



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Umsetzungsempfehlungen für Praxisverwaltungssystemhersteller für ein Einladungs- und Erinnerungssystem für Präventionsmaßnahmen

Dezernat 1 - Innovation und Nutzenbewertung ärztlicher Leistungen, Prävention, ambulante Behandlung im Krankenhaus, Psychotherapie

Dezernat 6 – Informationstechnik, Telematik und Telemedizin

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Version 1.0

Datum 22.03.2010

ÄNDERUNGSVERZEICHNIS

Version	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
1.0	22.03.2010	FHU	Finalisierungsarbeiten zur Veröffentlichung		
0.5	01.03.2010	FHU	Konkretisierungen und Ergänzungen		
0.1	15.02.2010	FHU	Erstentwurf		

INHALTSVERZEICHNIS

1	<u>EINLEITUNG</u>	4
1.1	Ziel des Dokuments	4
1.2	Zielgruppen des Dokuments	4
2	<u>UMSETZUNGSEMPFEHLUNGEN</u>	5
2.1	Allgemeine Hinweise.....	5
2.2	Einladungs- und Erinnerungssystem	5
2.3	Beachtung von besonderen medizinischen Konstellationen oder besonderen Situationen	6
2.4	Technische Unterstützungen durch die KBV	7
2.5	Technische Umsetzungshinweise.....	7
3	<u>ANHANG</u>	9
3.1	Übersicht der Präventionsleistungen	9

1 Einleitung

Prävention ist ein wesentliches Element für die gesundheitliche Vorsorge und Vorsorge ist bekanntlich besser als Nachsorge. Nicht ohne Grund haben die Versicherten in Deutschland die Möglichkeit regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen. Rechtzeitig erkannte Probleme und ergriffene Maßnahmen sind nicht nur für die Gesundheit des Betroffenen positiv sondern nützen auch der Allgemeinheit.

Die Versicherten müssen jedoch von der Möglichkeit Präventionsleistungen in Anspruch zu nehmen informiert werden. Der Arzt und insbesondere der Hausarzt spielt dabei eine wesentliche Rolle. Die Organisation der Ansprache der Versicherten kann dabei für die Praxen mit Hilfe von Softwareunterstützung optimiert werden.

KBV und KVen wollen mit einer gemeinsamen Präventionsinitiative dazu beitragen, dass der Nutzen von Präventionsmaßnahmen deutlicher wird, dass Ärzte mehr und einfacher auf Patientinnen und Patienten zugehen können und somit die Angebote zu Präventionsleistungen stärker genutzt werden.

1.1 Ziel des Dokuments

Ziel dieses Dokumentes ist es Softwareherstellern Umsetzungsempfehlungen und –hinweise an die Hand zu geben, um Praxen bei der Organisation der Ansprache der Versicherten zu unterstützen. Dies soll in erster Linie durch Einladungs- und Erinnerungsfunktionalitäten gewährleistet werden, die in diesem Dokument näher beschrieben werden. Es finden sich darüber hinaus Hinweise für eine weitergehende Optimierung der Softwareunterstützung, so dass auch eine sehr anwenderfreundliche Umsetzung möglich ist.

1.2 Zielgruppen des Dokuments

Zielgruppe dieses Dokument sind Softwarehersteller von EDV-Systemen, die im ambulanten Bereich zum Einsatz kommen.

2 Umsetzungsempfehlungen

2.1 Allgemeine Hinweise

Die im Kapitel 2 dargestellten detaillierten Umsetzungsempfehlungen beziehen sich derzeit ausschließlich auf zwei Präventionsleistungen im Rahmen der Krebsfrüherkennung – die Darmkrebsfrüherkennung und die Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei Frauen (KFU Frauen)¹ sowie die entsprechenden Beratungen zu den Früherkennungsmaßnahmen.

In den folgenden Umsetzungsempfehlungen wird nicht auf Besonderheiten von ergänzenden Verträgen eingegangen. Diese sind im Bedarfsfall gesondert zu berücksichtigen.

Die zusätzlichen Softwarefunktionalitäten sollten zielgruppenspezifisch zum Einsatz kommen oder angeboten werden. Die Ansprache bzw. Beratung der Versicherten zur Darmkrebsfrüherkennung erfolgt in der Regel vom Hausarzt als Primärversorger. Die KFU Frauen wird von Gynäkologen durchgeführt.

2.2 Einladungs- und Erinnerungssystem

Kern der Softwareunterstützung sollte ein Einladungs- und Erinnerungssystem bilden, welches dem Arzt die zielgerichtete Ansprache von Patienten ermöglicht.

Mit Hilfe einer vom System erzeugten Liste könnten den Anwendern zum Beispiel alle Versicherten angezeigt werden, die ab dem aktuellen Quartal eine Präventionsleistung erstmalig in Anspruch nehmen können. Mit Hilfe einer solchen Liste ist es für die Praxismitarbeiter bzw. den Arzt oder die Ärztin möglich, die Versicherten anzusprechen (z.B. Beratung zum Cervixkarzinom-Screening innerhalb von zwei Jahren nach Erreichen der Anspruchsberechtigung). In vielen Fällen erhalten die Versicherten eine Information ihrer Krankenkasse, ab wann sie eine Präventionsleistung erstmalig in Anspruch nehmen können. Somit ist ein Anschreiben des Arztes zu diesem Zeitpunkt nicht nötig.

Auch eine vom System erzeugte Liste über die erneute Inanspruchnahmefähigkeit einer Präventionsleistung kann den Anwendern helfen, denn viele Präventionsmaßnahmen können von den Versicherten in regelmäßigen Abständen in Anspruch genommen werden (z.B. KFU-Frauen oder Blutstuhltest). Im Fall der Folgeansprache der Versicherten sollte den Anwendern bei Bedarf auch die Möglichkeit offen stehen ein entsprechendes Schreiben an die Versicherten zu versenden.

Eine weitere Möglichkeit den Anwender zu unterstützen ist ein Hinweis bei Aufruf des Patienten im System. Sowohl bei der Erstinanspruchnahmefähigkeit als auch bei der wiederholten Inanspruchnahmefähigkeit hat der Arzt die Chance den oder die Versicherte/n direkt anzusprechen oder im Fall der wiederholten Inanspruchnahmefähigkeit auch direkt ein Schreiben zu erstellen, wenn kein direkter Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt.

Bei der Erzeugung der Listen als auch bei direkten Hinweisen gibt es allerdings einige Punkte zu beachten. Neben den in Kapitel 2.3 dargestellten medizinischen Besonderheiten gibt es eine Reihe von organisatorischen Aspekten, die berücksichtigt werden sollten.

So ist eine Kennzeichnung, ob ein Patient bereits vor kurzem angesprochen wurde, durchaus sinnvoll. Eventuell ist bereits ein Termin vereinbart oder eine Überweisung ausgestellt für die Inanspruchnahme der Präventionsleistung. Im Fall der wiederholten Inanspruchnahme ist möglicherweise bereits ein Schreiben verschickt worden.

¹ Gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des GBA, Abschnitt B. II. §§6 und 8

Insbesondere bei der Nutzung von Listen gilt es zu überlegen, ob es Sinn macht, Versicherten ein Schreiben zu schicken, die sehr häufig in der Praxis sind. Hier ist die Direktansprache sicher der bessere Weg. Auch der umgekehrte Fall, Versicherte die seit sehr langer Zeit nicht mehr in der Praxis waren, sollte bei der Erstellung von Listen berücksichtigt werden.

Es wird auch Versicherte geben, die keine Ansprache des Arztes oder gar ein Erinnerungsschreiben wünschen. Auch die Anzahl der Erinnerungen ist durchaus eine Variable, die der Anwender beeinflussen können sollte und die auch bereits im Auslieferungszustand einen sinnvollen Wert haben sollte.

Viele der genannten Aspekte sollten für die Anwender konfigurierbar sein. Hierbei gilt es zu überlegen, welche Punkte einzig global konfigurierbar und welche Punkte versichertenindividuell übersteuert werden können.

Beispiele für globale Konfigurationseinstellungen:

- Anzahl von Arzt-Patienten-Kontakten je Quartal bzw. Jahr ab der Versicherte nicht in zu erzeugende Listen für Erinnerungsschreiben aufgenommen werden, da eine Direktansprache erfolgt
- bei der Listenerstellung werden nur Versicherte berücksichtigt, die in einem zu konfigurierenden Zeitraum rückwirkend vom Zeitpunkt der Listenerstellung auch einen dokumentierten Arzt-Patienten-Kontakt hatten
- Versicherte, bei denen eine Kennzeichnung vorliegt, dass kürzlich eine Ansprache erfolgt ist, werden bei der Listenerstellung oder systeminternen Erinnerung in einem zu konfigurierenden Zeitraum rückwirkend vom Zeitpunkt der Listenerstellung nicht berücksichtigt, wenn das Datum der Ansprache innerhalb dieses Zeitraums liegt

Beispiele für versichertenindividuelle Konfigurationseinstellungen:

- Trotz erreichter Anzahl von global konfigurierten Arzt-Patienten-Kontakten je Quartal bzw. Jahr, soll eine Aufnahme in zu erzeugende Listen für Erinnerungsschreiben erfolgen (Arzt-Patienten-Kontakte sind vermehrt vorhanden, aber es handelt sich „nur“ um die Abholung von Verordnungen evtl. sogar „nur“ durch einen Bevollmächtigten)
- Keine Berücksichtigung des Versicherten bei Listenerstellung (z.B. Versicherter wünscht kein Erhalt von Schreiben)
- Kennzeichnung, dass der Versicherte vor kurzem angesprochen wurde mit zusätzlicher Angabe des Datums
- Keine Berücksichtigung des Versicherten bei Listenerstellung und oder systeminternen Erinnerungen (z.B. Versicherter hat bereits ein Alter erreicht, bei der eine Durchführung von Präventionsmaßnahmen wenig sinnvoll ist, siehe Kapitel 2.3)

2.3 Beachtung von besonderen medizinischen Konstellationen oder besonderen Situationen

Bei der Umsetzung der beschriebenen Funktionalitäten ist ein besonderes Augenmerk auf medizinische Besonderheiten zu richten. So gibt es eine Reihe von besonderen Situationen oder Konstellationen in denen die Durchführung einer Präventionsmaßnahme nicht sinnvoll ist.

Bestimmte Konstellationen können softwaretechnisch erkannt werden und somit kann dies im Rahmen der Listenerstellung oder anderer Funktionalitäten berücksichtigt werden. Ebenso

sollte auch der Anwender die Möglichkeit haben, einzelne Versicherte aufgrund der medizinischen Situation von der Berücksichtigung im Rahmen der Funktionalitäten eines Einladungs- und Erinnerungssystems für Präventionsmaßnahmen auszuschließen.

Ein Beispiel für eine besondere Situation, in der die Durchführung einer Präventionsmaßnahme nicht sinnvoll ist, ist ein hohes Lebensalter. Eine Früherkennungsuntersuchung bei einem über 100 Jahre alten Versicherten erscheint wenig sinnvoll. Möglicherweise sollte der Anwender eine Altersobergrenze für die einzelnen Präventionsmaßnahmen festlegen können.

Nachfolgend sind Beispiele für zu beachtende medizinische Besonderheiten aufgeführt, die ebenfalls einen Ausschluss begründen können.

KFU Frauen

- Patientinnen nach erfolgter Hysterektomie
- Patientinnen mit kurzfristig zurückliegenden Pap-Abstrichen²
- Patientinnen mit Cervix Ca oder in Krebsnachsorge

Darmkrebsfrüherkennung

- Patienten bei denen kürzlich eine kurative Koloskopie erfolgt ist
- Patienten mit Darmkrebs oder in Krebsnachsorge
- Patienten, die in Behandlung sind wegen Darmbeschwerden

2.4 Technische Unterstützungen durch die KBV

Technische Unterstützungen liefert die KBV in Form der EBM-Stammdatei, die neben den Regeln bezüglich des Beginns der Inanspruchnahmefähigkeit einer Präventionsleistung auch Regeln zu den Intervallen der einzelnen Leistungen und der Häufigkeit der Leistungen beinhaltet.

2.5 Technische Umsetzungshinweise

Mit den Informationen in der EBM-Stammdatei, bereits abgerechneten Leistungen zu einem Versicherten sowie bestimmten Stammdaten zum Versicherten lassen sich bereits sehr viele und möglicherweise für einzelne Versicherte bereits alle Kriterien zusammentragen, um die Einladungs- und Erinnerungsfunktionalitäten exakt umzusetzen.

Nicht immer wird es jedoch möglich sein aufgrund der genannten Kriterien automatisierte Ergebnisse zu ermitteln. Hierfür gibt es unterschiedliche Gründe, die im Rahmen einer Umsetzung beachtet werden müssen.

Es ist nicht immer der Fall, dass der Hausarzt oder der Arzt, der einen Versicherten auf eine Präventionsleistung anspricht oder an eine selbige erinnert, auch die Präventionsleistung an sich erbringt bzw. ist es denkbar, dass nur Teile der Präventionsleistung erbracht werden. Die Information zu einer bereits erfolgten Präventionsleistung oder auch anderweitige Informationen lassen sich somit nicht immer ausschließlich aus bereits abgerechneten EBM-Ziffern ableiten. Es kann hierbei erforderlich sein Informationen aus der medizinischen Dokumentation zu berücksichtigen. Dabei kann es sich um dokumentierte Diagnosen oder Dauerdiagnosen

² Hinweis: Nicht immer erfolgt auch direkt durch den Gynäkologen die zytologische Untersuchung.

handeln, um Inhalte aus Überweisungsaufträgen, versandten oder erhaltenen Arztbriefen oder Entlassbriefen aus dem Krankenhaus. Die folgenden Fallbeispiele sollen diesen Sachverhalt verdeutlichen.

Hausarzt führt keine Früherkennungskoloskopie durch

In der Regel wird ein Hausarzt keine Früherkennungskoloskopie durchführen, sondern seine Patienten bezüglich der Darmkrebsfrüherkennung beraten. Es kann aber durchaus erforderlich sein zu wissen, ob und wann eine Früherkennungskoloskopie erfolgt ist. Eine ausgestellte Überweisung reicht nicht unbedingt aus, um mit Gewissheit zu sagen, dass der Patient die Präventionsuntersuchung auch in Anspruch genommen hat. Hierzu sind Rückmeldungen des Patienten oder Arztbriefe notwendig, die auch das Datum der Untersuchung mit aufführen.

Patientinnen ohne Gebärmutter

Die Information über eine erfolgte Hysterektomie zu einer Patientin muss nicht immer als auswertbarer ICD-Kode im Praxissystem hinterlegt sein, wenn diese Diagnose keine Abrechnungsrelevanz hat. Es kann hierfür also durchaus notwendig sein diese Information aus der Dokumentation in der Patientenakte oder aus erhaltenen Briefen zu entnehmen.

3 Anhang

3.1 Übersicht der Präventionsleistungen

Nachstehende Übersicht enthält geordnet nach Präventionsmaßnahme Informationen zu den Details der Inanspruchnahme und zu den EBM-Ziffern.

Präventionsmaßnahmen bzw. Beratung hierzu	Details zur Inanspruchnahme	EBM-Ziffern
Beratungspflicht nach Maßgabe der Chroniker-Richtlinie	Einmalige Beratung derzeit nur für die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche Versicherte) ab dem Alter von 20 Jahren innerhalb von 2 Jahren nach Erreichen des Anspruchsalters.	01735
KFU-Frauen	Ab dem Alter von 20 Jahren Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales sowie zusätzlich der Brust ab dem Alter von 30 Jahren - jährlich	01730
Gesundheitsuntersuchung	Ab dem Alter von 35 Jahren - zweijährlich	01732
Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut	Ab dem Alter von 35 Jahren - zweijährlich	01745
Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut	Ab dem Alter von 35 Jahren – zweijährlich, sofern zusammen mit Gesundheitsuntersuchung durchgeführt	01746
KFU-Männer	Ab dem Alter von 45 Jahren Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales - jährlich	01731
Erste Beratung zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen	Ab dem Alter von 50 Jahren einmalige Beratung über das Gesamtprogramm	keine
Zweite Beratung zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen	Ab dem Alter von 55 Jahren Beratung über das Gesamtprogramm	01740

Schnelltest auf occultes Blut im Stuhl	Ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres jährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl. Ab dem Alter von 55 Jahren zwei-jährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl, sofern keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von 10 Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt wurde.	01734
Früherkennungskoloskopie	Ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf 2 Koloskopien. 2. Koloskopie aber erst 10 Jahre nach der ersten Koloskopie. Jede ab dem Alter von 65 Jahren durchgeführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie	01741