

FAQ

Fragen & Antworten
zu den
Disease-Management-
Programmen
in Thüringen



kvt

Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Ein Disease-Management-Programm (DMP) ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm zur medizinischen Behandlung und Betreuung chronisch kranker Menschen.

Aktuell gibt es für folgende Erkrankungen Disease-Management-Programme in Thüringen:

- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzkrankheit (KHK) inklusive dem Modul chronische Herzinsuffizienz
- Brustkrebs

Welche Rolle spielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Der G-BA hat die Aufgabe, Richtlinien zu inhaltlichen Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) zu formulieren und diese in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren. Die Richtlinien richten sich nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, der jeweils nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin ermittelt wird.

Teilnahme:

Wie erfolgt die Teilnahme der Ärzte?

Für Ärzte ist die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen freiwillig. Die Teilnahme muss gegenüber der KV Thüringen erklärt werden; erfüllt der Arzt die geforderten Voraussetzungen, wird ihm die Genehmigung zur Teilnahme am DMP erteilt.

Die Teilnahmeerklärungen erhalten Sie im Internet unter www.kvt.de > Arzt/Psychoth. > Beratungsservice A-Z > D > Disease-Management-Programme oder telefonisch über die ServiceStelle der KV Thüringen unter 03643 559-729 oder 751.

Darf ein Arzt an mehreren DMP teilnehmen?

Ja, ein Arzt kann an mehreren DMP teilnehmen, wenn die jeweiligen DMP-spezifischen Voraussetzungen an die Strukturqualität erfüllt werden.

Kann die Teilnahme am DMP vom Arzt gekündigt werden?

Ja, die Teilnahme kann schriftlich gegenüber der KV Thüringen mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

Wie erfolgt die Teilnahme der Patienten?

Die Teilnahme an einem DMP ist für Patienten ebenfalls freiwillig und kostenlos. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine gesicherte Diagnose durch den betreuenden Arzt und die Bereitschaft des Versicherten, aktiv am DMP teilzunehmen. Grundsätzlich sollen nur Patienten eingeschrieben werden, die von der DMP-Teilnahme profitieren und an der Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen mitwirken können.

Für Versicherte ist zur Teilnahme an einem DMP die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) erforderlich.

Die Teilnahmeerklärung ist über die Formularausgabe der KV Thüringen unter Tel.: 03643 559-231 oder im Internet unter www.kvt.de > Arzt/Psychoth. > Online-Formularbestellung erhältlich. Alternativ kann auch eine maschinell erzeugte indikationsübergreifende TE/EWE bzw. Brustkrebs-TE/EWE (Blankoformularbedruckung des Praxisverwaltungssystems - PVS) für Patienten genutzt werden. Die Computerausdrucke müssen den aktuellen Inhalten und Vorgaben der beleghaften Formulare der TE/EWE entsprechen. Es ist darauf zu achten, dass ein gut lesbarer DIN-A4-Originalausdruck (Arztunterschrift nicht in schwarzer Tinte) verwendet wird. Der Patient erhält ein Exemplar inkl. der Datenschutzinformation.

Benötigte Unterlagen für die Einschreibung eines Patienten:

- Teilnahme- und Einwilligungserklärung: wird vom Patienten und dem behandelnden Arzt unterschrieben und vom Arzt mit dem Arztstempel und Datum versehen
- Patienten- und Datenschutzinformation (Rückseite der TE/EWE bei Original-Formular bzw. Ausdruck aus PVS)
- elektronisch übermittelte Erstdokumentation

Können Patienten mit mehreren gesicherten Diagnosen auch an mehreren DMP teilnehmen?

Es gibt keine grundsätzliche Beschränkung der Teilnahme auf nur ein Programm, sofern sie sich medizinisch nicht ausschließen.

Die Koordinierung der Behandlung sollte aber in der Hand eines Arztes liegen. Der Versicherte sollte sich daher für einen koordinierenden Arzt entscheiden. Das ist in der Regel der Hausarzt.

In Thüringen werden indikationsübergreifende TE/EWE verwendet. So muss nur ein Formular, welches für alle DMP-Indikationen (außer Brustkrebs) gilt, in den Praxen vorgehalten bzw. kann über das PVS ausgedruckt werden. Insbesondere für die koordinierenden Hausarztpraxen bietet diese indikationsübergreifende TE/EWE die Möglichkeit, multimorbide Patienten mit nur einem Formular in mehrere DMP einzuschreiben.

Kann ein Patient gleichzeitig in das DMP Asthma bronchiale und in das DMP COPD eingeschrieben werden?

Nein, eine gleichzeitige Einschreibung ist nicht möglich.

Kann ein Patient gleichzeitig in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 und das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben werden?

Nein, eine gleichzeitige Einschreibung ist nicht möglich.

Können auch Kinder in ein DMP eingeschrieben werden?

Ja, im Rahmen des DMP Asthma bronchiale (im Alter ab 5 Jahre) sowie Diabetes mellitus Typ 1 ist eine Einschreibung von Kindern und Jugendlichen durch den Arzt möglich. Bei Teilnahme an einer Schulung im Rahmen des DMP sollen bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich die Angehörigen oder Betreuer geschult werden.

Kann der Patient seine Teilnahme kündigen?

Ja, die Beendigung der Teilnahme am DMP ist durch den Patienten jederzeit und ohne Begründung möglich.

Kann durch die Krankenkasse die DMP-Teilnahme des Patienten beendet werden?

Ja, die Krankenkasse muss die Teilnahme des Versicherten am Programm beenden, wenn Folgedokumentationen von zwei aufeinander folgenden Dokumentationszeiträumen nicht in der Datenstelle eingegangen bzw. verfristet sind. Die Ausschreibung erfolgt dann nach dem Verfristungstermin rückwirkend zum Datum der letzten gültigen Dokumentation.

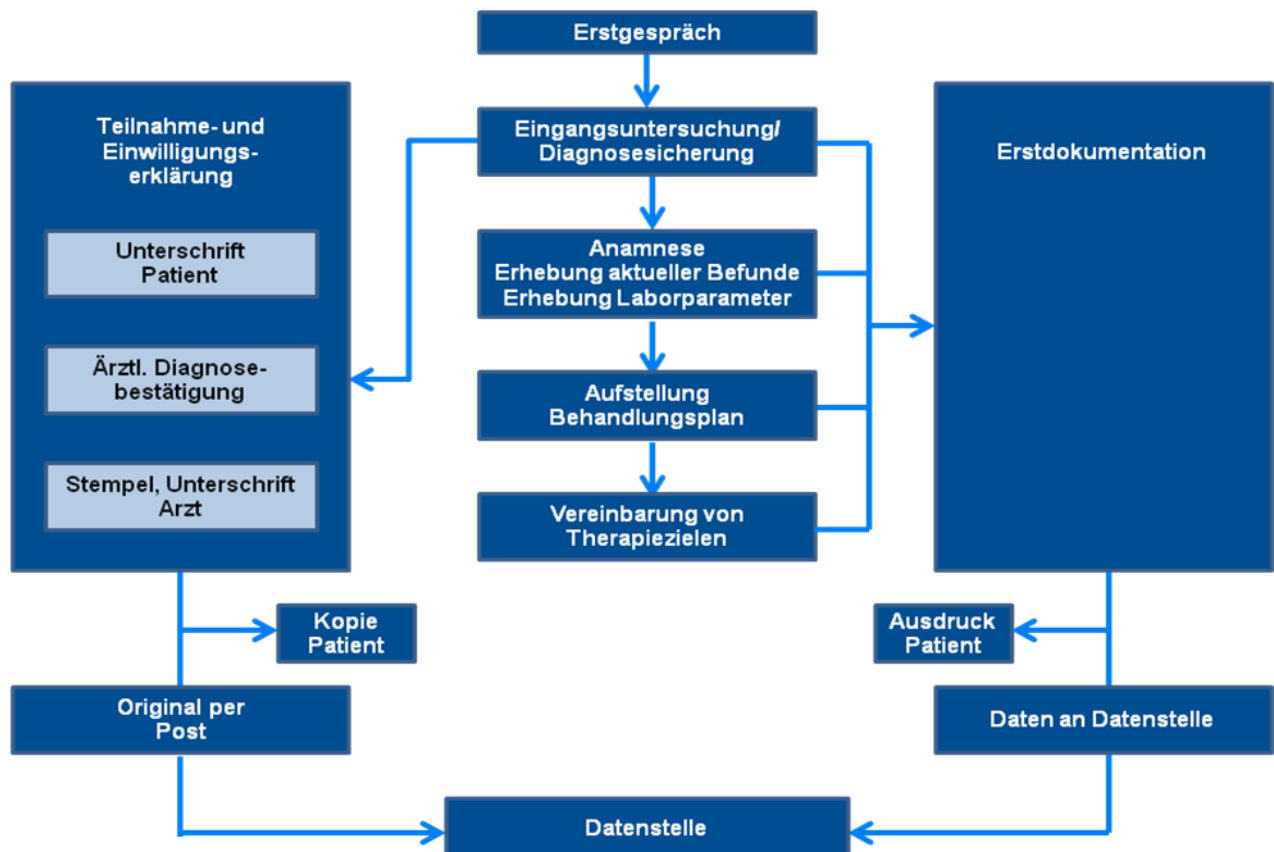
Desweiteren erfolgt eine Ausschreibung, wenn der Patient innerhalb von 12 Monaten zwei von seinem Arzt empfohlene Schulungen ohne plausiblen Grund nicht wahrgenommen hat (in den Dokumentationen war zweimal unter "Empfohlener Schulung wahrgenommen" = "NEIN" angegeben).

Was ist in Bezug auf DMP-Schulungen zu beachten?

Um Schulungen im Rahmen des DMP durchführen und abrechnen zu können, muss der Arzt und sein nicht-ärztliches Praxispersonal jeweils eine Schulungsberechtigung erwerben, die zur Durchführung der im Rahmen des DMP zugelassenen Schulungen berechtigt.

Informationen zu den Schulungen erhalten Sie im Internet unter www.kvt.de > Arzt/Psychoth. > Beratungsservice A-Z > D > Disease-Management-Programme oder telefonisch über die KV Thüringen unter 03643 559-714.

Ablauf der Einschreibung in der Übersicht:



Was passiert nach der Einschreibung des Patienten?

Zur Vervollständigung der Einschreibung in das Programm sind die Daten der Erstdokumentation am PC zu erfassen. Dabei werden alle notwendigen Untersuchungen sowie die Anamnese vorgenommen. Der Patient erhält einen Ausdruck seiner DMP-Dokumentation aus der Praxisverwaltungssoftware. Die TE/EWE und die Erstdokumentation werden an die Datenstelle versendet.

Die Datenstelle leitet die vom Arzt übermittelten Dokumentationsdaten und die TE/EWE an die Krankenkasse des Versicherten weiter. Die Krankenkasse prüft die Teilnahmevoraussetzungen des Patienten und schickt dem Patienten eine Teilnahmebestätigung zu. Erfolgt eine Übermittlung der Daten per E-Mail, wird von der Datenstelle eine automatisch generierte Eingangsbestätigung verschickt, die keine Rückschlüsse auf die Vollständigkeit der Daten zulässt. Fehlende Rückmeldungen der Datenstelle bedeuten, dass keine Daten eingegangen sind. Die Datenstelle sendet monatlich eine Arztinformation mit einer detaillierten Aufstellung aller im Vormonat bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationen. Diese Arztinformation wird an die Adresse der BSNR gesendet. Die Aufstellung erfolgt dann arztbezogen. D. h. bei Gemeinschaftspraxen, MVZ etc. erhält jeder Arzt eine Aufstellung über die von ihm eingereichten Dokumentationen. Sollten Sie in der Arztinformation Abweichungen zu Ihren Unterlagen feststellen, bitten wir Sie, sich möglichst zeitnah mit der Arzthotline der DMP-Datenstelle in Verbindung zu setzen.

Dokumentation:

Das Herzstück der Disease-Management-Programme ist die elektronische Dokumentation. Die Dokumentationsdaten werden der Datenstelle übermittelt, welche diese auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft und anschließend nach Pseudonymisierung an die Gemeinsame Einrichtung DMP (GE)* der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung weiterleitet. Die GE wertet die Daten aus und erstellt halbjährlich die Feedback-Berichte für die Ärzte.

Die Dokumentationen sollen regelmäßig erstellt (Zeitintervalle beachten) und möglichst umgehend (innerhalb von zehn Kalendertagen nach Dokumentationsdatum) an die Datenstelle übermittelt werden. Hierfür steht für die Folgedokumentationen eine Frist bis spätestens 52 Tage nach Ende des entsprechenden Quartals zur Verfügung (letzter Quartalstag plus 10 Tage Übermittlungsfrist plus 6 Wochen Korrekturfrist). Für Erstdokumentationen verlängert sich diese Frist um ein weiteres Quartal (letzter Quartalstag plus ein Quartal plus 10 Tage plus 6 Wochen). Danach ist eine Dokumentation endgültig verfristet. Die Erstellung der Dokumentation muss (per Behandlungsdatum im Datensatz) unbedingt aus dem jeweiligen Quartal stammen, um auch für dieses Quartal gültig zu sein. Die 52 Tage nach dem Quartalsende stehen **nicht** für die Erstellung von Dokumentationen zur Verfügung, sondern für Korrekturen wie beispielsweise bei Implausibilitäten. Eine Mehrfachübermittlung von Dokumentationen für einen Patienten im Quartal soll vermieden werden.

Beispiele für Verfristungstermine:

Erstdokumentationsdatum: 03.01.2016 (I/2016), Verfristung: 22.08.2016 (III/2016)

Folgedokumentationsdatum: 03.01.2016 (I/2016), Verfristung: 23.05.2016 (II/2016)

Die aktuellen Verfristungstermine sind unter <http://www.dmpservices.de/index.php/aerzte-kliniken> einsehbar.

Für die Zuordnung einer Dokumentation gilt das Unterschriftsdatum der Dokumentation, d. h. das Erstelldatum. Dieses muss aus dem Quartal sein, für das die Dokumentation erstellt wurde.

Beispielsweise können Sie am 30.09. eine Dokumentation erstellen, welche dem III. Quartal zugeordnet wird. Am Folgetag können Sie eine weitere Dokumentation erstellen, welche dann bereits dem IV. Quartal zugeordnet wird.

Nur Dokumentationen, die der zuständigen Datenstelle innerhalb von 52 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes vollständig und plausibel vorliegen (inklusive abgeschlossener Korrektur), gelten als gültig und nur für diese erhalten Sie ein Honorar, sofern auch alle anderen Voraussetzungen zur Vergütung erfüllt sind.

Erst- oder Folgedokumentation?

Eine Erstdokumentation (mit aktueller TE/EWE) ist erforderlich, wenn der Patient zum ersten Mal in Thüringen in das betreffende DMP eingeschrieben wird oder von der Krankenkasse aus dem betreffenden DMP ausgeschrieben wurde (z. B. aufgrund nicht wahrgenommener Schulungen) und dieser wieder am selben DMP teilnehmen möchte. Bei Erstellung der Dokumentation ist darauf zu achten, dass die elektronische Gesundheitskarte (eGK) aktuell eingelesen wurde.

Wird die **Krankenkasse gewechselt (auch innerhalb des Quartals)**, wird ebenfalls eine **neue** TE/EWE und eine **neue** Erstdokumentation erstellt (ob eine neue DMP-Fallnummer für den Patienten vergeben wird, entscheidet die Praxis selbst).

Ferner ist eine **neue** TE/EWE und eine **neue** Erstdokumentation notwendig bei **zwei aufeinander folgend verfristeten Dokumentationen** oder **Bundeslandwechsel** des Patienten.

Bei einem **Arztnummernwechsel (BSNR)** wird **keine** neue TE/EWE und **keine** neue Dokumentation erstellt. Der Wechsel wird über das Leistungserbringerverzeichnis (LEV) gekennzeichnet.

Findet ein **Arztwechsel (LANR)** statt, wird **keine** neue TE/EWE erstellt. Es wird **nur** eine Folgedokumentation erstellt.

Grundsätzlich gilt: Nach einer Einschreibung werden im weiteren Verlauf ausschließlich Folgedokumentationen erstellt.

Die Dokumentationen müssen gekennzeichnet werden mit der LANR des Arztes, der die Dokumentation erstellt hat und der BSNR des Leistungsortes, an dem die Dokumentation erstellt wurde.

Wie werden die Dokumentationsintervalle festgelegt?

Die Dokumentationsintervalle sind auf viertel- oder halbjährlich - also quartalsweise bzw. jedes zweite Quartal - (Arzt gibt dieses auf der Dokumentation an) festzulegen. Sollte Ihr Patient den Termin für die nächste DMP-Untersuchung mit Dokumentation nicht wahrnehmen können, kann das Dokumentationsintervall von "quartalsweise" auf "jedes zweite Quartal" geändert werden.

Wie ist die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen geregelt?

Die Disease-Management-Programme Asthma bronchiale, COPD, Diabetes mellitus Typ 2 und KHK sind auf den Hausarzt ausgerichtet. Der Hausarzt bildet in der Funktion des koordinierenden Arztes die sogenannte **erste Versorgungsebene**. Im DMP Diabetes mellitus Typ 1 übernimmt in der Regel ein Diabetologe bzw. bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren (fakultativ bis 21 Jahre) ein diabetologisch qualifizierter Pädiater diese Funktion. Von den Ärzten der ersten Versorgungsebene werden die Patienten in das jeweilige DMP eingeschrieben. Weiterhin koordiniert die erste Versorgungsebene die Mitbehandlung des Patienten durch die zweite Versorgungsebene und führt Patientenschulungen durch (Eine Genehmigung ist hierfür erforderlich.).

Spezialisierte Ärzte/Einrichtungen oder besonders qualifizierte Ärzte/Einrichtungen (auch **zweite Versorgungsebene** genannt - hier werden auch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen mit einbezogen) behandeln den Patienten aufgrund der Überweisung des koordinierenden Arztes.

Was ist eine DMP-Fallnummer?

Für jeden Patienten vergeben Sie als behandelnder Arzt genau eine DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Zeichen (Zahlen und/oder Buchstaben) bestehen darf. Die Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden. Sie hat den Zweck, dass Sie Informationen aus den eingehenden Feedback-Berichten trotz Pseudonymisierung den richtigen Patienten zuordnen können und diese muss daher auch für die Folgedokumentationen unverändert weitergeführt werden. Nimmt Ihr Patient an mehreren DMP teil, können Sie dieselbe DMP-Fallnummer für diesen Patienten für alle DMP verwenden. Auch können Sie die DMP-Fallnummer für denselben Patienten nach einer erfolgten Programmbeendigung bei einer Wiedereinschreibung erneut verwenden.

Datenstelle:

Die DMP-Dokumentationen werden nur in elektronischer Form angenommen und verarbeitet. Lediglich die TE/EWE müssen beleghaft auf dem Originalformular bzw. gültigen PVS-Ausdruck an die Datenstelle gesendet werden.

Die Datenstelle sendet monatlich eine **Arztinformation** mit einer detaillierten Aufstellung aller im Vormonat bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationen. Diese Arztinformation wird an die Adresse der BSNR gesendet. Die Aufstellung erfolgt dann arztbezogen. D. h. in Gemeinschaftspraxen, MVZ usw. erhält jeder Arzt eine Aufstellung über die von ihm eingereichten Dokumentationen. Sollten in der Arztinformation Abweichungen zu den eigenen Unterlagen festgestellt werden, bitten wir Sie, sich möglichst zeitnah mit der Arzthotline der DMP-Datenstelle in Verbindung zu setzen.

Die Annahme der Dokumentationen erfolgt ausschließlich elektronisch via Diskette, CD-Rom, E-Mail oder über das Arztportal DMPsysOnline.

Postanschrift für Ihre Einsendungen:

DMP-Datenstelle Thüringen
Postfach 10 04 38
96056 Bamberg

E-Mail-Adresse für die Einsendung von Erst- und Folgedokumentation:

dmp-thueringen@dmpservices.de

Arzthotline (Mo – Fr von 08:00 – 17:00 Uhr): Tel.: 09 51-3 09 39 62

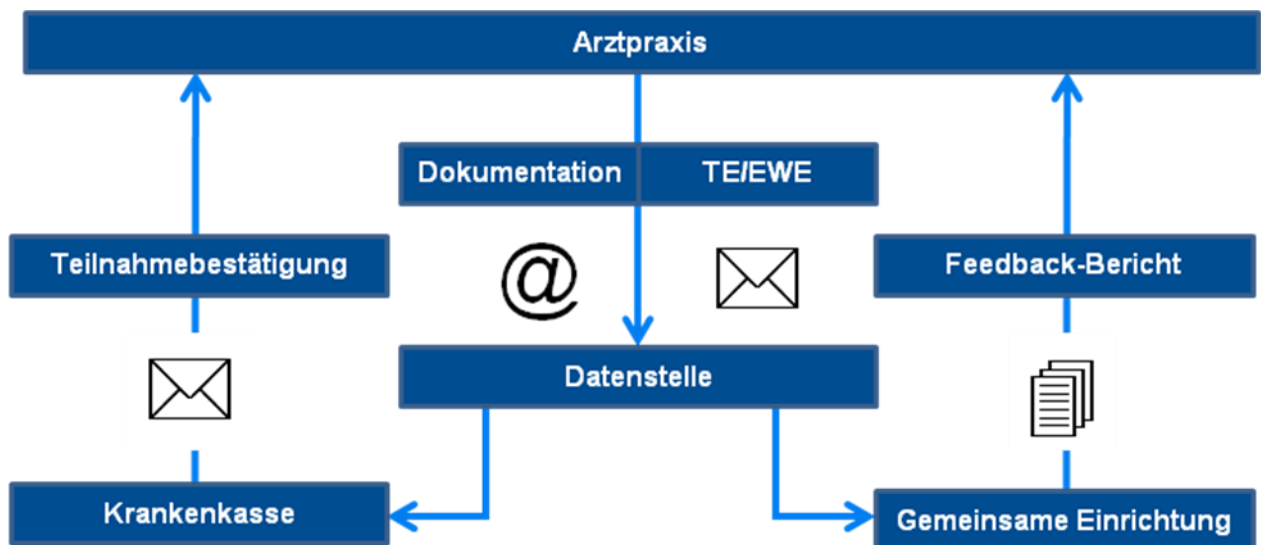
Feedback-Berichte:

Den Feedback-Bericht für Ärzte zum DMP erhalten Sie jeweils immer für einen Berichtszeitraum von einem halben Jahr. Sie können dem Bericht entnehmen, inwieweit die Zielwerte der Qualitätsmaßnahmen erreicht wurden und wo Ihre Praxis im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen der KV Thüringen steht. Die Ergebnisse der Qualitätsmaßnahmen werden genauso abgebildet, wie sie in den Anlagen zur Qualitätssicherung im DMP-Vertrag zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung formuliert sind.

***GE - Gemeinsame Einrichtung DMP:**

Die Gemeinsame Einrichtung DMP als neutrale Institution wertet in regelmäßigen Abständen die erfassten Dokumentationsdaten aus und sendet Ihnen die Ergebnisse in Form des Feedback-Berichtes zu. Eine weitere Maßnahme ist die regelmäßige Anfertigung des Feedback-Berichtes für jedes DMP durch die GE. In diesem Bericht werden die Ergebnisse der im DMP-Vertrag vereinbarten Qualitätsmaßnahmen kassenartenübergreifend dargestellt.

Der Datenfluss in der Übersicht:



Abrechnung:

Wie werden die Leistungen im DMP abgerechnet?

Der im Rahmen eines DMP zusätzlich entstandene ärztliche Aufwand, zum Beispiel für das Erstellen der Dokumentationen oder die Schulungen der Patienten, wird von den Krankenkassen extrabudgetär honoriert. Die Vergütung erfolgt quartalsweise durch die KV Thüringen. Honoriert werden nur vollständige und plausible Dokumentationen für gültig eingeschriebene Versicherte. Die Anzahl der vergüteten Dokumentationen sind im Honorarbescheid in der Liste „Gebührennummern-Frequenz“ ersichtlich. Für die quartalsgleiche Abrechnung werden in der Datenstelle nur Dokumentationen berücksichtigt, welche spätestens drei Wochen vor Ende des Quartals vorliegen. Diese Daten sind

die Basis für die gezahlten Vergütungen. Später eingegangene Dokumentationen werden erst im darauffolgenden Quartal vergütungsrelevant.

Wie erfolgt die Vergütung der Qualitätsziele?

Die einzelnen Qualitätsziele sind nicht mit Abrechnungsnummern hinterlegt, da eine Vergütung in Form einer Bonuszahlung für die anspruchsberechtigten Ärzte erfolgt. Die Auszahlung der Qualitätsboni wird nach Ablauf des betreffenden Kalenderjahres mit dem Honorar des 1. Quartals des Folgejahres vollzogen.

Übersicht der vergütungsrelevanten Qualitätsziele:

DMP	Leistungsbeschreibung der Qualitätsziele
Asthma	Messung des Peak-Flow-Wertes – mindestens einmal jährlich
COPD	Überprüfung der Inhalationstechnik – mindestens einmal jährlich
DM 1	Der Versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht; dieser Wert soll gehalten werden*
DM 2	Der Versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht; dieser Wert soll gehalten werden*
KHK	Bestimmung Lipidwert (LDL-Wert) – mindestens einmal jährlich

*Im Kalenderjahr ist mindestens in zwei Folgedokumentationen bei Parameter „HbA1c Zielwert“ die Ausprägung „Zielwert erreicht“ oder „Zielwert noch nicht erreicht“ anzugeben.

Welche Besonderheiten gibt es bei der Abrechnung zu beachten?

Je DMP gibt es eine quartalsweise DMP-Mitbehandlungspauschale für die zweite Versorgungsebene. Diese ist bei Vorliegen einer Überweisung (gemäß der DMP-Versorgungsinhalte) der ersten Versorgungsebene einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig. Es gibt keine Mengenbegrenzung im Jahr.

Ist der besonders qualifizierte Facharzt der zweiten Versorgungsebene gleichzeitig für den Patienten im jeweiligen DMP der koordinierende Arzt und hat auch die „DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale“ und/oder „DMP-Koordinierungspauschale“ im gleichen Quartal oder in den Vorquartalen abgerechnet und eine Vergütung erhalten, kann dieser Facharzt die „DMP-Mitbehandlungspauschale“ für diesen Versicherten nicht abrechnen.

Dies gilt nicht bei der Abrechnung der „DMP-Mitbehandlungspauschale“ für eingeschriebene Versicherte im DMP Diabetes mellitus Typ 1.

Muss eine Überweisung speziell gekennzeichnet werden?

Ja, eine Überweisung zwischen den beiden Versorgungsebenen ist mindestens mit dem Wort „DMP“ zu kennzeichnen, nur dann kann die Abrechnung der DMP-Mitbehandlungspauschale erfolgen.

Ferner können die DMP-Ärzte zur Durchführung der Schulungen an schulungsberechtigte Ärzte überweisen, hierzu ist ebenso der Vermerk „DMP“ auf der Überweisung notwendig.

Übersicht der Vergütung von DMP-Leistungen der ersten Versorgungsebene:

Beschreibung:	DMP	Abr.-Nr.	Wert in €
<p><u>DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale</u> Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der TE/EWE und vertragsgemäße Übermittlung an die Datenstelle sowie Erstellung der Erstdokumentation und vertragsgemäße Übermittlung an die Datenstelle entsprechend des jeweiligen DMP-Vertrages</p> <p>einmalig bei Einschreibung des Versicherten</p>	DM 1	99530	25,00
	DM 2	99550	25,00
	KHK	99590	25,00
	Asthma	99410A	25,00
	COPD	99410C	25,00
<p><u>DMP-Koordinierungspauschale</u> Kontinuierliche Beratung und Betreuung des Versicherten entsprechend der jeweiligen „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“ (siehe entsprechende DMP-Vertragsanlage) einschließlich Beratung und Initiierung einer erforderlichen Überweisung an einen besonders qualifizierten Facharzt aufgrund der Überweisungsregeln entsprechend der „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“, Punkt „Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (siehe Vertragsanlage „Versorgungsinhalte“) sowie Erstellung der Folgedokumentation entsprechend der „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ (siehe entsprechende DMP-Vertragsanlage) bzw. Ausprägung des Erkrankungsbildes und vertragsgemäße Übermittlung dieser an die Datenstelle</p> <p>einmal im Quartal je eingeschriebenen Versicherten</p>	DM 1	99531	20,00
	DM 2	99551	20,00
	KHK	99591	20,00
	Asthma	99411A	20,00
	COPD	99411C	20,00

Übersicht der Vergütung von DMP-Leistungen der zweiten Versorgungsebene:

Beschreibung:	DMP	Abr.-Nr.	Wert in €
<p><u>DMP-Mitbehandlungspauschale</u> Zeitnahe Terminvergabe für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten der speziellen Risikogruppen – aufgrund der Überweisungsregeln entsprechend der „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“, Punkt „Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (siehe Vertragsanlage „Versorgungsinhalte“) unter Beachtung der Regelungen im §§ 3a bzw. 4a bzw. 5 der DMP-Verträge, deren Mitbehandlung sowie ein Befundbericht an den überweisenden koordinierenden Vertragsarzt</p> <p>einmal je Behandlungsfall abrechenbar</p>	DM 1	99532	45,00
	DM 2	99552	35,00
	KHK	99594	15,00
	Asthma	99419A	15,00
	COPD	99419C	15,00
<p><u>DMP-Augenarztspauschale</u> Zeitnahe Terminvergabe für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten zur augenärztlichen Untersuchung (binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis) und ophthalmologische Kontrolle für eingeschriebene Versicherte sowie Befundbericht an den überweisenden koordinierenden Vertragsarzt</p> <p>einmal kalenderjährlich durch den Facharzt für Augenheilkunde</p>	DM 1	99539	7,00
	DM 2	99560	7,00

Weitere Informationen:

Aktuelle Übersichten aller DMP wie beispielsweise Vergütungsverträge, Verzeichnis der Leistungserbringer oder die Qualitätsberichte der Gemeinsamen Einrichtung finden Sie im Internet unter www.kvt.de → [Arzt/Psychoth.](#) → [DMP](#).