

7 Tipps für den Umgang mit DMP

Tipp 1: Schulung „war aktuell nicht möglich“

Wurde vom Patienten die Schulung ohne einen nachvollziehbaren Grund abgelehnt oder nicht wahrgenommen, ist „Nein“ anzukreuzen. Diese Angabe führt bei zweimaliger Ablehnung zu einer Ausschreibung. Unkritisch gegenüber dem Dokumentationsverlauf ist das Kreuz bei „war aktuell nicht möglich“. Dieses ist anzukreuzen, wenn der Patient die Schulung aus nachvollziehbaren Gründen nicht wahrnehmen konnte.

Vorteil: Eine Ausschreibung aufgrund 2 abgelehnter Schulungen wird vermieden.

Tipp 2: Längere Abwesenheit = „jedes zweite Quartal“

Wird der Patienten längere Zeit nicht in die Praxis kommen (längerer Urlaub/ Ausland, geplanter Krankenhausaufenthalt mit anschließender Reha / AHB, etc), dann sollte das Dokumentationsintervall von „quartalsweise“ auf „jedes zweite Quartal“ angegeben werden.

Vorteil: Die Gefahr einer Ausschreibung aufgrund 2 fehlender Folgedokumentationen wird erheblich minimiert.

Hinweis: Kommt der Patient doch schon vorher in die Praxis (nächstes Quartal) ist es trotzdem möglich die Dokumentation zu erstellen und abzurechnen.

Tipp 3: Erstellung der DMP-Daten frühzeitig im Quartal

Schicken Sie die Dokumentationen frühzeitig im Quartal an die Datenstelle!

Vorteil Praxis:

- zeitnahe Verarbeitung in der Datenstelle, dadurch Vergütung bereits im nächsten Quartal ausreichend Zeit für ggf. notwendige Korrekturen
- Keine Erinnerung von der Datenstelle für Dokumentationen
- keine Nachfragen von Patienten, die von den Kassen erinnert wurden

Vorteil Krankenkasse:

- erheblich weniger Reminderbriefe und Kontakte mit Versicherten

Vorteil Datenstelle:

- mehr Zeit für Datenverarbeitung, weniger Anfragen

Hinweis: Eine wöchentliche Übermittlung (an einem festen Tag) ist dabei empfehlenswert.

Tipp 4: Versandlisten / Kontoauszüge zeitnah kontrollieren

Nach Versand der Dokumentationen erfolgt kurzfristig eine Rückmeldung der Datenstelle. Die eingehenden Versandlisten / Kontoauszüge sollten zeitnah mit den in der Praxissoftware übermittelten Daten verglichen werden. I.d.R. reichen Stichproben, sowie der Vergleich der Gesamtzahl beider Listen.

Vorteil: Es gehen keine Daten „verloren“. Zudem werden alle Fristen eingehalten. Bei Feststellung von fehlerhaften Übermittlungen kann kurzfristig reagiert werden. **Hinweis:** Ein Ausdruck aus dem praxiseigenen Softwaresystem reicht nicht für eine nachgehende Prüfung aus! Nur die Versand- bzw. Eingangsbestätigung der DMP-Datenstelle bestätigt den Versand/Eingang der Daten.

7 Tipps für den Umgang mit DMP

Tipp 5: Bei (möglichen) Problemen umgehend handeln

Sind Daten laut Praxissoftware verschickt aber offensichtlich nicht in der Datenstelle angekommen, ist umgehendes Handeln unverzichtbar. Eine Klärung mit der Datenstelle, ob eine Datenlieferung (sowie deren Umfang) eingegangen ist, ist notwendig. Bei Übermittlungsproblemen sollte immer der Softwareanbieter und ggf. die KV/Krankenkasse informiert werden.

Vorteil: Bei erforderlichem Neuversand der Daten kann die Übermittlungsfrist eingehalten werden. Vertragspartner wie Softwareanbieter, Datenstelle, KV und Krankenkasse haben noch Zeit zum Handeln.

Hinweis: Prävention lohnt sich, da Folgearbeiten durch Nichthandeln immer einen höheren Zeitaufwand bedeuten.

Tipp 6: Listen und Anrufe ihrer AOK sollen helfen und unterstützen

Jede Praxis wünscht sich eine gute Behandlung für Ihre Patienten und dabei möglichst wenig Bürokratie. Dabei unterstützen wir Sie gerne. Um kurz- bis mittelfristig dieses Ziel umzusetzen, ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Praxis und AOK notwendig. Natürlich ist ein gewisser Zeiteinsatz damit verbunden die Anrufe und Listen zu beantworten. Aber sein Sie sich sicher: Ihr Vorteil wird größer sein, als der überschaubare Zeiteinsatz.

Vorteil: Ausschreibungen werden vermieden, Einschreibungen schneller vorgenommen. Eigene Verfahren werden unterstützt und mehr Zeit für die eigentliche Praxisarbeit wird gewonnen.

Tipp 7: Behandlung chronischer Erkrankungen kontinuierlich und so spezifisch wie möglich kodieren

Die Diagnose sollte die zu Grunde liegende Erkrankung so genau wie möglich beschreiben. Für eine optimale Kodierqualität sollte die Behandlung der chronischen Erkrankung regelmäßig dokumentiert werden.

Vorteil: Der Behandlungsbedarf spiegelt sich in den Abrechnungsdaten vollständig wider und unterstützt die Absicherung vor einer Richtgrößen- /Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Unser Ziel ist eine gute Zusammenarbeit – keine zusätzliche Bürokratie.

Haben Sie weitere Tipps? Wir würden uns freuen, wenn Sie uns darüber informieren.

Haben Sie Fragen oder wünschen
Sie weitere Informationen?
Rufen Sie uns bitte unter
0511 / 285 - 35720 an.

Ihre AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.