen Weg gehen, brauchen keine DMP-Software, weil sie die Daten direkt in das Portal eingeben. Die Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität der Daten wird vom Portal vorgenommen. Der Nutzer kann jederzeit den Status der von ihm übermittelten Dokumentationen einsehen.



Die Übermittlung der Daten an die Datenstelle ist ein fehleranfälliger Vorgang. Viele dieser **Fehler** lassen sich durch eine bessere technische Ausstattung und die Wahl eines sicheren Übermittlungswegs vermeiden, andere können durch organisatorische Maßnahmen ausgeschlossen werden.



Übermittlung per Datenträger: Darauf sollten Sie achten

- Überlegen Sie, ob Sie nicht einen anderen **Weg der Datenübermittlung** wählen können, der sicherer ist. Rechnen Sie mögliche finanzielle Einbußen aufgrund von Datenverlusten oder unwirksamen Einschreibungen gegen die Kosten für neue Hard- und Software auf. Wenn Sie dennoch an diesem Verfahren festhalten, entscheiden Sie sich für den jeweils sichersten Weg zur Datenübermittlung. Der Versand per E-Mail ist sicherer als der per Datenträger.
- Nehmen Sie, wenn Sie bei Datenträgern bleiben, immer einen neuen Datenträger.
- Rufen Sie die gespeicherten Daten abschließend noch einmal auf und prüfen Sie, ob Sie sie in ein beliebiges Laufwerk auf Ihrem Rechner kopieren können.
- Vergewissern Sie sich, dass die **Hardware**, für Ihren Datenträger (z. B. der CD-Brenner) in Ordnung ist.
- Die Datenstellen machen zum Teil sehr genaue Vorgaben für die zu verwendenden Datenträger und deren Versand. Die Vorgaben betreffen z. B. **Standards** wie Größe und Kapazität der CD-ROM, die notwendigen Angaben auf dem Datenträger und den Versand. Diese Informationen erhalten Sie bei Ihrer KV oder Datenstelle. Halten Sie diese Vorgaben genau ein. Sie vermeiden so, dass Daten nicht ausgelesen oder zugeordnet werden können.
- Versehen Sie die Datenträger mit **Absender** und der LANR sowie der BSNR.
- In einigen Regionen werden die DMP-Daten von zwei Datenstellen verarbeitet, je nachdem, welcher Krankenkasse die Patienten angehören. Sammeln und versenden Sie die Dokumentationen in diesem Fall getrennt an die jeweilige Datenstelle.

DMP-Daten nicht per Datenträger, sondern online zu versenden, ist sicherer und zuverlässiger. Aber auch hier gibt es (allerdings deutlich weniger) **typische Fehlerquellen**, die zu ungewollten Verzögerungen führen können.



Online-Versand von Dokumentationen: Darauf sollten Sie achten

- Prüfen Sie, sofern Sie die Daten per **E-Mail** übermitteln, vor dem Abschicken der Mail, ob Sie auch alle Dateien angehängt haben.
- Dateien, die über das **Portal der Kassenärztlichen Vereinigung** versendet werden, müssen immer zuerst am Rechner hochgeladen werden. Laden Sie die Dateien mit den Daten zu den verschiedenen DMP einzeln hoch und versenden Sie sie auch einzeln, wenn das verlangt ist. Fehler bei diesen Vorgängen können dazu führen, dass Dateien beim Hochladen überschrieben oder dass nicht alle Dateien übertragen werden. Ihre KV hält detaillierte Hinweise bereit, was Sie tun müssen, um DMP-Daten erfolgreich zu übertragen (→ *Beileger oder unter aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/dmp-leitfaeden-fuer-aerzte-und-praxisteams → Regionale Beileger*).
- Wenn Sie unsicher sind oder Grund zu der Annahme haben, dass Daten von der Praxissoftware versendet, aber möglicherweise nicht angekommen sind, nehmen Sie umgehend Kontakt mit der Datenstelle auf, um die Frage zu klären.

Es ist vielfach üblich, dass Arztpraxen eine **Eingangsbestätigung der Datenstelle** erhalten, sobald DMP-Dokumentationen eingetroffen sind. Diese Bestätigung besagt nur, dass Dokumentationen eingegangen sind. **Sie ist kein Beleg dafür, dass die Dokumentationen vollständig und fehlerfrei sind und somit honoriert werden können.**

Die Datenstelle prüft alle eingehenden Datenträger und Dateien, sobald sie eingegangen sind. Wenn sich dabei herausstellt, dass ein Datenträger oder eine Datei nicht verarbeitet werden kann oder dass einzelne Datensätze nicht lesbar sind, informiert Sie die Datenstelle und bittet darum, die Daten erneut zu versenden.



Wichtig: Schließen Sie die DMP-Daten in die Datensicherung Ihrer Praxisdaten ein oder archivieren Sie sie gesondert, damit Sie im Bedarfsfall immer auf die Daten zurückgreifen können.

So werden Fehler korrigiert



Die häufigsten Fehler bei der Übermittlung von Dokumentationen

per Datenträger	Datenträger ist leer
	Datenträger werden in der Praxis beschädigt (z. B. beim Beschriften)
	Daten sind nicht einzulesen
	Datenträger haben keinen Absender
	Datenträger werden beim Transport beschädigt
per Datenleitung	Dateien werden beim Hochladen überschrieben oder es werden nicht alle Dateien versendet
	In der PVS wurde nicht die korrekte Empfängeradresse bzw. -ID hinterlegt. Die Dateien werden an die falsche Datenstelle versendet.

Fehler in den Dokumentationen sind selten. Wenn sie vorkommen, sind sie meist im Kopffeld der Dokumentationen enthalten (→ *Seiten 6 bis 8*). Stellt die Datenstelle Fehler fest, werden sie in einem zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Verfahren korrigiert. In einigen Vertragsgebieten geschieht das folgendermaßen: Die Datenstelle ruft, wenn sie einen Fehler festgestellt hat, die Arztpraxis an. Der Fehler wird am Telefon gemeinsam korrigiert. Die Datenstelle druckt eine korrigierte Fassung der Dokumentation aus und schickt sie an die Arztpraxis. Der Arzt unterschreibt die Dokumentation, versieht sie mit dem Tagesdatum und schickt sie an die Datenstelle zurück.

Das Korrekturverfahren ist jedoch nicht überall einheitlich. Erkundigen Sie sich darum, auf welchem Wege in Ihrer Region Fehler korrigiert werden und halten Sie das Verfahren ein.

Eventuelle **Korrekturen** an den Dokumentationen müssen innerhalb von 52 Tagen nach dem Ende des Dokumentationsquartals abgeschlossen sein. Dokumentationen, die nicht innerhalb dieser Frist fehlerfrei in der Datenstelle vorliegen, verfallen. Sie können weder nachgereicht noch honoriert werden. Bis zum Ende dieser Frist sind Korrekturen jedoch jederzeit möglich. Sie müssen dazu lediglich eine neue Dokumentation ausfertigen und an die Datenstelle verschicken. Honoriert wird jedoch nur eine Dokumentation in dem gewählten Dokumentationszeitraum.

 **Wichtig:** Sind zwei Dokumentationen in Folge ungültig oder kommen nicht zustande, weil der Patient zum Beispiel nicht zum vereinbarten Termin erschienen ist, **muss** die Krankenkasse den Patienten aus dem Programm ausschreiben. Wenn die Teilnahmevoraussetzungen weiterhin vorliegen, ist eine Wiedereinschreibung möglich.



Die Fristen im DMP

- Erstdokumentationen verfristen nach 52 Tagen im nächsten oder übernächsten Quartal nach dem Quartal, in dem die Dokumentation erstellt wurde (→ *Beileger oder unter aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/dmp-leitfaeden-fuer-aerzte-und-praxisteams → Regionale Beileger*).
- Folgedokumentationen verfristen nach 52 Tagen im Folgequartal.

Regelmäßige und dauerhafte Teilnahme sichern

Fehler beim Dokumentieren können immer vorkommen. Sie lassen sich aber in der zur Verfügung stehenden Zeit und in Zusammenarbeit mit den an der Durchführung der DMP beteiligten Partnern meist leicht beheben. Ausschreibungen aufgrund der Verfristung von Dokumentationen müssen deshalb nicht sein. Die Datenstellen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ihre AOK bieten Ihnen viele Hilfen an. Machen Sie von diesen Angeboten Gebrauch und wenden Sie sich bei Bedarf auch direkt an Ihre Ansprechpartner bei der Datenstelle, der KV oder der AOK.

2

Folgedokumentation



Ausschreibungen verhindern: Das können Sie selbst tun

- Legen Sie die **Dokumentationstermine** der DMP-Patienten an den Beginn des Quartals. Sie können dann, falls der Patient nicht zum Termin erscheint, leichter einen neuen Dokumentationstermin im selben Quartal durchführen.
- Halten Sie die in ihrer Region gesetzte Frist für die **Übermittlung der Dokumentationen** an die Datenstelle ein (z. B. 10 Tage nach Ende des Dokumentationsquartals (→ *Beileger oder unter aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/dmp-leitfaeden-fuer-aerzte-und-praxisteams → Regionale Beileger*). Das garantiert, dass alle Dokumentationen im nächsten Arztbericht erscheinen. Sie behalten so leichter den Überblick und die Zahl der in Kontrollmitteilungen als fehlend aufgeführten Dokumentationen sinkt. Außerdem bleibt mehr Zeit, um eventuelle Fehler in der Dokumentation zu korrigieren.
- Es empfiehlt sich, alle Dokumente (die TE/EWE, die Erst- und die Folgedokumentationen) **regelmäßig und zeitnah**, am besten je nach Praxisgröße einmal wöchentlich oder monatlich, gesammelt **an die Datenstelle** zu übermitteln. Die TE/EWE muss im Original verschickt werden, Erst- und die Folgedokumentationen können Sie gemeinsam elektronisch übermitteln.
- Fertigen Sie sich, sofern Sie eine solche Hilfe nicht von der Datenstelle erhalten, eine **Übersicht mit allen wichtigen DMP-Terminen** an (Termine zur Übermittlung von Dokumentationen, Eingang von Arztberichten, Verfristungstermine (→ *Abb. Seite 13*)).
- **Wichtig:** Gleichen Sie die **Arztinformation**, die Sie von Ihrer Datenstelle erhalten, möglichst bald nach Eingang mit der von Ihrer Software erstellten Versandliste ab. Dokumentationen sind nur gültig, wenn sie im Arztbericht oder dem Kontoauszug der Datenstelle als gültig (plausibel und fristgerecht) aufgeführt werden. Ein Übermittlungsbeleg Ihrer Praxissoftware und die Eingangsbestätigung der Datenstelle besagen nicht, dass alle Dokumentationen gültig sind.
- Rufen Sie, wenn Sie **Unstimmigkeiten** feststellen, ohne zu zögern die Datenstelle an. Ihr Ansprechpartner **klärt** mit Ihnen gern jeden Zweifelsfall und jedes Detail.

3

Aus- und Wiedereinschreibung

Die Krankenkasse ist dazu verpflichtet, einen Patienten aus dem Programm auszuschreiben, wenn die Folgedokumentationen von zwei aufeinander folgenden Dokumentationszeiträumen nicht bei der Datenstelle eingegangen oder verfristet sind. Dabei ist es egal, ob der Patient nicht zur Untersuchung erschienen ist oder ob Fehler in der Dokumentation nicht rechtzeitig behoben werden konnten. Eine Dokumentation verfristet, wenn sie 52 Tage nach Ablauf des Quartals, in dem sie erhoben worden ist, nicht vollständig und fehlerfrei bei der Datenstelle vorliegt.

Manchmal ist abzusehen, dass ein Patient im folgenden Quartal nicht zum Dokumentationstermin erscheinen kann, zum Beispiel wegen eines Krankenhausaufenthalts mit anschließender Reha oder eines längeren Aufenthalts im Ausland. Um die Gefahr einer Ausschreibung aufgrund von zwei fehlenden Folgedokumentationen zu verringern, können Sie in einem solchen Fall das **Dokumentationsintervall** auf „jedes zweite Quartal“ umstellen.



DMP-Dokumentationen – Daten und Fristen (Beispiel)



Aus- und Wieder-
einschreibung

	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez
1	1.Quartal			2.Quartal			3.Quartal			4.Quartal		
2												
3												
9												
10	Frist 4. Q			Frist 1. Q			Frist 2. Q			Frist 3. Q		
11												
12												
13												
14	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo	Arztinfo
15												
20												
21		FD 4./ED 3.						FD 2./ED 1.				
22					FD 1./ED 4.					FD 3./ED 2.		
23												
27												
28		Vers. Feb.										
29												
30				Vers. Apr.		Vers. Jun.			Vers. Sept.		Vers. Nov.	Vers. Dez.
31	Vers. Jan.		Vers. Mrz.		Vers. Mai		Vers. Jul.	Vers. Aug.		Vers. Okt.		

Frist zur Übermittlung der Dokumentation des vorangegangenen Quartals

Verfristung der Folgedokumentationen des letzten Quartals/
Verfristung der Erstdokumentationen des vorletzten Quartals

(Intern festgelegter Termin) Versand der
Dokumentation an die Datenstelle

Arztinformation der Datenstelle
(z. B.: um den 12. Werktag im Monat)



Wann eine Ausschreibung erfolgen muss

	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	1. Quartal
Patient 1 (3) ✓	●	○	●	●	
Patient 2 (3) ✗	●	○	○	●	
Patient 3 (6) ✗	●		○		○
Patient 4 (6) ✓	●		○		●

● Folgedokumentation erhoben

○ Folgedokumentation fehlt

In den ersten beiden Beispielen wird alle drei Monate dokumentiert. Bei Patient 1 fehlt eine Folgedokumentation. Er muss deshalb nicht ausgeschrieben werden. Patient 2 dagegen muss ausgeschrieben werden, weil zweimal in Folge nicht dokumentiert worden ist. Bei den Beispielen drei und vier wird nur jedes zweite Quartal eine Folgedokumentation erstellt. Hier muss Patient 3 ausgeschrieben werden, während Patient 4 weiter am DMP teilnehmen kann.

3

Aus- und Wiedereinschreibung



Wichtig: Die Veränderung des Intervalls ist im Prinzip bei jedem Dokumentations-termin möglich. Sollte der Patient im Folgequartal doch zum Untersuchungstermin erscheinen, können Sie trotzdem eine Dokumentation erstellen.

Aus dem Programm ausgeschrieben werden muss ein Patient außerdem dann, wenn er innerhalb eines Jahres zwei von Ihnen **empfohlene Schulungen** abgelehnt oder nicht wahrgenommen hat. Die Ausschreibung setzt voraus, dass Sie unter „Empfohlene Schulung wahrgenommen“ zweimal in einem Jahr „nein“ angekreuzt haben. Nicht notwendig ist eine Ausschreibung dagegen, wenn der Patient aus nachvollziehbaren Gründen nicht an der Schulung teilgenommen hat. Sie können das durch ein Kreuz bei „war aktuell nicht möglich“ dokumentieren.



Ausschlussgrund „Schulungen“

Empfohlene Schulung wahrgenommen (Beitrag zur Dokumentation)

Diabetes-Schulung: ☒ ja ☒ nein ☐ war aktuell nicht möglich
 Hypertonie-Schulung: ☒ ja ☒ nein ☐ war aktuell nicht möglich
 Beitrag zur Dokumentation ☒ keine Schulung empfohlen

Schulung empfohlen (Beitrag zur Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☒ Hypertonie-Schulung ☒ keine

Wer zweimal im Jahr eine empfohlene Schulung nicht wahrgenommen hat, muss aus dem Programm ausgeschrieben werden. Das geschieht nur dann nicht, wenn Sie Schulung „war aktuell nicht möglich“ ankreuzen.

Ein Patient, der aus den oben genannten Gründen aus dem Programm ausgeschrieben werden musste, kann jederzeit wieder eingeschrieben werden, wenn er die Voraussetzungen dafür erfüllt. Eine **Wiedereinschreibung** ist auch möglich, wenn ein Patient von sich aus die Programmteilnahme gekündigt und sich wieder anders entschieden hat. Um erneut am Programm teilnehmen zu können, müssen Sie wie bei der ersten Teilnahme eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung ausfertigen (mit Ihrer Unterschrift und der des Patienten) sowie eine Erstdokumentation erstellen (→ Seite 4).

4

Arzt- und Kassenwechsel

Wenn ein chronisch kranker Patient, der bereits an einem DMP teilnimmt, erstmals in Ihre Praxis kommt, brauchen Sie ihn nicht neu einzuschreiben. Bei einem **Wechsel des behandelnden Arztes** reicht eine **Folgedokumentation**. Bitten Sie nach Rücksprache mit dem Patienten den vorher behandelnden Arzt ggf. um die von ihm erstellten Dokumentationen.



Wichtig: Anders ist die Situation, wenn einer Ihrer Patienten die **Krankenkasse** wechselt. Er muss – mit einer **TE/EWE** und einer **Erstdokumentation** – neu in das DMP eingeschrieben werden.

5

Probleme und ihre Ursachen

In verschiedenen Regionen erhalten Arztpraxen zu Kontrollzwecken regelmäßig eine Übersicht über die an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen. Wenn Dokumentationen, die Sie an die Datenstelle versendet haben, in dieser Übersicht nicht erscheinen, kann das

verschiedene Gründe haben (→ Seite 15). Wenden Sie sich in einem solchen Fall ohne Zeit zu verlieren an die Datenstelle oder an Ihren Ansprechpartner bei der AOK. Viele Probleme lassen sich so noch lösen.



Probleme und
ihre Ursachen



Warum Dokumentationen in der Übersicht fehlen können

Grund	Das ist zu tun
Verfristung	Die Dokumentation ist verfallen, weil sie nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eingereicht wurde oder der Datenstelle vollständig und fehlerfrei vorgelegen hat (→ Seite 11). Der Patient muss neu eingeschrieben werden, wenn es bereits die zweite Dokumentation in Folge ist, die nicht gültig und/oder fristgerecht eingereicht wurde.
Ausschreibung	Der Patient ist aus dem DMP ausgeschrieben worden. Er muss erneut eingeschrieben werden (→ Seite 12).
Keine Berechtigung	Für die angegebene LANR/BSNR (bei Krankenhäusern KHIK) liegt keine Berechtigung vor, am DMP teilzunehmen (→ Seite 7). Bitte wenden Sie sich an Ihre Kassenärztliche Vereinigung.
Keine TE/EWE vorhanden	Der Krankenkasse liegt keine TE/EWE zu der eingereichten Dokumentation vor. Schicken Sie baldmöglichst eine TE/EWE (im Original) an die Datenstelle (→ Seite 4 f.). (Das Datum der Arztunterschrift sollte zu dem auf der Erstdokumentation passen.)
Vorhandene Erstdokumentation ist ungültig	Die vorliegende Erstdokumentation ist ungültig. Damit ist es auch die Folgedokumentation (→ Seiten 4/5).
Keine Erstdokumentation vorhanden	Es liegt der Datenstelle keine Erstdokumentation vor, darum kann die Folgedokumentation nicht anerkannt werden (→ Seite 4). Legen Sie eine Erstdokumentation an und senden Sie sie an die Datenstelle. Achten Sie auf die Fristen.
Kassenwechsel	Der Patient hat die Krankenkasse gewechselt und muss neu in das DMP eingeschrieben werden (→ Seite 14).
Zweite Dokumentation im Quartal	Im selben Quartal wurde bereits eine (Erst- oder Folge-)Dokumentation angefertigt. Die zweite Dokumentation kann nicht vergütet werden.
Zweite Erstdokumentation	Bei der Datenstelle ist bereits eine gültige Erstdokumentation für diesen Patienten eingegangen (möglicherweise von einem anderen Arzt). Prüfen Sie, ob nicht doch noch eine Folgedokumentation zu erstellen ist.
Nächste Abrechnung	Die Dokumentation ist zwar fristgerecht, aber nicht rechtzeitig eingegangen, um in der Quartalsabrechnung berücksichtigt zu werden.
Sonstige Gründe (z. B. technischer Art)	Wenden Sie sich an die Datenstelle (Angabe der LANR, BSNR, Name des Patienten).
Falsche Abrechnungsziffer	Bitte überprüfen Sie, ob die korrekte Abrechnungsziffer angegeben wurde. Beispiel: Es wurde eine Erstdokumentation Asthma erstellt, in der KV-Abrechnung jedoch die Ziffer für eine Folgedokumentation angegeben.

Die medizinische Versorgung

Inwieweit verbessern die DMP die Versorgung der chronisch Kranken tatsächlich? Auskunft darüber geben neben den kassenübergreifenden Arztfeedback-Berichten die kassenspezifischen DMP-Evaluationsberichte. Die wichtigste Grundlage dafür sind die Dokumentationen, die bei jedem DMP-Termin ausgefüllt werden. Vergleicht man diese Befunddaten mit den in den DMP-Verträgen vereinbarten Zielwerten für die einzelnen Maßnahmen, zeigt sich, wo es Defizite bei der Umsetzung der DMP-Ziele gibt und welche Maßnahmen bereits erfolgreich umgesetzt werden.

Im Folgenden werden die Ist-Zahlen für die wichtigsten Behandlungsmaßnahmen der einzelnen DMP den Zielquoten gegenübergestellt. Die Werte stammen überwiegend aus den AOK-Evaluationsberichten, die dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) alle zwei Jahre zur Überprüfung der Qualität der Programme vorgelegt werden. In diesen Berichten werden alle Patienten, die sich im selben Halbjahr in das jeweilige DMP eingeschrieben haben, in eine Kohorte eingeteilt. Auf diese Weise ergeben sich inzwischen je nach DMP und dessen Start in der jeweiligen KV-Region bis zu 20 Kohorten. So kann überprüft werden, inwieweit sich die Behandlungsergebnisse mit zunehmender DMP-Teilnahmedauer verändern.

Die AOK-Ergebnisse in den folgenden Grafiken stammen aus den Evaluationsberichten aller Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen und werden anonymisiert als Benchmark dargestellt. **Bitte beachten Sie:** Die hier aufgeführten Werte sollen lediglich Schwachstellen bei der Umsetzung der Programme identifizieren helfen. Die Werte in Ihrer Region können von den hier aufgezeigten deutlich abweichen.



DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Untersuchung der pathologischen Urin-Albumin-Ausscheidung bei Diabetes mellitus Typ 1¹ und Typ 2

Dokufeld „Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer an den DMP Diabetes mellitus Typ 1¹ und Typ 2 auszufüllen.

Antwortmöglichkeiten: „Nicht untersucht“, „Nein“ oder „Ja“.
Genau eine Angabe ist zulässig.

DMP Diabetes mellitus Typ 1

Bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ohne bekannte diabetische Nephropathie soll die Untersuchung zum Ausschluss einer diabetischen Nephropatie mindestens einmal jährlich durchgeführt werden. Der Nachweis einer normalen Urin-Albumin-Ausscheidungsrate oder einer normalen Urin-Albumin-Konzentration im ersten Morgenurin (bis maximal 30 mg/Tag) weist auf eine normale Nierenfunktion hin.

Eine Mikroalbuminurie geht mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko einher: Zwei Kohortenstudien aus Finnland und den USA haben gezeigt, dass Menschen mit Typ-1-Diabetes mit

¹ Ab dem 1.7.2021 soll bei Teilnehmern am DMP Diabetes mellitus Typ 1 einmal jährlich die Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) im Urin bestimmt werden.

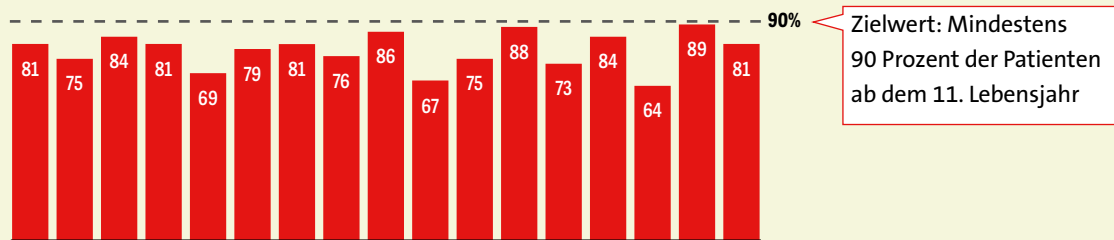
einer Mikroalbuminurie ein 2,7-fach höheres Sterblichkeitsrisiko haben. Das DMP-Ziel, bei mindestens 90 Prozent der Patienten den Urin auf Albumin zu untersuchen, wird selten erreicht. Laut aktuellen Evaluationsberichten wurden im Durchschnitt 80 Prozent der Menschen mit Diabetes Typ 1, die im Berichtszeitraum eingeschrieben waren, mindestens einmal im Jahr untersucht² (→ Abb. 1).



Diabetes mellitus

Abb. 1 DMP Diabetes mellitus Typ 1 – Bestimmung der Albumin-Ausscheidung

DMP-Ziel „Hoher Anteil von Patienten ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Bestimmung der Albumin-Ausscheidung im Urin“



Zielwert: Mindestens 90 Prozent der Patienten ab dem 11. Lebensjahr

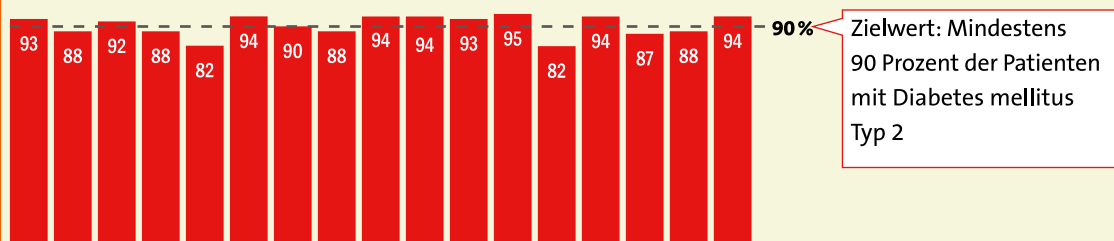
In keiner der 17 KV-Regionen wurde in dieser Kohorte die Zielquote von mindestens 90 Prozent erreicht.

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Bei Menschen mit Diabetes Typ 2 soll aufgrund des individuellen Risikoprofils (insbesondere Diabetesdauer, Alter, Retinopathie, weitere Begleiterkrankungen) bei jedem Patienten geprüft werden, ob er von einer regelmäßigen Bestimmung der Albumin-Ausscheidung im Urin (z. B. einmal jährlich) profitieren kann. (→ Abb. 2).

Abb. 2 DMP Diabetes mellitus Typ 2 – Jährliche Überprüfung der Nierenfunktion

DMP-Ziel „Hoher Anteil an Patienten mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion“



Zielwert: Mindestens 90 Prozent der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

In 10 von 17 KV-Regionen wurde in dieser Kohorte die Zielquote von mindestens 90 Prozent erreicht.

Überprüfung der Nierenfunktion

Dokufeld „eGFR“

Pflichtangabe: Dieses Feld ist für Teilnehmer an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 auszufüllen.

Es kann nur eine von zwei möglichen Angaben gemacht werden: entweder das Ergebnis der Formel „ml/min/1,73m² Körperoberfläche“ oder „Nicht bestimmt“

² Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsberichte aus 16 Kassenärztlichen Vereinigungen, 2018



Diabetes mellitus

Die DMP-Anforderungen-Richtlinie (A-RL) für die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sieht vor, mindestens einmal jährlich die glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) zu ermitteln. Sie wird im Dokumentationsfeld „eGFR“ festgehalten.

DMP Diabetes mellitus Typ 1

Laut Anforderungen-Richtlinie soll zusätzlich zur Urin-Albumin-Bestimmung mindestens einmal jährlich die glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) ermittelt werden – und zwar auf der Basis der Serum-Kreatinin-Bestimmung. Die Zielerreichungsquote beträgt mindestens 90 Prozent. Im Durchschnitt aller KV-Regionen wird eine tatsächliche Quote von rund 85 Prozent erreicht.³

In den Arztfeedback-Berichten Ihrer KV-Region erkennen Sie die genaue Quote der Patienten mit Typ-1-Diabetes mit persistierender Albuminurie und einer Kreatininbestimmung und den Anteil aller Menschen mit Diabetes Typ 1 mit einer eGFR-Bestimmung.

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Auch für Menschen mit Typ 2 Diabetes wird die jährliche Bestimmung der eGFR verlangt. Bei mindestens 90 Prozent der Patienten soll wenigstens einmal jährlich eine Serum-Kreatinin-Bestimmung erfolgen. Das DMP-Ziel wird im Bundesdurchschnitt bei den Patienten mit Diabetes Typ 2 im Berichtszeitraum mit 91 Prozent tatsächlich knapp erreicht.³ Die Ermittlung der glomerulären Filtrationsrate ist nicht nur aufgrund der geringen Aussagekraft des Kreatinin-Wertes vorgesehen. Sie ist außerdem die Voraussetzung dafür, die richtigen Medikamente auszuwählen und die nierengängigen Arzneimittel richtig zu dosieren.

Untersuchung der Netzhaut

Dokufeld „Ophtalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 auszufüllen.

1. Ist zwischen dem letzten und dem aktuellen DMP-Termin ein Befundbericht des augenärztlichen Kollegen eingegangen, dann kreuzen Sie bitte „Durchgeführt“ an.
2. Erfolgte im Zeitraum seit der letzten Vorstellung keine Augenuntersuchung und liegt kein Bericht vor, dann dokumentieren Sie bitte „Nicht durchgeführt“.
3. Wenn Sie nach dem letzten oder beim aktuellen Vorstellungstermin eine Überweisung zum Augenarzt ausgestellt haben bzw. ausstellen, kreuzen Sie bitte „Veranlasst“ an.

Die Kombination aus „Durchgeführt“ und „Veranlasst“ ist möglich, ebenso „nicht durchgeführt“ und „veranlasst“.

Die Diabetische Retinopathie und/oder Makulopathie sind die häufigsten mikrovaskulären Spätkomplikationen bei Diabetes mellitus und die häufigste Ursache der Erblindung im Alter zwischen 40 und 80 Jahren. Die Funduskopie dient aber nicht nur der Vermeidung einer Erblindung, sondern lässt auch Rückschlüsse auf das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse zu: Patienten mit proliferativer diabetischer Retinopathie haben nach rund acht Jahren ein mehr als vierfaches kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko gegenüber Patienten, die anfänglich keine proliferative Retinopathie aufwiesen.

³ Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsberichte aus 16 Kassenärztlichen Vereinigungen, 2018

Die augenärztliche Untersuchung zum Ausschluss bzw. zur Bestimmung des Stadiums der Retinopathie und/oder Makulopathie soll folgende Maßnahmen umfassen:

- die Bestimmung der Sehschärfe
- die Untersuchung der vorderen Augenabschnitte – ggf. mit Augeninnendruckmessung
- die binokulare Untersuchung der Netzhaut bei dilatierter Pupille oder – falls benötigt – eine Untersuchung durch Fluoreszenzangiografie⁴



Diabetes mellitus

DMP Diabetes mellitus Typ 1

Für Menschen mit Diabetes Typ 1 sieht die DMP-Qualitätssicherung keine Zielquote vor. Es wird jedoch empfohlen, alle ein oder zwei Jahre eine Funduskopie vornehmen zu lassen, beginnend fünf Jahre nach Manifestation des Diabetes.

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Alle Menschen mit Diabetes Typ 2 sollen regelmäßig eine Funduskopie erhalten, sofern noch keine Retino- und/oder Makulopathie vorliegt. Die Zielquote beträgt mindestens 90 Prozent. Im Bundesdurchschnitt aller KV-Regionen wird eine Quote von 75 Prozent erreicht⁵. Bei bekannter Retino- und/oder Makulopathie erfolgen die Kontrollen je nach Maßgabe des Augenarztes.



Überweisungen zum Augenarzt

	Diabetes Typ 1	Diabetes Typ 2
nach Diagnose des Diabetes	ab dem 11. Lebensjahr, spätestens ab dem 5. Jahr nach Diagnosestellung	sofort
ohne diabetesbedingte Veränderungen am Auge	ein- oder zweijährlich (risikoabhängig)	ein- oder zweijährlich (risikoabhängig)
mit diabetesbedingten Veränderungen am Auge	mehrmals jährlich nach Bedarf	mehrmals jährlich nach Bedarf



Achtung: Aus der Überweisung sollte eindeutig hervorgehen, welche Leistungen der Augenarzt erbringen soll. Kennzeichnen Sie außerdem die DMP-Teilnahme Ihres Patienten auf der Überweisung. Wenn Sie auf dem Überweisungsformular einen entsprechenden Vermerk machen, erhalten Sie vom Augenarzt den Befund mitgeteilt.

Für Menschen mit Diabetes sind die Funduskopie und (wenn der Augenarzt dies für medizinisch erforderlich hält) auch die in derselben Sitzung erbrachte Augeninnendruckmessung Kassenleistungen. Es ist also wichtig, den Diabetes als Begründung der Augendiagnostik auf der Überweisung zu vermerken. Auf diese Weise ersparen Sie Ihren Patienten mögliche Diskussionen und Zuzahlungen wegen vermeintlicher Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL).



Wichtig: Bei allen Indikationen ist es hilfreich, dem Patienten bei Überweisungen zum Facharzt auch Befunde und Laborwerte mitzugeben bzw. diese mit dem eArztbrief an den Facharzt zu übermitteln.

⁴ Quelle: 20. RSA-ÄndV, NVL Typ-2-Diabetes: „Therapie und Prävention von Netzhautkomplikationen“, 2. Auflage 2015 und S3-Leitlinie: „Therapie des Typ-1-Diabetes“ der DDG. Aktuell werden die sechs NVL zu Diabetes mellitus in eine Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes zusammengeführt. Die neue, zusammengeführte NVL Typ-2-Diabetes: liegt Stand 1.1.2021 in der Konsultationsfassung vor. Bisher kein Kapitel zur Retinopathie.

⁵ Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsberichte aus 16 Kassenärztlichen Vereinigungen, 2018



Untersuchung der Füße

Dokubereich „Fußstatus“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 auszufüllen, die mindestens 18 Jahre alt sind.

Dokufeld „Pulsstatus“ Genau eine Angabe von drei Möglichkeiten ist zulässig:
Unauffällig / Auffällig / Nicht untersucht

Dokufeld „Sensibilitätsprüfung“ Genau eine Angabe von drei Möglichkeiten ist zulässig:
Unauffällig / Auffällig / Nicht untersucht

Dokufeld „Weiteres Risiko für Ulcus“ Mindestens eine Angabe ist möglich zu:
Fußdeformität / Hyperkeratose mit Einblutung / Z. n. Ulcus / Z. n. Amputation / Ja / nein / nicht untersucht

Dokufeld „Ulcus“ Genau eine Angabe von drei Möglichkeiten ist zulässig:
oberflächlich / tief / nein / nicht untersucht

Dokufeld „(Wund)Infektion“ Genau eine Angabe von drei Möglichkeiten ist zulässig:
Ja / nein / nicht untersucht

Menschen mit Diabetes, insbesondere solche mit peripherer Neuropathie und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit, haben ein erhöhtes Amputationsrisiko, wenn es zu einem diabetischen Fußsyndrom kommt. Um dem vorzubeugen, soll bei allen Patienten mindestens einmal jährlich eine Inspektion der Füße vorgenommen werden, einschließlich der Prüfung auf Neuropathie und der Erhebung des Pulsstatus. Bei Patienten mit erhöhtem Risiko soll die Prüfung mitsamt der Kontrolle des Schuhwerks quartalsweise erfolgen.

Sofern unveränderliche auffällige Befunde bei „Pulsstatus“ und „Sensibilitätsprüfung“ bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung notwendig. Diese Befunde sind in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren. Die Angabe „nicht untersucht“ soll nur erfolgen, wenn der Status nicht bekannt ist, weil keine Untersuchung stattgefunden hat.

Veranlassung von diabetesbezogenen Über- bzw. Einweisungen

Dokufeld „Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung“

„Ja“ / „Nein“ / „Veranlasst“

In diesem Feld geben Sie an, ob Sie den Patienten zur Behandlung an eine für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierte Einrichtung überwiesen haben oder ob Sie ihn in Ihrer Praxis mitbehandeln, weil Sie eine für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung sind. Erfolgt eine Behandlung oder Mitbehandlung geben Sie bitte „Ja“ an.

Eine Überweisung in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung ist zwingend notwendig, sofern Sie selbst nicht zur Gruppe der für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Ärzte gehören und die Patienten daher nicht selber behandeln:

- bei Fußläsion mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und
- bei allen tiefen Ulcera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie) sowie
- bei Verdacht auf Charcot-Fuß

Mindestens 65 Prozent der Diabetespatienten mit einem auffälligen Befund sollen überwiesen werden, sofern der im Rahmen des DMP behandelnde Arzt nicht selbst diese Qualifikation und Abrechnungsmöglichkeit besitzt. Dieses Qualitätsziel wird im Bundesdurchschnitt aller KV-Regionen jedoch nur zu rund 38 Prozent erfüllt.⁶



Diabetes mellitus

Dokufeld „Intervall für künftige Fußinspektionen“

„Jährlich“ / „alle 6 Monate“ / „Alle 3 Monate oder häufiger“

Anhand der folgenden Kriterien ist die künftige Frequenz der Fußinspektion, einschließlich Kontrolle des Schuhwerks, festzulegen:

Keine sensible Neuropathie	Mindestens jährlich
sensible Neuropathie	Mindestens alle 6 Monate
sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Risiken wie Fußdeformitäten (gegebenenfalls infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z. n. Ulkus, Z. n. Amputation	alle 3 Monate oder häufiger

Das Qualitätsziel, bei mindestens 80 Prozent aller Patienten angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festzulegen, wird im Bundesdurchschnitt bei rund 76 Prozent erreicht.⁶

Dokufeld „Diabetesbezogene stationäre Einweisung“

„Ja“ / „Nein“ / „Veranlasst“

Die diabetesbezogene Einweisung in eine stationäre Einrichtung wird gesondert dokumentiert.

Behandlung mit Thrombozytenaggregationshemmern

Dokufeld „Thrombozytenaggregationshemmer“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 auszufüllen.

Es sind drei Antwortmöglichkeiten vorgesehen: „Ja“, „Nein“, „Kontraindikation“.

Die gleichzeitige Angabe von „Nein“ und „Kontraindikation“ ist möglich. Neben „Ja“ kann keine weitere Angabe gemacht werden.

Das Risiko für makroangiopathische Begleit- und Folgeerkrankungen ist bei Menschen mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 deutlich erhöht. Senken lässt es sich mithilfe einiger Behandlungsmaßnahmen, die erwiesenermaßen einen positiven Effekt auf Mortalität und Morbidität haben. Als Sekundärprävention kommen – neben anderen medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen – Thrombozytenaggregationshemmer zum Einsatz, wenn die Patienten mit Diabetes bereits von einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, einer KHK oder einer zerebrovaskulären Erkrankung betroffen sind. In den DMP für Diabetes Typ 1 und Typ 2 wird eine Mindestquote von 80 Prozent angestrebt. In Bundesdurchschnitt aller KV-Regionen erhalten jedoch nur rund zwei Drittel der Menschen mit Diabetes Typ 1 mit Makroangiopathie diese Medikation. Unter den Patienten mit Diabetes Typ 2 beträgt die Quote im Durchschnitt 73 Prozent.⁶

⁶ Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsberichte aus 16 Kassenärztlichen Vereinigungen, 2018

DMP Koronare Herzkrankheit

Entwicklung der Angina pectoris-Symptomatik

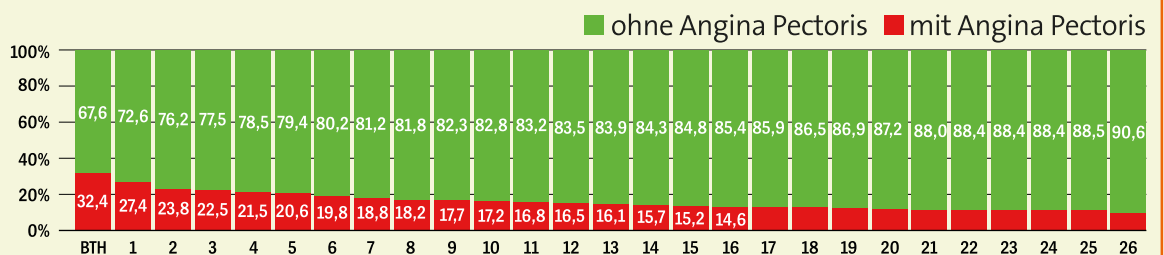
Dokufeld „Angina pectoris“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer am DMP KHK auszufüllen.

Es sind fünf Möglichkeiten im Dokufeld „Angina pectoris“ vorgesehen: „Nein“, wenn ja: „CCS I, CCS II, CCS III oder CCS IV“.

Das DMP KHK verfolgt unter anderem das Ziel die Beschwerden der Patienten zu lindern. Über die Jahre konnte der Anteil beschwerdefreier Patienten kontinuierlich gesteigert werden von 67,6 Prozent auf 90,6 Prozent.

Abb. 3 Anteil der Patienten mit mindestens einmal dokumentierter Angina pectoris im Teilnahmehalbjahr (Querschnittsdaten)



Quelle: Bericht der strukturierten Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen – Indikation Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 31.12.2018

Verschreibung von Beta-Blockern nach Myokardinfarkt

Dokufeld „Beta-Blocker“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer am DMP KHK auszufüllen.

Es sind drei Möglichkeiten im Dokufeld „Beta-Blocker“ vorgesehen: „Ja“, „Nein“, „Kontraindikation“.

Dokufeld „Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer am DMP KHK auszufüllen.

Im Dokufeld „Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate“ wird entweder „Ja“ oder „Nein“ dokumentiert.

Nach akutem Myokardinfarkt, sollten Patienten für mindestens ein Jahr mit Betarezeptorenblocker behandelt werden. Bei Vorliegen weiterer klinischer Indikationen (z. B. eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion, systolische Herzinsuffizienz, Hypertonus, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris) sollte die Therapie mit Betarezeptorenblockern fortgeführt werden.

Der Fokus des dazugehörigen Qualitätsziels liegt auf der Indikation des Beta-Blockers für 12 Monate nach Herzinfarkt. Da die Dokumentationsintervalle individuell festzulegen sind, lässt sich der Zeitraum von 12 Monaten nicht auf den Tag genau über die, für die Qualitätssicherung heranzuziehenden Dokumentationen abbilden.

Verordnung von Statinen



Koronare
Herzkrankheit

Dokufeld „Aktuelle Statin-Dosis“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer am DMP KHK auszufüllen.

Es sind fünf Möglichkeiten im Dokufeld „Aktuelle Statin-Dosis“ vorgesehen: „Hoch“, „Moderat“, „Niedrig“, „Kein Statin“, „Kontraindikation gegen Statin“.

Dokufeld „Aktuelle Therapiestrategie Statin“

Pflichtangabe: Ist nur bei der Ausprägung „Hoch“ oder „Moderat“ oder „Niedrig“ im Dokufeld „Aktuelle Statin-Dosis“ auszufüllen.

Es sind drei Möglichkeiten im Dokufeld „Aktuelle Therapiestrategie Statin“ vorgesehen: „Feste Hochdosis-Strategie“, „Zielwert-Strategie“, „Keine Strategie vereinbart“.

Dokufeld „Grund für moderate oder niedrige Statin-Dosis“

Pflichtangabe: Ist nur bei der Ausprägung „Moderat“ oder „Niedrig“ im Dokufeld „Aktuelle Statin-Dosis“ auszufüllen.

Es sind fünf Möglichkeiten im Dokufeld „Grund für moderate oder niedrige Statin-Dosis“ vorgesehen: „Aufdosierungsphase“, „LDL-Zielwert erreicht“, „Kontraindikation gegen Hochdosis“, „Ablehnung durch Patienten“, „Keine Begründung“.

Die Ausprägung „Kontraindikation gegen Hochdosis“ gilt auch für Unverträglichkeiten.

Alle Patienten mit chronischer KHK sollen unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten dauerhaft HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erhalten. Es soll entweder eine feste Hochdosistherapie (unabhängig vom LDL-Wert) oder eine Zielwertstrategie gemeinsam mit dem Patienten vereinbart werden. Bei Nebenwirkungen unter Statinen soll durch Reduzierung der Dosis oder Umsetzung auf ein anderes Statinpräparat die Weiterführung der Behandlung versucht werden.

Mit dem Qualitätsziel „Hoher Anteil von Teilnehmern, die eine leitliniengerechte Statintherapie erhalten“ soll Aufmerksamkeit auf die in den internationalen und nationalen Leitlinien geforderte konsequente Statingabe in angemessener Dosis gelenkt werden.

Zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motivieren

Dokufeld „Regelmäßiges sportliches Training“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer am DMP KHK auszufüllen.

Es sind drei Möglichkeiten im Dokufeld „Regelmäßiges sportliches Training“ vorgesehen: „Ja“, „Nein“, „Nicht möglich“.

Alle Patienten sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden. Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) und sportliches Training. Diese Interventionen sollen so ausgerichtet sein, dass die Patienten motiviert sind, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren. Planung und Intensität der körperlichen Aktivität sind an die individuelle Belastbarkeit des Patienten anzupassen.



Koronare Herzkrankheit

Allen Patienten, insbesondere denjenigen mit erhöhtem Risiko (etwa Z. n. akutem Koronarsyndrom (ACS) < 12 Monate, Z. n. ICD/CRT Implantationen, LVEF $\leq$ 40%), soll die Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen unter Berücksichtigung der Gesamtsituation empfohlen werden.

Bei stabiler kardiovaskulärer Erkrankung (niedriges Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung) soll moderates bis anstrengendes aerobes Training für mindestens zwei Stunden in der Woche empfohlen werden. Dies kann auf tägliche Bewegungseinheiten von mindestens 30 Minuten Dauer (z. B. zügiges Gehen) verteilt werden. Zusätzlich soll mindestens zweimal wöchentlich Krafttraining durchgeführt werden.

Das Qualitätsziel „Hoher Anteil von Teilnehmern die regelmäßig sportliches Training betreiben“ soll die Umsetzung von körperlicher Aktivität und sportlichem Training unterstützen.

Zum Rauchausstieg motivieren

Dokufeld „Raucher“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer an den internistischen DMP im Abschnitt „Indikationsübergreifende Dokumentation“ auszufüllen.

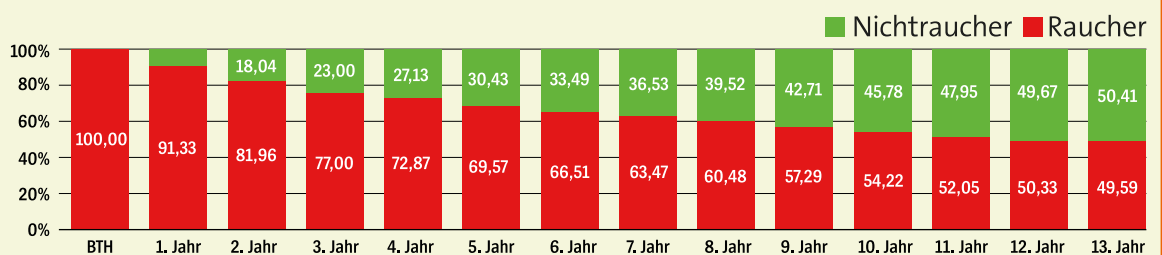
Im Dokufeld „Raucher“ wird entweder „Ja“ oder „Nein“ dokumentiert.

Teilnehmer am DMP KHK sollen im Rahmen der Therapie von ihrem behandelnden Arzt über die besonderen Risiken des Rauchens und Passivrauchens aufgeklärt werden. Das DMP KHK sieht vor, dass

- bei jeder Konsultation der Raucherstatus erfragt wird,
- der Raucher in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert wird, mit dem Rauchen aufzuhören,
- festgestellt wird, ob der Raucher zurzeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen,
- ausstiegsbereiten Rauchern wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung angeboten werden; dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete, vom Patienten selbst zu tragende Medikamente,
- Folgekontakte möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum vereinbart werden.

Der Anteil weiterhin rauchender Patienten liegt bei ungefähr 50 Prozent, das heißt etwa die Hälfte der KHK-Patienten, die bei ihrer Einschreibung ins DMP noch aktive Raucher waren, haben das Rauchen aufgegeben. Ziel im DMP KHK ist, die Raucherquote weiter zu senken und die noch aktiven Raucher unter den KHK-Patienten zu einem Rauchverzicht zu bewegen.

Abb. 4 Raucher gemäß Erstdokumentation und aktueller Raucherstatus (Querschnittsdaten)



Quelle: Bericht der strukturierten Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen – Indikation Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 31.12.2018

Zum Rauchausstieg motivieren

Dokufeld „Raucher“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer an den internistischen DMP im Abschnitt „Indikationsübergreifende Dokumentation“ auszufüllen.

Im Dokufeld „Raucher“ wird entweder „Ja“ oder „Nein“ dokumentiert.

Die Teilnehmer am DMP Asthma sollen im Rahmen der Therapie von ihrem behandelnden Arzt über die besonderen Risiken des Rauchens und Passivrauchens aufgeklärt werden. Der Arzt sollte dabei die dringende Empfehlung aussprechen, das Rauchen aufzugeben, und folgendermaßen vorgehen:

- Der Raucherstatus soll bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucher sollen in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob Raucher zu dieser Zeit bereit sind, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Wenn der Patient das Rauchen aufgeben will, sollte aktiv Hilfe angeboten werden. Dazu gehört das Festlegen des Ausstiegsdatums, das Erstellen eines Ausstiegsplans, die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und zusätzliche Hilfen wie Selbsthilfebroschüren.
- Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

Regelmäßig rauchende Menschen mit Asthma erleiden häufiger Exazerbationen, werden häufiger stationär aufgenommen und sind einem höheren Sterberisiko ausgesetzt als Nichtraucher mit Asthma. Außerdem weisen sie längerfristig eine beschleunigte Verschlechterung der Lungenfunktion auf. Bei Asthmapatienten, die rauchen, ist zudem die Empfindlichkeit für inhalative und systemische Kortikosteroide herabgesetzt. In einer größeren und zwei kleineren prospektiven Kohortenstudien besserten sich die Lungenfunktion sowie die Asthmakontrolle/Asthmasymptome, wenn sich Patienten das Rauchen abgewöhnt hatten.¹

Drei Viertel der Asthmapatienten, die zum Zeitpunkt ihres DMP-Starts geraucht hatten, rauchen auch weiterhin. Das Ziel sollte sein, diese Patienten von den Vorteilen des Nikotinverzehrs zu überzeugen. Konkrete Tipps für Ärzte und Patienten bietet die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma. (→ leitlinien.de/nvl/asthma)

Einsatz von inhalativen Glukokortikosteroiden

Dokufeld „Inhalative Kortikosteroide“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer am DMP Asthma auszufüllen.

Folgende Angaben sind möglich: „Bei Bedarf“, „Dauermedikation“, „Keine“ und „Kontraindikation“.

Mindestens eine Angabe ist notwendig. Wenn „keine“ und/oder „Kontraindikation“ angekreuzt ist, kann nicht „bei Bedarf“ und/oder „Dauermedikation“ angekreuzt werden.

„Bei Bedarf“ und „Dauermedikation“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden.

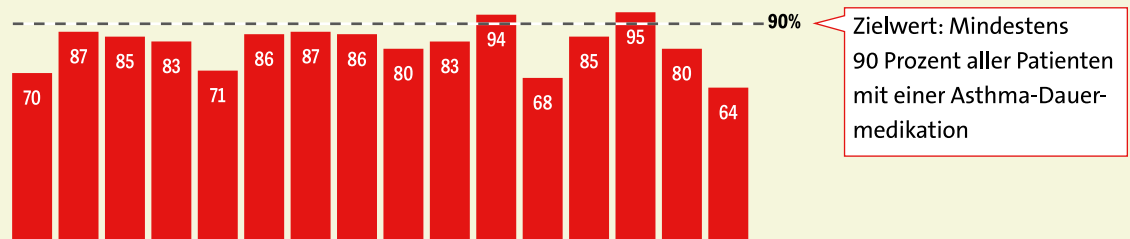
¹ Quellen: DMP-Richtlinie Asthma, NVL Asthma

Als Asthma-Langzeittherapie sollten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vorrangig inhalative Glukokortikosteroide (ICS) eingesetzt werden, z. B. Beclometason, Budesonid, Fluticason. ICS sind die wirksamsten Substanzen im Rahmen der Langzeittherapie bei Erwachsenen und Kindern. Es gibt zunehmend Daten, die zeigen, dass ICS im empfohlenen Dosisbereich auch für jüngere Kinder und Kleinkinder ein gutes Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil aufweisen.²

Das DMP-Ziel „Erhöhung des Anteils der Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation“ wurde bei den meisten DMP-Teilnehmern bisher nicht erreicht. Statt der angestrebten Mindestquote von 90 Prozent erhielten je nach Region teilweise nur zwei Drittel der Patienten mit Asthma diese Therapie. Im Berichtszeitraum wurde durchschnittlich eine Quote von 88 Prozent erreicht. Die Spanne zwischen den jeweiligen Regionen reichte von 64 bis 95 Prozent³ (→ **Abb.5**).

Abb. 5 DMP Asthma - Verschreibung von Kortikosteroiden

DMP-Ziel „Erhöhung des Anteils an Patienten mit inhalativen Kortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation“



In zwei der 16 KV-Regionen wurde in dieser Kohorte die Zielquote von jeweils mindestens 90 Prozent erreicht. (In einer Region wird das DMP Asthma erst seit 2020 angeboten.)

Überprüfung der Inhalationstechnik

Dokufeld „Inhalationstechnik überprüft“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer am DMP Asthma auszufüllen.

Möglich sind die Angaben „Ja“ oder „Nein“.

Das Inhalationssystem und die Instruktion zur Anwendung sollen individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten angepasst werden. Es wird empfohlen, bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente für alle Präparate den gleichen Typ von Inhalationssystem einzusetzen. Die Inhalationstechnik sollte bei der Ersteinstellung zumindest zweimal in höchstens vierwöchigem Abstand kontrolliert werden. Im weiteren Verlauf soll sie in jedem Dokumentationszeitraum überprüft werden. Dies ist insbesondere auch bei unzureichender Asthmakontrolle, bei jeder Veränderung der Arzneimitteltherapie (auch bei Substitution/Autidem) oder Wechsel des Inhalationssystems zu beachten.

Eine korrekte Inhalationstechnik ist Voraussetzung für eine effektive Pharmakotherapie des Asthmas. Verschiedene Studien haben eine hohe Fehleranfälligkeit bei der Anwendung von Dosieraerosolen bzw. Pulverinhalatoren belegt. Sie beziffern den Anteil fehlerhafter Anwendungen auf 80 Prozent. Eine ineffektive Pharmakotherapie kann eine Verschlechterung der Therapieadhärenz zur Folge haben.²

² Quelle: DMP-Richtlinie Asthma, NVL Asthma

³ Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsberichte aus 16 Kassenärztlichen Vereinigungen, 2018

Im Rahmen der DMP-Qualitätssicherung wird aus den Angaben der Dokumentation regelmäßig berechnet, ob das Ziel („Erhöhung des Anteils der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird“) erreicht wurde. Der Anteil einer jährlichen Überprüfung soll mindestens 90 Prozent betragen. Bisher wurde diese Quote nur selten erreicht. Unter den DMP-Teilnehmern „der ersten Stunde“ betrug sie laut dem aktuellsten Evaluationsbericht im Durchschnitt aller KV-Regionen 88 Prozent⁴.



Asthma

Erarbeiten eines schriftlichen Selbstmanagementplans

Dokufeld „Schriftlicher Selbstmanagementplan“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer am DMP Asthma auszufüllen.

Folgende Angaben sind möglich: „Ja“, „Nein“ und „Nicht durchführbar“.

Mindestens eine Angabe ist notwendig.

Wenn die Angabe „Ja“ erfolgt, kann nicht gleichzeitig „Nein“ und/oder „Nicht durchführbar“ angekreuzt sein.

„Nein“ und „Nicht durchführbar“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden.

Die Datenlage zeigt, dass schriftliche Therapie- und Notfallpläne die Selbstkontrolle der Asthmaerkrankung unterstützen, vor allem in Bezug auf die Verhinderung von Exazerbationen bzw. beim Umgang mit ihnen. Insbesondere für Patienten mit mittelschwerem bis schwerem Asthma und/oder mit anamnestisch schweren Asthmaanfällen sollen schriftliche Therapie- und Notfallpläne erstellt werden. Diese sollten sich mit den Schulungsinhalten decken und Anweisungen zur täglichen Asthmakontrolle sowie zur Erkennung und zum Umgang mit akuten Symptomen, inkl. der angemessenen Selbstanpassung der Medikation beinhalten. Der Therapie- und Notfallplan sollte zwischen Arzt und Patient abgestimmt und bei den Verlaufskontrollen regelmäßig besprochen und ggf. angepasst werden.⁵

Ziel ist, dass annähernd alle Teilnehmer am DMP (mindestens 90 Prozent) einen schriftlichen Selbstmanagementplan haben. Bisher hat ihn jedoch nur etwa die Hälfte. Bei den Patienten mit täglicher Asthmasymptomatik, die ihre Therapie nach ärztlicher Absprache anpassen sollten, ist der Anteil kaum höher. Von den Patienten mit längerer DMP-Teilnahmedauer haben durchschnittlich 57 Prozent einen solchen Plan².

⁴ Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsberichte aus 16 Kassenärztlichen Vereinigungen, 2018

⁵ Quelle: DMP-Richtlinie Asthma, NVL Asthma

Zum Rauchausstieg motivieren

Dokufeld „Raucher“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer an den internistischen DMP im Abschnitt „Indikationsübergreifende Dokumentation“ auszufüllen.

Im Dokufeld „Raucher“ wird entweder „Ja“ oder „Nein“ dokumentiert.

Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Nach Aufgabe des Rauchens kann bei COPD-Patienten die weitere jährliche FEV1-Abnahme auf das bei Nichtrauchern übliche Maß (ungefähr 25ml/Jahr) reduziert werden. Daher ist der Verzicht auf Tabakrauchen die effektivste Einzelmaßnahme zur Verhinderung der Progression der Erkrankung und die Basis der Therapie der COPD. Die Raucherentwöhnung ist unabhängig vom Alter der Patienten und dem Stadium der COPD effektiv. Selbst eine kurze Beratung (etwa drei Minuten) führt in 5 bis 10 Prozent der Fälle zur Aufgabe des Nikotinkonsums und sollte als Mindestmaßnahme bei jedem Kontakt mit einem Raucher erfolgen:

- Der Raucherstatus soll bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucher sollen in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Der Arzt fragt nach der Bereitschaft, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Wenn der Patient das Rauchen aufgeben will, sollte aktiv Hilfe angeboten werden. Dazu gehört das Festlegen des Ausstiegsdatums, das Erstellen eines Ausstiegsplans, die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und zusätzliche Hilfen wie Selbsthilfebroschüren.
- Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.¹

Ungefähr ein Drittel der COPD-Patienten, die am DMP teilnehmen, war zu Beginn des Programms Raucher. Mehr als zwei Drittel (59 bis 79 Prozent) von ihnen sind es auch mehrere Jahre danach. Konkrete Tipps für Ärzte und Patienten bietet die Nationale Versorgungsleitlinie COPD. (→ leitlinien.de/nvl/copd)

Überprüfung der Inhalationstechnik

Dokufeld „Inhalationstechnik überprüft“

Pflichtangabe: Ist für alle Teilnehmer am DMP COPD auszufüllen.

Möglich sind die Angaben „Ja“ oder „Nein“.

In der Inhalationstherapie ist nur die Medikamentenmenge wirksam, die ins Bronchialsystem gelangt. Diese hängt u. a. von der Anatomie der Atemwege, der Partikelgröße und dem Inhalationssystem ab. Daher sollten das Inhalationssystem und die Schulung individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten angepasst werden. Dabei sind u. a. das Alter und die Koordinationsfähigkeit zu berücksichtigen. Es empfiehlt sich, bei Verwendung mehrerer inhalativer Medikamente in der Dauertherapie für alle Präparate den gleichen Typ von Inhalationssystem einzusetzen. Nach einer ersten Einweisung sollte die Inhalationstechnik in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.¹

¹ Quellen: DMP-Richtlinie COPD

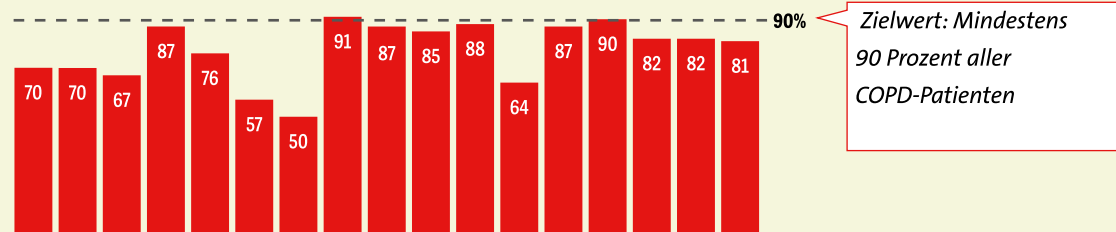
Das DMP-Ziel lautet, bei mindestens 90 Prozent der Teilnehmer am DMP COPD wenigstens einmal jährlich die Inhalationstechnik zu überprüfen. Unter den Patienten mit COPD konnte im Bundesdurchschnitt aller KV-Regionen zuletzt eine Quote von durchschnittlich 68 Prozent erreicht werden.² (→ Abb. 6).



COPD

Abb. 6 DMP COPD - Überprüfung der Inhalationstechnik

DMP-Ziel: „Erhöhung des Anteils der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird“



In zwei der 17 KV-Regionen wurde in dieser Kohorte die Zielquote von mindestens 90 Prozent erreicht (Auswertungszeitraum: 1 Jahr).

² Quelle: Indikationsspezifische Berichte für die Gemeinsamen Einrichtungen bzw. Qualitätsberichte aus 16 Kassenärztlichen Vereinigungen, 201



Praxisorganisation: DMP-Abläufe optimieren

Die meisten Arztpraxen treffen für die Behandlung von DMP-Patienten besondere Vorkehrungen. Praxen unterscheiden sich nach dem Leistungsspektrum und der Anzahl der Patienten, nach Größe und Zusammensetzung des Teams und nicht zuletzt nach dem Arbeits- und Führungsstil. Darum wird jede Praxis den für sie besten Weg suchen. Doch nicht jedes Team muss das Rad neu erfinden. Denn viele Praxen verfügen bereits über Erfahrungen, wie sie die Behandlung der DMP-Patienten in die Arbeitsabläufe einbauen und den Erfordernissen der DMP Rechnung tragen können.

Arbeitsteilig handeln

Die Betreuung und Behandlung von DMP-Patienten besteht aus einer Vielzahl verschiedenartiger Tätigkeiten wie der Untersuchung des Patienten und dem Patientengespräch, der Übermittlung von DMP-Dokumentationen, dem Erinnerungsdienst für die Patienten usw. Um Zeit für die Behandlung des Patienten zu gewinnen, sollte der Arzt oder die Ärztin möglichst alle Tätigkeiten, die er oder sie nicht zwingend selbst erledigen muss, an die Mitglieder des Praxisteams delegieren. **Kernaufgaben** wie die Einschreibung des Patienten und die Erhebung der Erstdokumentation, die Untersuchungen und das Arzt-Patienten-Gespräch muss der Arzt selbst erledigen, **die anderen Leistungen** im Rahmen der Behandlung aber sind delegationsfähig. Die Teammitglieder können beispielsweise Blut abnehmen und den Mikraltest bei Menschen mit Diabetes oder das Medikamenten-Controlling durchführen. Auch die Ermittlung des Körpergewichts des Patienten, die Überprüfung, ob die Laborkontrollen regelmäßig erfolgen, und viele andere die Behandlung vor- und nachbereitende Arbeiten sollte das Team übernehmen.

Spezialisierung hilft

Auch die Arbeiten vor und nach der DMP-Behandlung verlangen spezielle Kenntnisse, Sorgfalt und organisatorisches Geschick. Von diesen Tätigkeiten hängt es ganz entscheidend ab, ob die Dokumentation fristgerecht übermittelt, ggf. korrigiert und honoriert wird. Außerdem ist es von Nutzen, wenn ein Teammitglied, das regelmäßig mit chronisch Kranken umgeht, über die Erkrankungen ebenso Bescheid weiß wie über die besonderen Probleme und Einstellungen von chronisch Kranken. Beides spricht dafür, eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des Teams zur **DMP-Assistenz** zu machen und dieser Person alle Aufgaben im Zusammenhang mit der Betreuung von DMP-Patienten zu übertragen. Bei dieser Assistenz laufen alle Fäden zusammen. Sie ist Anlaufstelle in Sachen DMP und verantwortlich für alle damit zusammenhängenden Arbeiten. Neben der DMP-Assistenz sollte es mindestens eine weitere in die DMP-Arbeit eingewiesene Person geben, die die Assistenz im Bedarfsfall vertreten kann. In manchen Praxen teilen sich auch die **Diabetes-Assistentin** oder ein -Assistent und eine Person, die für den Recall verantwortlich ist, die Betreuung der DMP-Patienten.

Organisation optimieren

In dem Maße, wie die Behandlung von DMP-Patienten fester Bestandteil der Arbeit in der Praxis wird, empfiehlt es sich, die damit verbundenen Tätigkeiten und Aufgaben in Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen aufzuführen. Auch **Checklisten und Arbeitsblätter** können eine große Hilfe sein. Unverzichtbar ist auch ein gutes Terminmanagement. Die wichtigen

DMP-Termine (Fristen, Eingang von Kontoauszügen u. a.) gehören – unübersehbar markiert – in den **Terminkalender** der Praxis oder der DMP-Assistenz. Oder man lässt sich vom Handy oder dem PC an die DMP-Termine erinnern.



Organisation



Wer welche Aufgaben erledigen kann

Tätigkeiten	Praxispersonal
Entscheidung über DMP-Fähigkeit des Patienten	Arzt/Ärztin
Aufklärung über Möglichkeit zur Teilnahme am DMP	Med. Fachangestellte/r
Motivierung des Patienten zur Einschreibung	Med. Fachangestellte/r
Einschreibung	Arzt/Ärztin
Festlegung eines Dokumentationsintervalls	Arzt/Ärztin
Datenbankrecherche, Mithilfe bei Screening, Stellung DMP-Diagnose	Med. Fachangestellte/r, Arzt/Ärztin
Durchführung von Erst- und Folgeuntersuchungen	Arzt/Ärztin, mit Unterstützung der/s med. Fachangestellten
Vereinbarung von Therapiezielen mit dem Patienten	Arzt/Ärztin
Empfehlung zur Schulung	Arzt/Ärztin
Dokumentation	Med. Fachangestellte/r, Arzt/Ärztin
Versand	Med. Fachangestellte/r
Einholen des Einverständnisses zum (DMP-)Recall	Med. Fachangestellte/r
Kommunikation mit der Datenstelle (Korrekturen, Rückfragen)	Med. Fachangestellte/r
Aufruf von säumigen Patienten (Recall)	Med. Fachangestellte/r
Schulung	Med. Fachangestellte/r, Arzt/Ärztin (jeweils zertifiziert)

DMP-Sprechstunde

Die Betreuung von DMP-Patienten umfasst vor- und nachbereitende Arbeiten, die effizienter durchgeführt werden können, wenn sie gebündelt werden. Deshalb kann es sinnvoll sein, eine **Sprechstunde nur für DMP-Patienten** einzurichten. In manchen Praxen finden solche Sprechstunden regelmäßig an ganz bestimmten Tagen statt. Andere Praxen bündeln die Behandlung von DMP-Patienten, wenn eine größere Zahl von Patienten den DMP-Termin zu einem bestimmten Zeitpunkt im Quartal noch nicht wahrgenommen hat. DMP-Sprechstunden sollten frühzeitig im Quartal stattfinden. So können Patienten, die nicht zum Termin erscheinen, erinnert und noch im selben Quartal behandelt werden.

Recall-System

Um die Zahl von Patienten, die aufgrund von zwei nicht wahrgenommenen Folgeuntersuchungen aus dem Programm ausgeschrieben werden müssen, so gering wie möglich zu halten, empfiehlt es sich, am Ende jeder DMP-Behandlung einen **Termin für die nächste Folgeuntersuchung** zu vereinbaren. Kurz vor dem Termin sollte der Patient mithilfe eines Erinnerungsservice oder Recall-Systems an den Termin erinnert werden. Die Erlaubnis dazu lässt man sich (schriftlich) am besten bei der Einschreibung des Patienten geben. Eine Durchsicht der Kartei z. B. sechs Wochen vor Ablauf des Quartals fördert alle Patienten zutage, die für das laufende Quartal noch keinen Termin vereinbart haben. In manchen Praxen prüft die mit dem Recall beauftragte Person in Vorbereitung des DMP-Termins auch, ob der Patient zwischenzeitlich Untersuchungen z. B. beim Augenarzt oder Podologen wahrgenommen hat.

