

Datenstellenvertrag
zur Durchführung der Disease-Management-Programme
in Hamburg

in der Fassung vom 01.07.2012

zwischen

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

dem BKK-Landesverband NORD, handelnd für die
Betriebskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beigetreten sind; zugleich als
Krankenkasse für den Gartenbau,

der Knappschaft,

der IKK Hamburg, zugleich handelnd für die Innungskrankenkassen, die dieser
Vereinbarung beigetreten sind,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
 - Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover
 - Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
 - hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Hamburg,

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH),

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

und

der Firma INTER-FORUM Data Services GmbH,
Sommerfelder Straße 120, 04316 Leipzig
(Datenstelle)

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Begriffsbestimmungen

Präambel

Abschnitt I Ziele, Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

§ 1 Ziele

§ 2 Vertragsgegenstand

§ 3 Geltungsbereich

Abschnitt II - Datenmanagement

§ 4 Aufgabenbeschreibung

§ 5 Ausführungsfristen

§ 6 Statusdatensatz/Workflow-Daten

§ 7 Mitwirkung der Krankenkassen/-verbände und der KVH

§ 8 Grundsätze der Zusammenarbeit

§ 9 Änderung der zu erbringenden Leistung

Abschnitt III - Datenschutz

§ 10 Datenschutzmaßnahmen, Subunternehmer

§ 11 Datentransport

§ 12 Pflichten der Auftraggeber und der KVH

§ 13 Haftung bei Verletzung von Datenschutzbestimmungen

Abschnitt IV - Datenstellenprüfung

§ 14 Prüfung der Datenstelle und Prüfung der Versichertenzeiten nach § 15a RSAV

Abschnitt V - Zusammenarbeit, Qualitätssicherung, Vertraulichkeit

§ 15 Grundsätze der Zusammenarbeit

§ 16 Qualitätssicherungsaktivitäten

§ 17 Förderung der elektronischen Dokumentation (eDMP)

§ 18 Vertraulichkeit

Abschnitt V - Vergütung, Abrechnung und Pflichtverletzung

§ 19 Vergütung

§ 20 Abrechnung

§ 21 Fälligkeit der Zahlungen

§ 22 Pflichtverletzung, Haftung

§ 23 Freistellung von Ansprüchen Dritter

§ 24 Vertragsstrafe

Abschnitt VI - Sonstige Bestimmungen, Laufzeit

§ 25 Verdingungsunterlagen

§ 26 Erstreckung des Vertrages auf weitere DMP

§ 27 Rechte an Ergebnissen

§ 28 Schriftform

§ 29 Salvatorische Klausel

§ 30 Gerichtsstand

§ 31 Laufzeit, Kündigung

Erläuterungen

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte

„Vertragsärzte“ sind – ggf. anstellende - Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

„Auftraggeber“ sind die Vertragsparteien ohne die Arbeitsgemeinschaft Hamburg nach § 219 SGB V und ohne die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

Weitere Begriffsbestimmungen

Arbeitsgemeinschaft DMP	Arbeitsgemeinschaft Disease-Management nach § 219 SGB V
Arbeitstag	Als Arbeitstage gelten die Wochentage von Montag bis Freitag mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BSNR	Betriebsstättennummer
BVA	Bundesversicherungsamt
Datensatz (Erst-/Folgedokumentation)	Dokumentationsdaten entsprechend der jeweiligen Anlage der RSAV
DMP-Datenzentrum des jeweiligen Verbandes der Krankenkassen/der jeweiligen Krankenkasse	Datenannahmestelle für die Dokumentationsdaten der Datenstelle
DMP-Krankenhäuser	Krankenhäuser, die vertraglich in die jeweiligen DMP-Vereinbarungen eingebunden sind und der Datenstelle mitgeteilt wurden
eDMP	Elektronische Datenübermittlung im Zuge von DMP
Gemeinsame Einrichtung	Gemeinsame Einrichtung Hamburg nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV
Koordinierende Ärzte	Ärzte, die vertraglich zur Koordination der DMP-Teilnehmer in die jeweiligen DMP-Vereinbarungen eingebunden sind
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
LANR	Lebenslange Arztnummer
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung

SGB V	5. Sozialgesetzbuch in der jeweils gültigen Fassung
SGB X	10. Sozialgesetzbuch in der jeweils gültigen Fassung
TE/EWE	Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten nach der jeweiligen DMP-Vereinbarung
Verbände der Krankenkassen in Hamburg	AOK Rheinland/Hamburg – die Gesundheitskasse, BKK - Landesverband NORD Innungskrankenkasse (IKK) Hamburg Knappschaft Verband der Angestellten-Krankenkassen/ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. - Landesbereichsvertretung Hamburg -

Anlagen

Anlage 1	Aufgabenbeschreibung
Anhang 1	eDMP: Verfahrensbeschreibung eDMP
Anhang 2	eDMP: DMP-Portal der KVH
Anhang 3	eDMP: Kurzbeschreibung DMPonline
Anhang 3a	eDMP: Antragsformular DMPonline
Anlage 2	Kommunikationsmatrix
Anlage 3	Bundeseinheitliche Vorgaben: Plausibilitätsrichtlinien, Technische Anlage (einschließlich Anhänge) sowie Datensatzbeschreibungen, Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Anlage 3 a	Evaluation - Datensatzbeschreibung für die vereinbarten DMP Indikationen
Anlage 4	Aufbau Statusdatensatz/Workflow-Daten
Anlage 5	Datenschutzerklärung
Anlage 6	Verzeichnis der durch den Landesverband der Betriebskrankenkassen NORD vertretenen Mitgliedskassen
Anlage 7	Annahmestellen im Ersatzkassenbereich für papiergebundene Unterlagen
Anlage 8	Verzeichnis der durch die IKK Hamburg vertretenen Innungskrankenkassen
Anlage 9	Verdingungsunterlagen
Anlage 10	Musterschreiben an DMP-Ärzte

Präambel

Zur Verbesserung der Versorgungssituation von chronisch erkrankten Patienten entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss die medizinischen Grundlagen für Disease-Management-Programme. Für folgende Indikationen haben die Verbände der Krankenkassen in Hamburg und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg mit der Krankenhausgesellschaft Hamburg strukturierte Behandlungsprogramme in Hamburg eingeführt:

- Diabetes mellitus Typ 2 (Juli 2003),
- Brustkrebs (April 2004),
- Koronare Herzkrankheit (KHK) (Februar 2006),
- Diabetes mellitus Typ 1 (Juli 2008) und
- Asthma bronchiale sowie chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) (Juli 2007).

Die Umsetzung des DMP-Datenmanagements wird von der Datenstelle übernommen. Diese übernimmt Aufgaben im Zusammenhang mit Teilnahme-/Einwilligungserklärungen und Dokumentationsdaten. Sie unterstützt Arztpraxen bei der Erstellung von Dokumentationen und übermittelt Daten an die jeweiligen Partner dieser Vereinbarung. Ein leistungsfähiges Datenmanagement ist wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Zielerreichung des Qualitätsindikators „Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zu erstellenden Dokumentationen“ möglichst erreicht werden kann. Die Arbeitsabläufe in der Arztpraxis werden durch Nutzung der elektronischen Dokumentation (eDMP) vereinfacht. Um die Prozesse zu verbessern und weitere Erleichterungen in den Arbeitsabläufen in der Arztpraxis zu erzielen, wird das Datenmanagement laufend auf Optimierungsmöglichkeiten analysiert.

Dieser Vertrag ist eine Aktualisierung des bereits seit dem 01.03.2006 praktizierten Rechtsverhältnisses zwischen den Vertragspartnern.

Abschnitt I

Ziele, Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

§ 1

Ziele

Die Partner dieser Vereinbarung verfolgen das Ziel, dass die Umsetzung der DMP durch ein möglichst optimales Datenmanagement vereinfacht wird. Auch eine möglichst hohe Zielerreichung von Qualitätssicherungsindikatoren soll durch das Datenmanagement unterstützt werden. Arztpraxen sollen zudem zielgerichtete Hilfen erhalten, damit der Arbeitsaufwand weiter reduziert werden kann. Dazu soll auch eine Weiterentwicklung der Prozesse im Rahmen der elektronischen Dokumentation (eDMP) unterstützt werden.

§ 2

Vertragsgegenstand

- (1) Mit dieser Vereinbarung wird der Datenstelle die Umsetzung des Datenmanagements übertragen. Hierzu gehören Aufgaben im Zusammenhang mit Teilnahme-/Einwilligungs erklärungen sowie Dokumentationsdaten.
- (2) Ferner sind Gegenstand dieses Vertrages die Qualitätssicherung des Datenmanagements - einschließlich der elektronischen Dokumentation (eDMP) - und die Prüfung der Datenstelle.

§ 3

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. koordinierende Ärzte, die an der jeweiligen DMP-Vereinbarung in Hamburg teilnehmen,
 2. Krankenkassen, die in Hamburg ein zugelassenes DMP durchführen.
- (2) Die Vertragsärzte erklären die Teilnahme an dem jeweiligen DMP schriftlich gegenüber der KVH. Der koordinierende Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift den Datenstellenvertrag.

- (3) Diese Vereinbarung gilt für alle zwischen den Vertragspartnern getroffenen DMP-Vereinbarungen (Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale und COPD) sowie für im Rahmen der Laufzeit nach § 31 neu vereinbarte DMP.

Abschnitt II

Datenmanagement

§ 4

Aufgabenbeschreibung

- (1) Die Datenstelle ist verpflichtet, die im Datenstellenvertrag vom 01.03.2006 beschriebenen Leistungen unter Berücksichtigung der aktualisierten Aufgabenbeschreibung nach Anlage 1 für alle vereinbarten DMP zu erbringen. Hierbei sind insbesondere die Regelungen zur Qualitätssicherung zu berücksichtigen.
- (2) Die in Anlage 1 beschriebenen Dienstleistungen werden unter Berücksichtigung der Anforderungen der RSAV in der jeweils gültigen Fassung erbracht.

§ 5

Ausführungsfristen

Die Ausführungsfristen richten sich nach der Aufgabenbeschreibung nach Anlage 1 und der Kommunikationsmatrix nach Anlage 2. Für die schriftliche Kommunikation mit Ärzten nutzt die Datenstelle die Musterschreiben nach den Anlagen 10.

§ 6

Statusdatensatz/Workflow-Daten

- (1) Die Datenstelle liefert den Auftraggebern/DMP-Datenzentren täglich (oder wöchentlich nach Vereinbarung) Informationen zum Stand der Verarbeitung der DMP-Dokumentationen mittels Statusdatensatz/Workflow-Daten. Der Aufbau des Statusdatensatzes/der Workflow-Daten richtet sich nach zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Datensatz in der jeweils gültigen Fassung (vgl. Anlage 4).

§ 7

Mitwirkung der Krankenkassen/-verbände und der KVH

- (1) Die Krankenkassen/-verbände teilen der Datenstelle die Institutionskennzeichen der von ihnen vertretenen, an den DMP-Vereinbarungen teilnehmenden Krankenkassen sowie die Adresse des jeweiligen DMP-Datenzentrums unverzüglich mit.
- (2) Die KVH stellt der Datenstelle mindestens zweimal monatlich und auf gesonderte Anforderung Vertragsarztnummern (LANR und BSNR), Namen angestellter Ärzte, Anschriften und möglichst Telefonnummern (Vertragsärzteverzeichnis) der an den jeweiligen DMP-Vereinbarungen teilnehmenden koordinierenden Ärzte mit Beginn und Ende der Teilnahme zur Verfügung. Änderungen von Vertragsarztnummern werden gesondert ausgewiesen.

§ 8

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die Datenstelle erbringt ihre Leistungen frei von Sach- und Rechtsmängeln
 - nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen (einschließlich der Anlagen) und
 - dem allgemein anerkannten aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik.

Die Datenstelle wird jeden Auftraggeber über - nach Vertragsabschluss eintretende - Änderungen des Standes von Wissenschaft und Technik, die möglicherweise Auswirkungen auf den Vertragsgegenstand haben, informieren.

- (2) Die von der Datenstelle zur Erfüllung ihrer Leistungen eingesetzten Mitarbeiter müssen die zur ordnungsgemäßen Vertragserfüllung notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen besitzen sowie zur Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet sein. Dies gilt insbesondere für die Verpflichtung zur Verschwiegenheit hinsichtlich der patientenbezogenen Informationen.
- (3) Die Leistungserbringung durch die Datenstelle hat im Einklang mit den rechtlichen Vorschriften zu erfolgen. Insbesondere sind die Vorgaben des ärztlichen Standesrechts, des Wettbewerbsrechts sowie des Datenschutzrechts einzuhalten. Die Datenstelle hat die Einhaltung der rechtlichen Vorschriften und die sich aus Abschnitt III dieses Vertrages ergebenden datenschutzrechtlichen Verpflichtungen zu gewährleisten.

- (4) Die Datenstelle muss durch entsprechende organisatorische Vorkehrungen eine kontinuierliche orts- und zeitnahe Zusammenarbeit mit den jeweiligen Auftraggebern, der KVH und der Gemeinsamen Einrichtung ermöglichen. Eine Ansprechbarkeit zu den üblichen Bürozeiten (08:00 Uhr bis 18:00 Uhr) ist zu gewährleisten.
- (5) Die Datenstelle ist jedem Auftraggeber über die vertragsgemäße Ausführung der Leistungen auskunftspflichtig und ermöglicht ihm zu den üblichen Bürozeiten insbesondere in die ihn betreffenden Datenbanken Einsicht.

§ 9

Änderung der zu erbringenden Leistung

- (1) Die Krankenkassen/-verbände gemeinsam haben das Recht, die Aufgaben der Datenstelle zu ändern oder zu ergänzen, zu verringern oder zu erweitern, soweit dies insbesondere bei Änderungen der gesetzlichen oder rechtlichen Bestimmungen zu den DMP, die die Basis dieses Vertrages bilden, erforderlich wird oder es aufgrund der technischen Abwicklung für die Auftraggeber wirtschaftlicher ist, dass von der Datenstelle geschuldete Leistungen durch die Teilnehmer am DMP selbst erbracht werden. Die Krankenkassen/-verbände können insbesondere
1. die Teilnahme-/Einwilligungserklärung und die Dokumentationsdaten,
 2. das Format, in dem die Dokumentationsdaten übermittelt werden sollen, oder
 3. die Plausibilitätsprüfrichtlinien ändern.

Ferner hat ein Auftraggeber das Recht, die Aufgaben der Datenstelle zu ändern oder zu ergänzen, sofern er durch richterliche oder aufsichtsbehördliche Vorgaben hierzu verpflichtet ist. Die entsprechenden Informationen werden der Datenstelle unverzüglich zur Verfügung gestellt. Für deren Umsetzung wird der Datenstelle eine angemessene Frist eingeräumt.

- (2) Sofern sich durch gemeinsam vereinbarte Änderungen oder Ergänzungen kein wesentlicher Mehr- oder Minderaufwand für die Datenstelle ergibt, ändert sich die Vergütung nicht. Andernfalls ist die Vergütung entsprechend dem veränderten Aufwand einvernehmlich anzupassen.

Abschnitt III

Datenschutz

§ 10

Datenschutzmaßnahmen, Subunternehmer

- (1) Diese Bestimmungen regeln den Schutz der Daten bei der Datenverarbeitung im Auftrag unter besonderer Berücksichtigung des Zweiten Kapitels des Sozialgesetzbuches - Zehntes Buch (SGB X), insbesondere der § 80 SGB X bzw. § 11 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).
- (2) Die Datenstelle trägt die Gewähr dafür, dass die in der Anlage zu § 78 a SGB X bzw. § 9 BDSG genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen worden sind und eingehalten werden. Sofern Änderungen bzw. ergänzende Weisungen vorgenommen werden, sind diese ebenfalls umgehend umzusetzen.
- (3) Die von der Datenstelle vertragsgemäß vorzuhaltenden personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden sieben Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist physisch gelöscht. Die zum Zwecke der Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten werden gemäß der in § 28f RSAV (in der jeweils gültigen Fassung) für die Aufbewahrung der Daten genannten Fristen aufbewahrt und nach Ablauf dieser Fristen gelöscht. Der Auftraggeber informiert den Auftragnehmer binnen zwei Wochen nach Veröffentlichung über die neue gesetzliche Grundlage (Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung).
- (4) Die Datenschutzmaßnahmen sind der technischen Entwicklung anzupassen. Dies gilt ebenfalls für Änderungen datenschutzrechtlicher Bestimmungen und Auflagen der zuständigen Aufsichtsbehörden sowie der Bundes- und Landesbeauftragten zum Datenschutz.
- (5) Die Datenstelle erklärt sich damit einverstanden, dass die Auftraggeber und deren zuständige Aufsichtsbehörden jederzeit berechtigt sind, mit den in § 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X bzw. § 38 Abs. 3 und 5 BDSG genannten Mitteln und in Anlehnung an § 88 SGB IV und § 274 SGB V die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz sowie der ergänzenden Weisungen nach § 80 Abs. 2 Satz 3 SGB X zu überwachen. Mitarbeiter der Auftraggeber können mit Vollmacht ihres Vorstandes ohne vorherige

Ankündigung die Räumlichkeiten des Auftragnehmers betreten, sich über die Datenschutzmaßnahmen informieren und Mitarbeiter der Datenstelle dazu befragen.

- (6) Die Auftraggeber sind insoweit berechtigt, von der Datenstelle in Bearbeitung befindliche oder aufbewahrte Unterlagen - auch kurzfristig - zu Prüfzwecken anzufordern. Jeder Auftraggeber kann dabei nur die Daten anfordern, auf die er nach der RSAV ein Zugriffsrecht hat. Kommt es hierdurch zu Verzögerungen in der Bearbeitung, wird die Datenstelle die Krankenkassen/-verbände hierauf hinweisen. Vom Prüfungsrecht ist der betriebsinterne Bereich, der zur Offenbarung von z. B. finanz- und steuerrechtlichen Daten, Betriebsgeheimnissen oder Kalkulationsgrundlagen führen könnte nicht umfasst.
- (7) Die Datenstelle hat einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen (vgl. §§ 4 d, 4 e BDSG) und informiert die Auftraggeber hierüber.
- (8) Die Datenstelle ist verpflichtet, für die Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis u. a. nach dem Verpflichtungsgesetz vom 02.03.1974 BGBl Teil I Seite 469 bzw. § 5 BDSG verpflichtet sind. Ferner stellt die Datenstelle sicher, dass das von ihr eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert und angewiesen ist (vgl. u. a. § 35 SGB I, §§ 284 ff. SGB V, §§ 93 ff. SGB XI und §§ 5, 9, 43 Abs. 1 und 3, 44 Abs. 1 Nr. 2, 5, 6 und 7 und Abs. 2 BDSG sowie die einschlägigen Straf- und Ordnungswidrigkeitsvorschriften z. B. des StGB, des SGB X bzw. des BDSG).
- (9) Die Datenstelle verwendet die Dokumente und Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse ausschließlich für die Erfüllung dieses Vertrages. Sie verwendet die zur Datenverarbeitung überlassenen Dokumente und Daten nicht anderweitig und bewahrt sie nach Maßgabe der Aufgabenbeschreibung unter Verschluss auf. Kopien und Duplikate dürfen nicht ohne Wissen der Auftraggeber hergestellt werden. Die Datenträger werden nach Erfüllung des jeweiligen Auftrages kontrolliert physisch gelöscht und rechtzeitig zurückgesandt.
- (10) Nach Beendigung des Vertragsverhältnisses hat die Datenstelle sämtliche in ihren Besitz gelangte Unterlagen und erstellte Verarbeitungs- oder Nutzungsergebnisse, die im Zusammenhang mit dem Auftragsverhältnis stehen, den Auftraggebern auszuhandigen. Die Daten auf dem Datenträger der Datenstelle sind danach physisch zu löschen. Test- und Ausschussmaterial wird von der Datenstelle bis zur Vernichtung unter Verschluss gehalten oder den Auftraggebern übergeben. Über die Vernichtung ist

ein Protokoll zu fertigen und auf Verlangen den Auftraggebern vorzulegen. Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

- (11) Der Arbeitsablauf wird von der Datenstelle lückenlos dokumentiert. Hierzu gehört insbesondere eine vollständige Protokollierung der Systemleistungen. Die Dokumentation ist für einen Zeitraum von sieben Jahren nach Ablauf der Kalenderjahre vorzuhalten und den Auftraggebern auf Verlangen vorzulegen.
- (12) Die Datenstelle unterrichtet die Krankenkassen/-verbände unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs. Die Datenstelle weist die Krankenkassen/-verbände unverzüglich darauf hin, wenn sie der Ansicht ist, dass Weisungen der Krankenkassen/-verbände gegen das BDSG oder andere Rechtsvorschriften verstoßen.
- (13) Die Datenstelle liefert den Auftraggebern die für die Meldung nach § 80 Abs. 3 SGB X erforderlichen Angaben.
- (14) Subunternehmer dürfen nur mit vorheriger schriftlicher Einwilligung sämtlicher Krankenkassen/-verbände eingeschaltet werden, es sei denn, es handelt sich um unwesentliche Teilleistungen im Sinne des § 4 Nr. 4 Satz 2 VOL/B. Die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Datenstelle und Subunternehmer sind so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen Auftraggebern und Datenstelle entsprechen.

Mit Ausnahme der vorherigen schriftlichen Einwilligung gilt Abs. 1 auch für Subunternehmer, die Prüfungen oder Wartung von automatisierten Verfahren oder von Datenverarbeitungsanlagen der Datenstelle vornehmen. Derartige Aufträge sind jedem Verband der Krankenkassen vor Vertragsabschluss mitzuteilen.

Beauftragt die Datenstelle für den Datentransport einen Transportunternehmer, so hat sie sicherzustellen und jedem Auftraggeber auf Verlangen nachzuweisen, dass der Transportunternehmer die Datenschutzbestimmungen beachtet. Werden Unterlagen bei den Auftraggebern abgeholt, stattet die Datenstelle den Transportunternehmer mit einem schriftlichen Berechtigungsausweis für die Empfangnahme der Unterlagen aus.

§ 11

Datentransport

- (1) Daten sind über Datenfernübertragung (DFÜ) oder mittels Datenträger auszutauschen. Die Initiative für den DFÜ-Kommunikationsvorgang übernimmt der Absender. Der Absender hat sicherzustellen, dass der Kommunikationspartner die für den Empfang der Daten berechnete Stelle ist. Dies kann über die Vergabe entsprechender Passwörter geschehen. Einigen sich Absender und Empfänger nicht auf das automatische Recovery gemäß ISO IS 8571 FTAM, gilt für Übertragungsabbrüche, dass die betroffene Datei vom Absender erneut übertragen wird. Innerhalb des ISDN/DATEX-P wird die Rufnummer des aktiven Partners übergeben und vom passiven Partner geprüft. Deshalb muss die ISDN/DATEX-P-Nummer jedes möglichen aktiven Partners den passiven Partnern gemeldet werden; jede Änderung ist unverzüglich und rechtzeitig im Voraus den beteiligten Stellen bekanntzugeben. Zur Sicherstellung eindeutiger Partnernamen im DFÜ-Netz werden die jeweiligen IK-Nummern der Partner verwendet.
- (2) Datenträger sind von den Auftraggebern und der Datenstelle als Einschreiben eigenhändig zu versenden. Hierbei sind verschließbare Behälter in neutraler, verschlossener Verpackung zu verwenden. Zu den Behältern erhalten die Auftraggeber und die Datenstelle jeweils einen Schlüssel, für dessen Verlust sie haften. Wenn keine verschließbaren Behälter zur Verfügung stehen, sind die Datenträger zu versiegeln oder plombiert zu verpacken und in einer neutralen, verschlossenen weiteren Verpackung per Einschreiben eigenhändig zu versenden. Die bei jedem Transport zu verwendenden Begleitpapiere und Quittungen sind unverzüglich zurückzusenden oder gesondert aufzubewahren und zur Prüfung herauszugeben.

§ 12

Pflichten der Auftraggeber und der KVH

- (1) Die Auftraggeber und die KVH entscheiden über die Zulässigkeit der Datenverarbeitung und bleiben in jeder Phase der Datenverarbeitung jeweils verantwortlich für die Wahrung der Rechte derjenigen, deren Daten verarbeitet werden. Sie behalten deshalb das alleinige Verfügungsrecht über die Daten.
- (2) Aufträge werden von den Auftraggebern und der KVH schriftlich bzw. in Textform erteilt. Die Auftraggeber haben auf Anforderung der Datenstelle Aufträge, Weisungen und Erläuterungen zu präzisieren.
- (3) Die Auftraggeber und die KVH sind verpflichtet und berechtigt, erforderlichenfalls Weisungen nach § 80 Abs. 2 SGB X betreffend die Ergänzung der bei der Datenstelle vorhandenen technischen und organisatorischen Maßnahmen schriftlich zu erteilen.
- (4) Die Auftraggeber und die KVH informieren die Datenstelle unverzüglich schriftlich über festgestellte Fehler oder Unregelmäßigkeiten der Auftragsleistung.
- (5) Die weisungs-, empfangs- und kontrollberechtigten Personen - im Rahmen des Auftragsverhältnisses - sind der Datenstelle von den Auftraggebern schriftlich zu benennen. Sie haben sich bei der Ausübung ihrer Befugnisse zu legitimieren.

§ 13

Haftung bei Verletzung von Datenschutzbestimmungen

Die Haftung richtet sich nach § 18 dieses Vertrages und den gesetzlichen Bestimmungen. Der Auftragnehmer bestätigt, sich gegen die Inanspruchnahme wegen Verletzung von Datenschutzvorschriften versichert zu haben. Die Versicherungssumme beträgt mindestens 500.000,00 EUR.

Abschnitt IV

Datenstellenprüfung

§ 14

Prüfung der Datenstelle und

Prüfung der Versichertenzeiten nach § 15a RSAV

- (1) Die Krankenkassen/-verbände prüfen mindestens einmal jährlich in den Räumen der Datenstelle die Qualität der Leistungserbringung. Diese Prüfung umfasst sowohl alle DMP als auch sämtliche Prozessabläufe. Inhalte der Datenstellenprüfung sind insbesondere:
- die Qualität der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentationen) in Bezug auf:
 - Dokumentation des Posteinganges,
 - Prüfung des fristgerechten Eingangs,
 - Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität unter Berücksichtigung der Plausibilitätsrichtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen,
 - die vertragsgemäße Umsetzung des Korrekturverfahrens unter Berücksichtigung der Anforderungen des Bundesversicherungsamtes:
 - die Richtigkeit der Erfassung der Daten,
 - vollständige und lückenlose Archivierung der Dokumentationsdaten und des Schriftwechsels zum Korrekturverfahren.
- (2) Die Qualitätsprüfungen werden durch von der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg autorisierte Mitarbeiter der Mitgliedskassen vorgenommen. Die für die Prüfungen autorisierten Mitarbeiter erhalten ein Merkblatt über die Dienstpflichten der Angestellten und geben vor Aufnahme ihrer Tätigkeit die Erklärung zum Datengeheimnis/Sozialgeheimnis gegenüber der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP ab (vgl. Anlage 5). Die datenschutzrechtlichen Verpflichtungen gelten auch im Verhältnis zur abordnenden Stelle und nach der Beendigung der Prüfung.
- (3) Die Prüfung erfolgt auf Basis von Stichproben aus dem in die Prüfung einbezogenen Datenbestand.

- (4) Es werden grundsätzlich 100 Fälle geprüft. Die Stichprobenfälle werden der Datenstelle zwei Wochen vor Beginn der Qualitätsprüfung bekannt gegeben. Im Fokus steht das sogenannte Image-Verfahren.
- (5) Die Prüfung erfolgt durch den Abgleich der den Krankenkassen übermittelten Datensätze mit den in der Datenstelle vorliegenden Unterlagen.
- (6) Die Durchführung der Qualitätsprüfungen sowie deren Feststellungen sind fallbezogen zu dokumentieren. Feststellungen zu Einzeldatensätzen sind so zu pseudonymisieren, dass der Rückgriff auf die Daten der Datenstelle sowie der Daten der jeweiligen Krankenkasse möglich bleibt.
- (7) Das Ergebnis wird den Auftraggebern sowie der DMP-Datenstelle in Form eines Prüfberichtes bekannt gegeben. Die Prüfberichte sowie die dokumentierten Maßnahmen zur Umsetzung der Prüfergebnisse sind von der Datenstelle sowie der Arge DMP sieben Jahre, beginnend mit dem dem Prüfzeitraum folgenden Kalenderjahr, zu archivieren.
- (8) Die ergänzenden Regelungen/Aufgaben im Zuge der Prüfung der Versichertenzeiten nach § 15 a RSAV sind in Anlage 1 zusammengefasst.

Abschnitt V
Zusammenarbeit, Qualitätssicherung, Vertraulichkeit

§ 15
Grundsätze der Zusammenarbeit

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur Erfüllung dieses Vertrages konstruktiv und loyal zusammenzuarbeiten. Die Vertragspartner werden sich wechselseitig unverzüglich über alle Umstände und Geschehnisse informieren, die für die Zusammenarbeit nach diesem Vertrag bedeutsam sind oder sein könnten.
- (2) Die Auftraggeber und die KVH haben gegenüber den von der Datenstelle eingesetzten Personen kein Weisungsrecht; zwischen ihnen besteht kein Arbeitsverhältnis.
- (3) Die Auftraggeber und die KVH werden Anforderungen und/oder Weisungen ausschließlich an die von der Datenstelle zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses schriftlich benannten verantwortlichen Personen richten. Änderungen der verantwortlichen Personen wirken gegenüber den Auftraggebern nur, wenn diese zuvor sämtlichen Auftraggebern schriftlich angezeigt wurden.

§ 16
Qualitätssicherungsaktivitäten

- (1) Die Ausführungsfristen der Aufgabenbeschreibung nach § 4 sind zwingend einzuhalten. Sofern Störungen in den Datenprozessen eintreten, sind die Verbände der Krankenkassen und die KVH hierüber umgehend zu informieren (z. B. per E-Mail).
- (2) Die Datenstelle prüft die Dokumentationsdaten vor Versand an die Auftraggeber, KVH und Gemeinsame Einrichtung in einem zusätzlichen Prüfungslauf. Eine abschließende Verlagerung der Haftungs- und Rügepflicht auf die Datenstelle ist damit nicht verbunden.
- (3) Vor Versand von Schreiben an die koordinierenden Ärzte werden diese regelmäßig stichprobenartig geprüft.

- (4) Die Datenstelle stellt die Qualifikation und Fortbildung ihrer Mitarbeiter sicher. Hierzu gehört insbesondere die Vermittlung von Fachwissen, wie z. B. Regelungen der RSAV und Bestimmungen des Bundesversicherungsamtes.
- (5) Die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg informiert die Datenstelle unverzüglich über notwendige Anpassungen der Datenflüsse aufgrund von Regelungen der RSAV und Bestimmungen des Bundesversicherungsamtes.
- (6) Die Datenstelle bietet den DMP teilnehmenden Ärzten ihre Unterstützung bei Fragen zum Erstellen von Dokumentationen an. Ferner informiert sie anfragende Ärzte zu den DMP-Prozessen Einschreibung, Arztwechsel, Neueinschreibung etc. Informationen zur DMP-Vergütung sind ausschließlich der KVH vorbehalten.

- (7) Anregungen und Beschwerden von an den DMP teilnehmenden Ärzten werden dokumentiert und an die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg übermittelt. Die Aufzeichnung wird von der Datenstelle und der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP wahrgenommen. Ärzte erhalten kurzfristig - möglichst innerhalb von 48 Stunden - eine Rückmeldung zu ihren Anregungen/Beschwerden.

Die Aufzeichnungen werden von der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg aufbewahrt und in den Quartalsgesprächen mit der Datenstelle erörtert.

- (8) Die Datenstelle dokumentiert ihre Qualitätssicherungsmaßnahmen und informiert die Krankenkassen/-verbände monatlich über Auffälligkeiten; liegen keine vor, gibt sie dazu eine kurze Information.
- (9) Um weitere Optimierungen des Datenmanagements zu erreichen, führen die Krankenkassen/-verbände und die KVH quartalsweise Qualitätssicherungsgespräche mit der Datenstelle.

§ 17

Sicherstellung der elektronischen Dokumentation (eDMP)

- (1) Die Datenstelle unterstützt Vertragsärzte bei Fragen zu eDMP. Hierzu gehören auch Hilfen bei Fragen zur Praxissoftware.
- (2) Die Datenstelle stellt ein Online-Erfassungsverfahren für die DMP-Dokumentationen bereit. Dabei werden insbesondere die Regelungen des Datenschutzes beachtet. Die Online-Dokumentation steht den Vertragsärzten kostenfrei zur Verfügung.
- (3) Im Übrigen sind die Regelungen zu eDMP in den Anhängen zur Aufgabenbeschreibung nach Anlage 1 zusammengefasst.

§ 18

Vertraulichkeit

Die Vertragsparteien verpflichten sich gegenseitig, über alle von ihnen in Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages erlangten Kenntnisse und Informationen auch über das Ende der Vertragslaufzeit hinaus Stillschweigen zu bewahren. Alle vom Auftraggeber zur Verfügung gestellten Auskünfte und erlangten Informationen jeglicher Art dürfen ausschließlich bei der Zusammenarbeit der Vertragsparteien zur Erfüllung dieses Vertrages verwendet werden. Die Vertragsparteien werden diese Verpflichtungen auch ihren Mitarbeitern auferlegen. Die Vertragsparteien werden alle in Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages erlangten Kenntnisse und Informationen nur für den vertraglichen Zweck nutzen, zu dem sie übermittelt worden sind und nicht ohne die vorherige schriftliche Zustimmung des jeweiligen anderen Vertragspartners Dritten zugänglich zu machen oder gegenüber Dritten verwenden. Das Zustimmungserfordernis gilt nicht für gesetzlich vorgesehene Auskünfte gegenüber Behörden.

Abschnitt V
Vergütung, Abrechnung und Pflichtverletzung

§ 19
Vergütung

(1) Der Auftragnehmer erhält für die von ihm nach diesem Vertrag geschuldeten Leistungen eine Vergütung wie folgt:

a) Im Falle der beleghaften Dokumentation:

- (aa) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der TE/EWE, incl. der Weiterleitung des Originals und jeder Verbesserung in Papierform EUR 0,86173,
- (ab) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Erstdokumentation EUR 2,16457,(ac) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Folgedokumentation EUR 2,16457.

b) Im Falle der beleglosen Dokumentation:

- (ba) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Erstdokumentation EUR 0,93353,
- (bb) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Folgedokumentation EUR 0,93353.

c) Im Fall der Arzt-Reminder:

- (ca) für jeden versendeten Reminder an die DMP-Ärzte:
3,24168 Euro.

Der Vergütungsanspruch versteht sich unter Einschluss sämtlicher Personal-, Sach-, Material-, Einrichtungs- und sonstigen Nebenkosten sowie der derzeit gültigen Mehrwertsteuer. Nicht im Pauschalpreis enthalten sind lediglich die anfallenden Portokosten für Nachforderungen. Die tatsächlichen Portokosten der Nachforderungen legt der Auftragnehmer im Verhältnis der betroffenen Versicherten auf die an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen um.

- (2) Die vorstehenden Vergütungsansprüche des Auftragnehmers entstehen – für die TE/EWE - mit Eingang der TE/EWE bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. nach vollständigem und fehlerfreiem Abschluss des Datenvorgang im Zusammenhang mit einer Erst- oder Folgedokumentation sowie der Versendung des Arzt-Reminders bei dem jeweiligen Auftraggeber bzw. der jeweiligen Krankenkasse. Die Fälligkeit des Anspruchs richtet sich nach unten genannten Absatz 5.
- (3) Die vorstehenden Vergütungsansprüche der Datenstelle entstehen mit der Erfüllung des Datenmanagements nach der Aufgabenbeschreibung.
- (4) Kann ein Datenvorgang innerhalb der Ausführungsfristen durch die Datenstelle nicht vertragsgerecht abgeschlossen werden, weil der koordinierende Vertragsarzt die Daten - obwohl die Datenstelle diese in dem von ihm geschuldeten Umfang nachgefordert hat - nicht vollständig bzw. plausibel übermittelt, steht der Datenstelle für diesen eingeleiteten Datenvorgang ebenfalls die vollständige Vergütung nach Absatz 1 zu.
- (5) Die Vergütungsansprüche bestehen jeweils nur gegen die Krankenkassen. Vergütungsansprüche nach diesem Vertrag können gegenüber der Arbeitsgemeinschaft DMP, den koordinierenden Ärzten, der Gemeinsamen Einrichtung und der KVH nicht geltend gemacht werden. Die Auftraggeber haften nur für ihre eigenen Kosten nach § 20. Eine gesamtschuldnerische Haftung der Auftraggeber besteht nicht.
- (6) Die Fehlerfreiheit der Leistungserbringung ist von der Datenstelle nachzuweisen.
- (7) Der Wegfall oder die Minderung des Vergütungsanspruchs steht einem Schadensersatzanspruch nicht entgegen. Auf den Vertragsstrafenanspruch nach § 24 sind sie nicht anzurechnen.

§ 20

Abrechnung

- (1) Die Datenstelle erstellt monatlich einmal eine Rechnung an den jeweiligen Auftraggeber über die für diesen im Vormonat erbrachten Leistungen. Für Krankenkassen mit geringem Datenaufkommen ist eine quartalsweise einmalige Rechnungslegung für erbrachte Leistungen aus dem Vorquartal möglich.
- (2) Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:

- Anzahl der weitergeleiteten Teilnahme-/Einwilligungserklärungen;
- Angabe über die Zahl vollständig und fehlerfrei abgeschlossener Datenvorgänge im Rechnungszeitraum, gegliedert nach der Art der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation);
- die Anzahl der Datenvorgänge im Rechnungszeitraum, die trotz im geschuldeten Umfang erfolgter Nachforderung durch den Auftragnehmer nicht vollständig und/oder fehlerfrei abgeschlossen werden konnten.

Auf Anfrage eines Auftraggebers sind auch das Datum von Eingang und Ausgang der in Rechnung gestellten Teilnahme-/Einwilligungserklärungen bei der Datenstelle anzugeben. Für die Rechnungsprüfung übermittelt die Datenstelle im Statusdatensatz/im Workflow-Datensatz die Rechnungsnummer.

Darüber hinaus ist den jeweiligen Rechnungen eine separate Liste beizufügen, in der unter Nennung der Arztnummer des jeweiligen kooperierenden Vertragsarztes und der Versichertennummern mitgeteilt wird, welche Datenvorgänge für Versicherte des jeweiligen Auftraggebers vollständig und fehlerfrei abgeschlossen wurden. Der jeweilige Auftraggeber kann den Umfang der an ihn zu übermittelnden Informationen erweitern.

§ 21

Fälligkeit der Zahlungen

Die nach Maßgabe von § 20 erstellten Rechnungen sind vom jeweiligen Auftraggeber innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang der Rechnung bei diesem zu begleichen. Die Datenstelle kann nach Ablauf von 12 Monaten nach Eingang der jeweiligen Rechnung beim jeweiligen Auftraggeber keine Nachforderungen für den abgerechneten Zeitraum mehr erheben.

§ 22

Pflichtverletzung, Haftung

- (1) Erbringt die Datenstelle fällige Leistungen nach diesem Vertrag bzw. nach Kapitel II der Verdingungsunterlagen (Anlage 9) nicht oder nicht wie geschuldet innerhalb der für die jeweilige Leistung vereinbarten Ausführungsfrist, kann der jeweilige Auftraggeber die Leistung selbst vornehmen und Ersatz der erforderlichen Aufwendungen, Minderung,

Schadensersatz oder gemäß § 284 BGB Ersatz vergeblicher Aufwendungen verlangen, nachdem er dem Auftragnehmer eine angemessene Frist von zur Erfüllung seiner Leistung aufgegeben hat. Dies gilt nicht, wenn der Auftragnehmer die Pflichtverletzungen nicht zu vertreten hat.

- (2) Darüber hinaus haftet die Datenstelle dem jeweiligen Auftraggeber für alle Schäden, die dem jeweiligen Auftraggeber durch eine Pflichtverletzung des Auftragnehmers entstehen, es sei denn, der Auftragnehmer hat die Pflichtverletzung nicht zu vertreten. Dies gilt insbesondere für Verletzungen der Pflichten der Datenstelle nach Abschnitt III dieses Vertrages. Die Datenstelle übernimmt die Haftung für Schäden des jeweiligen Auftraggebers und Dritter, die bei der unzulässigen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der Daten entstehen.

§ 23

Freistellung von Ansprüchen Dritter

- (1) Die Datenstelle hat jeden Auftraggeber von allen gesetzlichen Ansprüchen Dritter freizustellen, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag aus einer fehlerhaften Leistung oder sonstigem Vertragsverstoß des Auftragnehmers ergeben.
- (2) Die Datenstelle verpflichtet sich, zur Abdeckung von Risiken nach Absatz 1 ausreichende Versicherungen abzuschließen. Diese Versicherungen sind gegenüber jedem Auftraggeber nachzuweisen.

§ 24

Vertragsstrafe

- (1) Erbringt die Datenstelle schuldhaft die von ihr nach diesem Vertrag sowie insbesondere nach der Aufgabenbeschreibung geschuldeten Leistungen nicht oder nicht fehlerfrei innerhalb der für die jeweilige Leistung vereinbarten Ausführungsfrist, steht dem jeweils betroffenen Auftraggeber bei verspäteter Leistungserbringung für jeden Tag der Fristüberschreitung ein Vertragsstrafenanspruch in folgender Höhe zu:
- im Zusammenhang mit der Teilnahmeerklärung / Einwilligungserklärung:
1,00 EUR je Teilnahme-/Einwilligungserklärung;
 - im Zusammenhang mit der Erst- oder Folgedokumentation, soweit die Leistungen gegenüber dem jeweiligen Auftraggeber geschuldet sind:

2,00 EUR je Dokumentationsvorgang;

- im Zusammenhang mit der Erst- und Folgedokumentation, soweit die Leistungen gegenüber der Arbeitsgemeinschaft DMP geschuldet sind:

1,00 EUR je Dokumentationsvorgang.

(2) Der Vertragsstrafenanspruch ist der Höhe nach begrenzt auf 10 v. H. der Rechnungssumme, die der Datenstelle im Falle einer fehlerfreien Leistungserbringung gegenüber sämtlichen Auftraggebern in dem Zeitraum, für den eine Vertragsstrafe beansprucht wird, zustände.

Abschnitt IV

Sonstige Bestimmungen, Laufzeit

§ 25

Verdingungsunterlagen

Die Verdingungsunterlagen in der Fassung des Datenstellenvertrags vom 01.03.2006 in der Fassung des 7. Nachtrags vom 26.06.08 sind als Anlage 9 Bestandteil dieses Vertrags und gelten für die Laufzeit des Vertrags gemäß § 31 unverändert fort, soweit in diesem Vertrag keine ausdrücklichen abweichenden Regelungen vereinbart wurden.

§ 26

Erstreckung des Vertrages auf weitere DMP

Die Datenstelle verpflichtet sich, das Datenmanagement im Rahmen der Einführung weiterer DMP zu übernehmen. Die Vergütung des Auftragnehmers bestimmt sich in diesem Fall nach § 19.

§ 27

Rechte an Ergebnissen

Die Datenstelle räumt den Auftraggebern unentgeltlich und unwiderruflich das ausschließliche, dauerhafte und übertragbare Recht ein, sämtliche im Rahmen des Vertrags erbrachten Leistungsergebnisse auf alle Arten, soweit gesetzlich zugelassen, zu nutzen.

§ 28

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 29

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieses Vertrages offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieses Vertrages. Die Vertragsparteien sind in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.

§ 30

Gerichtsstand

Ausschließlicher Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus und im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Hamburg.

§ 31

Laufzeit, Kündigung

- (1) Der Datenstellenvertrag löst den bisherigen Datenstellenvertrag in der Fassung des Datenstellenvertrags vom 01.03.2006 in der Fassung des 7. Nachtrags und tritt mit Wirkung ab 01.07.2008 in Kraft.
- (2) Die Laufzeit dieses Vertrages ist unbefristet. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als ein wichtiger Grund gelten stets die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch die Datenstelle oder

die Kündigung der DMP-Verträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

- (3) Die Arbeitsgemeinschaft DMP und die Krankenkassen/-verbände können den Vertrag gemeinsam mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen, wenn die Erforderlichkeit der von der Datenstelle durchgeführten Tätigkeiten aufgrund von gesetzlichen oder sonstigen rechtlichen Änderungen der für DMP maßgeblichen Gesetze und Verordnungen entfällt.
- (4) Jeder Verband der Krankenkassen kann den Vertrag ganz oder teilweise mit Wirkung für eine DMP-Diagnose mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen, wenn eines der von ihm durchgeführten DMP, insbesondere wegen der nicht oder nicht mehr durch das BVA erteilten Akkreditierung, für ihn endet. Kündigt einer der Krankenkassen/-verbände für sich, berührt dies den Fortbestand des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragspartnern nicht.
- (5) Kündigt einer oder kündigen sämtliche Krankenkassen/-verbände diesen Vertrag aus außerordentlichem Grund, den die Datenstelle zu vertreten hat, hat die Datenstelle den kündigenden Verbänden der Krankenkassen den Schaden zu ersetzen, der ihnen jeweils infolge der Kündigung entsteht.

Hamburg, den 01.07.2008

INTER-FORUM Data Services GmbH

AOK Rheinland / Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

BKK-Landesverband NORD
- zugleich für die Krankenkasse für den
Gartenbau
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

Knappschaft
Fachbereich Seekrankenversicherung
Hamburg
- zugleich als Mitglied der
Arbeitsgemeinschaft - zugleich als Mitglied
der Gemeinsamen Einrichtung -

IKK Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
- zugleich als Mitglied der Gemeinsamen
Einrichtung -

Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
- zugleich als Mitglied der Gemeinsamen
Einrichtung -
Der Leiter der Landesvertretung Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
- zugleich als Mitglied der Gemeinsamen
Einrichtung -

Anlage 1

Disease-Management-Programme in Hamburg

Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Verarbeitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE)	6
2.1	Entgegennahme der TE/EWE	6
2.2	Scannen der TE/EWE	6
2.3	Weiterleitung der TE/EWE	6
2.4	Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren	7
2.4.1	Erfassung der TE/EWE	7
2.4.2	Prüfung der TE/EWE auf Vollständigkeit	7
2.4.3	Anforderung unvollständiger TE/EWE	7
2.4.4	Weiterleitung der TE/EWE	7
3	Leistungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation (ED und FD)	7
3.1	Annahme der Dokumentationen	8
3.1.1	Annahme belegloser Dokumentationen	8
3.1.2	Annahme beleghafter Dokumentationen	9
3.2	Archivierung der ED/FD	10
3.2.1	Archivierung bei belegloser Dokumentation	11
3.2.2	Archivierung bei beleghafter Dokumentation	11
3.3	Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von DMP- Dokumentationen	12
3.4	Prüfung der ED/FD auf Einhaltung der Frist	13
3.5	Zwischenspeicherung der ED/FD	14
3.6	Pseudonymisierung der Datensätze	15
3.7	Prüfung der ED/FD auf Vollständigkeit und Plausibilität	15
3.8	Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible DMP-Dokumentationen	16
3.8.1	Korrekturverfahren für beleglose DMP-Dokumentationen	16
3.8.2	Korrekturverfahren für beleghafte Dokumentationen	18
3.9	Bestätigungen für elektronisch erstellte Dokumentationen	19
3.9.1	Erstellung der Übersicht "Bestätigung Datenübermittlung eDMP" und des Bestätigungsschreibens	19
3.9.2	Prüfung der eingehenden Bestätigungsschreiben	19
3.9.3	Korrekturverfahren für Bestätigungsschreiben	20
3.9.4	Erinnerungsverfahren	19
3.10	Weiterleitung der ED/FD	20
4	Rückmeldeverfahren	21

4.1	Zweckgebundenheit des Arzt-Versicherten-Paares	21
4.2	Generierung des Arzt-Versicherten-Paares	20
4.3	Definition und Speicherung des Arzt-Versicherten-Paares	22
4.4	Meldungen der Krankenkassen	23
4.4.1	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Krankenversichertennummer	22
4.4.2	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen- Institutionskennzeichens	23
4.4.3	Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen- Institutionskennzeichens und Wechsel der Versichertennummer	25
4.4.4	Meldung der Krankenkasse bei Beendigung, Stornierung oder Reaktivierung von DMP-Einschreibungen	26
4.4.5	Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle	25
5	Weiterleitung der Daten	27
5.1	Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse	27
5.2	Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH	27
5.2.1	Erstellen des Arzt-Reminders	28
5.2.2	Datenweitergabe an den externen Evaluator	28
5.3	Testdatenlieferungen	29
5.4	Besonderheiten BKK'n	29
5.5	Besonderheiten IKK'n	30
6	Leistungen bei Prüfungen gem. § 15a RSAV	31
6.1	Anforderung der zur Durchführung der Prüfung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen	31
6.2	Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen	31
6.3	Definition der vorzulegenden Unterlagen	31
6.4	Sortierfolge der Unterlagen	33
6.5	Versand der vorzulegenden Unterlagen	33
6.6	Verschlüsselung von Daten	33
6.7	Lieferschein	33
6.8	Nachforderung von Prüfunterlagen	34
6.9	Dokumentation und/oder Image sind nicht auffindbar	34
7	Informationen an die Auftraggeber	34
7.1	Online-Recherche	35
7.2	Statusdatensatz	35
7.3	Verbandsstatistik	35
7.4	Information an den koordinierenden Arzt	36

7.5	Abrechnungsstatistiken	36
7.5.1	Vergütungsdatei für die Kassenärztliche Vereinigung	36
7.5.2	Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen	37

Hinweis

Die in dieser Leistungsbeschreibung genannten Anhänge bezeichnen die Anhänge zur Aufgabenbeschreibung.

1 Einleitung

Der koordinierende Arzt erstellt für die Einschreibung von Versicherten eine TE/EWE sowie eine Erstdokumentation. Im weiteren Verlauf der DMP-Teilnahme erstellt er ausschließlich Folgedokumentationen. Diese leitet er an die Datenstelle weiter. Dabei werden die Erst- und Folgedokumentationen vom 01.07.2008 an mit Ausnahme des DMP Brustkrebs ausschließlich elektronisch erstellt und übermittelt.

Die TE/EWE nimmt die Datenstelle an und leitet diese unmittelbar an die jeweiligen Krankenkassen weiter. Die Dokumentationsdaten aus den von den koordinierenden Ärzten übermittelten Erst- und Folgedokumentationen werden von der Datenstelle erfasst, sowie hinsichtlich ihrer fristgerechten Übermittlung, ihrer Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Entsprechend der detaillierten Beschreibung in den folgenden Gliederungspunkten fordert die Datenstelle notwendige Ergänzungen bzw. Berichtigungen der Dokumentationsdaten beim koordinierenden Arzt an. Bei elektronisch übermittelten Erstdokumentationen fordert sie die schriftliche Bestätigung des Arztes an.

Über die Erfassung, Prüfung und Weiterleitung von Dokumenten hinaus stellt die Datenstelle den Auftraggebern sowie den koordinierenden Ärzten Statistiken, Auswertungen und ein geschütztes Online-Rechercheverfahren bereit, welches Aufschluss über den Stand der Datenverarbeitung gibt. Bei Fragen zur Erfassung und Korrektur von Dokumentationen, werden die Ärzte durch eine telefonische Hotline unterstützt.

Soweit die Datenstelle arztbezogene Prozesse umsetzt, kommuniziert sie mit der Betriebsstätte und nicht mit Einzelärzten innerhalb einer Betriebsstätte. Dies gilt auch dann, wenn im Folgenden von einzelnen Ärzten gesprochen wird.

2 Verarbeitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE)

Der koordinierende Arzt sendet die vom Arzt und Versicherten (oder dessen gesetzlichen Vertreter) unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung im Original (in Papierform) an die Datenstelle.

Zusätzlich zu den indikationsspezifischen Formularen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung werden ab dem 01.10.2009 auch die diagnoseübergreifenden Formulare zugelassen.

2.1 Entgegennahme der TE/EWE

Die Datenstelle nimmt die TE/EWE an und versieht sie auf der Vorderseite mit einem Eingangsstempel. Dabei ist ein Stempel zu verwenden, der das Institutionskennzeichen der Datenstelle beinhaltet. Änderungen bzw. Ergänzungen der TE/EWE werden von der Datenstelle nicht vorgenommen.

2.2 Scannen der TE/EWE

Alle bei der Datenstelle eingehenden TE/EWE werden eingescannt. Die Images werden den Krankenkassen auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Nur soweit einzelne Krankenkassen die Datenstelle mit der Erbringung der unter Punkt 2.4 beschriebenen Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren beauftragt haben, sind die Images auch versichertenbezogen zur Verfügung zu stellen.

2.3 Weiterleitung der TE/EWE

Die Datenstelle sortiert innerhalb eines Arbeitstages die nach Punkt 2.1 angenommenen TE/EWE nach den an den DMP teilnehmenden Krankenkassen je DMP und leitet diese zweimal wöchentlich auf gesichertem Transportweg im Original an das DMP-Datenzentrum bzw. die jeweilige Krankenkasse weiter.

2.4 Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren

2.4.1 Erfassung der TE/EWE

Die TE/EWE werden vor dem Scannen (vgl. Pkt. 2.2) auf der Vorderseite eindeutig gekennzeichnet. Alle bei der Datenstelle eingegangenen und eingescannten TE/EWE werden elektronisch als Datensätze erfasst. Sofern es sich um einen Korrekturbogen der TE/EWE handelt, werden lediglich die fehlerhaften Felder neu erfasst.

2.4.2 Prüfung der TE/EWE auf Vollständigkeit

Die erfassten TE/EWE werden auf Vollständigkeit geprüft.

2.4.3 Anforderung unvollständiger TE/EWE

Die unvollständigen oder fehlenden Angaben auf Teilnahme- und Einwilligungserklärungen werden bei den koordinierenden Ärzten angefordert. Eingehende Korrekturen werden ebenfalls nach Punkt 2.2 gescannt.

2.4.4 Weiterleitung der TE/EWE

Der elektronische Datensatz der TE/EWE wird an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse weitergeleitet. Zusätzlich zu den nach Punkt 2.3 weitergeleiteten TE/EWE werden auch die bei der Datenstelle eingehenden Korrekturdaten der TE/EWE im Original an das DMP-Datenzentrum bzw. die jeweiligen Krankenkassen übermittelt.

3 Leistungen im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation (ED und FD)

Die DMP-Dokumentationen (ED und FD) werden in belegloser (eDMP) oder in beleghafter Form bei der Datenstelle eingereicht. Dokumentationen, die vom koordinierenden Arzt vom 01.07.2008 an erstellt werden, sollen ausschließlich per eDMP übermittelt werden. Lediglich

für das DMP Brustkrebs dürfen koordinierende Ärzte längstens bis zum 30.06.2009 beleghafte Dokumentationen erstellen.

Beim eDMP erfasst der koordinierende Arzt die DMP-Dokumentationen in seiner Praxis (Ort der Leistungserbringung). Die erfassten DMP-Dokumentationen werden in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst, verschlüsselt und an die Datenstelle übermittelt. Die Übermittlungsdatei wird auf Datenträgern (z.B. CD-ROM, Diskette) oder elektronisch (KV-Portal, DMP-Online) an die Datenstelle übersandt. Die von der Arztpraxis als Datensatz an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen müssen der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmten Schnittstellenbeschreibung in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Die Datenstelle wird über neue oder angepasste Schnittstellenbeschreibungen von den Auftraggebern rechtzeitig informiert.

Beim beleghaften Verfahren füllt der koordinierende Arzt die DMP-Dokumentation aus, unterschreibt sie und sendet sie anschließend im Original an die Datenstelle. Für DMP-Dokumentationen, die nach dem 01.04.2007 erstellt werden, ist die Unterschrift des Arztes nur noch auf der Erstdokumentation erforderlich.

3.1 Annahme der Dokumentationen

3.1.1 Annahme belegloser Dokumentationen

Die Datenstelle gewährleistet die unveränderte Übernahme der von den DMP-Ärzten auf Datenträgern oder elektronisch übermittelten Dokumentationsdaten in ihr EDV-System. Dabei dokumentiert sie elektronisch den Eingang der einzelnen Dokumentationen.

Sofern DMP-Dokumentationen auf Datenträgern übermittelt werden, stellt die Datenstelle sicher, dass die Versandumschläge solange zusammen mit dem Datenträger aufgehoben werden, bis eine Identifikation des absendenden Arztes vorgenommen werden konnte.

Sind die von einem koordinierenden Arzt übermittelten Daten unverschlüsselt und/oder mehrfach komprimiert worden, hat die Datenstelle diese Daten wie ordnungsgemäß übermittelte Daten zu behandeln. Die Datenstelle klärt die Ursachen der Nichtverschlüsselung bzw. der Mehrfachkomprimierung telefonisch mit dem koordinierenden Arzt.

Sofern das Handling in der Arztpraxis nicht ursächlich für die Nichtverschlüsselung bzw. die Mehrfachkomprimierung oder andere Auffälligkeiten im Bezug auf die Arztsoftware ist, infor-

miert die Datenstelle die Hersteller der Arztpraxissoftware, die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP sowie die KVH über die bestehende Problematik.

Sofern eine übermittelte Dokumentation nicht verarbeitet werden kann, jedoch zu ermitteln ist, welche DMP-Dokumentation betroffen ist, wird der Arzt telefonisch gebeten, diese DMP-Dokumentation erneut an die Datenstelle zu übermitteln.

Für nicht einlesbare Datenträger werden alle verfügbaren Möglichkeiten der Identifikation des betroffenen Arztes, wie ggf. vorhandenes Label, Anschreiben des Arztes, Briefumschlag etc. ausgenutzt. Sofern der betroffene Arzt zu ermitteln ist, wird er von der Datenstelle telefonisch darüber informiert, dass der Datenträger nicht lesbar ist, und gleichzeitig aufgefordert, die betroffenen Datensätze erneut zu übermitteln. Dabei sind dem Arzt insbesondere die Vorteile der elektronischen Dokumentationsübermittlung (KV-Portal, DMPonline) vorzustellen. Sollte eine Identifikation des betroffenen Arztes nicht möglich sein, wird der Datenträger vernichtet; über die Zahl der betroffenen Datenträger wird die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP sowie die KVH monatlich informiert.

3.1.2 Annahme beleghafter Dokumentationen

Die Datenstelle nimmt die eingehenden DMP-Dokumentationen an, versieht sie auf der Vorderseite mit einem Eingangsstempel, der das Institutionskennzeichen der Datenstelle beinhaltet, kennzeichnet die DMP-Dokumentationen eindeutig mit einem Barcode und erfasst die Daten. Eine Änderung oder Ergänzung der Originalbelege ist nicht zulässig. Zusätzlich werden alle eingehenden Belege eingescannt. Anschließend werden die Belege und Images archiviert (vgl. Pkt. 3.2).

Soweit nach dem 01.07.2008 erstellte Dokumentationsbögen beleghaft bei der Datenstelle eingehen, sind diese abzuweisen. Der Arzt ist schriftlich aufzufordern die Dokumentationen erneut elektronisch zu übermitteln. Ferner sind die betroffenen Ärzte der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP sowie der KVH zu melden.

Abweichend hiervon, sind beleghafte DMP-Dokumentationen für das DMP-Brustkrebs zu verarbeiten, wenn diese Dokumentationen bis zum 30.06.2009 vom Arzt erstellt worden sind.

3.2 Archivierung der ED/FD

Alle bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationsdaten werden archiviert. Für die Archivierung gilt, dass

- alle eingehenden Belege (Dokumentationen, Korrekturen von Dokumentationen, eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben etc.) sowohl physisch, als auch als Image zu archivieren sind. Die Datenstelle hat sicherzustellen, dass jederzeit eine Verbindung in beide Richtungen zwischen Originalbeleg und Image hergestellt werden kann.
- für die Vertragsregion Hamburg ein von den übrigen Vertragsregionen getrenntes Archiv angelegt wird,
- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze haben;
- die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten zu beachten sind,
- die eingegangenen beleghaften und beleglosen DMP-Dokumentationen, alle eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen/-ergänzungen sowie alle dazugehörigen eDMP-Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben und von der Datenstelle erzeugten Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben (in Dateiform) physisch beginnend mit dem auf das Ende der DMP-Teilnahme eines Versicherten folgenden Kalenderjahr, zu archivieren sind. Die zum Zwecke der Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten werden gemäß der in § 28f RSAV (in der jeweils gültigen Fassung) für die Aufbewahrung der Daten genannten Fristen aufbewahrt und nach Ablauf dieser Fristen gelöscht. Der Auftraggeber informiert den Auftragnehmer binnen zwei Wochen nach Veröffentlichung über die neue gesetzliche Grundlage (Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)..
- die DMP-Dokumentationen bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und innerhalb von 4 Wochen für Prüfzwecke durch die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können. Die Datenstelle gewährleistet, dass die jeweilige Aufsichtsbehörde die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Aufsichtsbehörde eine Prüfung der archivierten DMP-Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, gewährleistet die Datenstelle, dass

- ausschließlich die mit der Prüfung beauftragten Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde die entsprechenden Unterlagen erhalten. Diese Mitarbeiter werden der Datenstelle rechtzeitig vom Auftraggeber bzw. der Prüfbehörde benannt;
- die eingesetzten Archivierungstechnologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit/Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen;
- nach Ablauf der in der jeweils gültigen Fassung der RSAV genannten Aufbewahrungsfristen, beginnend mit dem, auf das Ende der DMP-Teilnahme eines Versicherten folgenden Kalenderjahr, die archivierten DMP-Dokumentationen zu vernichten bzw. die Datensätze und Images zu löschen sind,;
- die Datenstelle ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, welches sie mit den Auftraggebern abstimmt.

3.2.1 Archivierung bei belegloser Dokumentation

Beim beleglosen Dokumentationsverfahren werden die in elektronischer Form eingegangenen DMP-Dokumentationen in elektronischer Form gespeichert. Für die Archivierung der elektronischen Daten gilt, dass:

- die Datensätze gemäß den Standards der elektronischen Datenarchivierung im Sozialversicherungssektor auf einem dazu geeigneten und gesetzlich erlaubten Medium zu speichern sind;
- die Datensätze mit einem Read-Only-Schutz zu speichern sind;
- die Datenträger (z. B. Diskette oder CD-ROM) nicht archiviert, sondern zeitnah vernichtet werden müssen.

3.2.2 Archivierung bei beleghafter Dokumentation

Die Papierbelege werden direkt nach dem Scannen im Archiv eingelagert und können über die eindeutige Kennzeichnung jederzeit gefunden werden.

3.3 Prüfung der Berechtigung des Arztes zur Erstellung von DMP-Dokumentationen

Die Datenstelle führt die von der KVH übermittelten Informationen zur Berechtigung der Ärzte zur Erstellung von DMP-Dokumentationen in einer historisierten Arztliste zusammen. Dabei dokumentiert sie insbesondere bekannt gewordene Arztnummernwechsel im zeitlichen Kontext für die bis zum 30.06.2008 gültige Arztnummernsystematik. Für die vom 01.07.2008 an geltenden Arzt- und Betriebsstättennummern nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz historisiert die Datenstelle die Zuordnung zwischen koordinierendem Arzt- und Betriebsstättennummer und der Berechtigung DMP-Dokumentationen zu erstellen. Zusätzlich stellt die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP der Datenstelle Listen der am DMP-Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäuser zur Verfügung.

Bei Dokumentationen, die ab dem 01.07.2008 erstellt werden, ist zu prüfen, ob der Arzt am betreffenden DMP teilnimmt und in der angegebenen Betriebsstätte zur Erbringung von DMP-Leistungen zugelassen ist. Sofern die Kombination aus Lebenslanger Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) nicht in der aktuellen Arztliste enthalten oder sie laut aktueller Arztliste nicht mehr gültig ist, wird die KVH per Mail informiert.

Die Datenstelle prüft zudem bei jeder eingehenden DMP-Dokumentation, ob das Kennzeichen „Dokumentation in Vertretung“ auf der DMP-Dokumentation vorhanden ist. Soweit es sich um Folgedokumentationen handelt, ist in diesen Fällen keine Prüfung auf die Berechtigung des Arztes zur Erstellung von DMP-Dokumentationen durchzuführen. In allen übrigen Fällen prüft die Datenstelle, ob der koordinierende Arzt berechtigt ist, DMP-Dokumentationen zu erstellen. Dies ist der Fall, wenn der Arzt (lebenslange Arztnummer) für die jeweilige Praxis und die Betriebsstättennummer als berechtigt in den Arztlisten der KVH geführt wird (Kombination muss auf der Arztliste vorhanden sein). Wird erst nach Erstellung der Dokumentation, jedoch noch innerhalb der geltenden Übermittlungsfrist die Teilnahme des Arztes am DMP erklärt, ist die Dokumentation als gültig zu bewerten. Bei negativem Prüfergebnis wird hierüber die KVH und die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP informiert. Sofern die KVH die Berechtigung zur Dokumentationserstellung bis zum Ende der Übermittlungsfrist (vgl. Pkt. 3.4) bestätigt, wird die Dokumentation weiterverarbeitet. Sofern dies nicht der Fall ist, wird der Dokumentationsdatensatz storniert und der Arzt, falls bekannt, informiert. Handelt es sich um beleglose Dokumentationen, wird kein Bestätigungsschreiben (vgl. Pkt. 3.9) an den betreffenden Arzt gesendet.

Bei fehlender LANR und bekannter BSNR werden die fehlenden Daten im Rahmen des Korrekturverfahrens bei der Betriebsstätte angefordert. Bei fehlender BSNR und bekannter

LANR werden die fehlenden Daten im Rahmen des Korrekturverfahrens beim betreffenden Arzt angefordert. In beiden Fällen erfolgt keine Information an die KVH.

3.4 Prüfung der ED/FD auf Einhaltung der Frist

Jede in der Datenstelle eingegangene DMP-Dokumentation wird auf Einhaltung der Übermittlungsfrist geprüft. Die Übermittlungsfrist beginnt mit der Erstellung einer Erst- oder Folgedokumentation durch den koordinierenden Arzt. Im Falle der Erstdokumentation endet die Übermittlungsfrist 52 Tage nach Ablauf des auf die Erstellung folgenden Quartals. Für Folgedokumentationen endet die Übermittlungsfrist 52 Tage nach Ablauf des Quartals der Dokumentationserstellung. Fällt das Ende der Frist auf einen Sonn- oder Feiertag, endet die Frist mit dem folgenden Werktag. Maßgeblich für diese Prüfung ist das Posteingangsdatum der Datenstelle. Soweit DMP-Dokumentationen vom Arzt irrtümlich einer falschen Datenstelle zugesandt worden sind, ist es ausreichend, dass die DMP-Dokumentationen innerhalb der Übermittlungsfrist bei der unzuständigen Datenstelle eingehen.

Dokumentationen müssen innerhalb der Übermittlungsfrist vollständig und plausibel der Datenstelle vorliegen. Soweit Erstdokumentationen elektronisch erstellt werden, muss bis zum Ablauf der Übermittlungsfrist auch das vom Arzt unterschriebene Bestätigungsschreiben in der Datenstelle vorliegen.

Die Datenstelle prüft auch die Einhaltung der Dokumentationsintervalle zwischen den Dokumentationen. Dabei gelten zu früh übermittelte Dokumentationen als gültig. Der Reminder setzt dann auf die letzte gültige Dokumentation auf.

Beispiel 1:

Eine Erstdokumentation mit Erstellungsdatum 15.02.2008 muss bis zum 21. August 2008 vollständig und plausibel vorliegen.

Beispiel 2:

Eine Folgedokumentation mit Erstellungsdatum 15.02.2008 muss bis zum 23. Mai 2008 (hier: Fristverlängerung wegen Feiertag) vollständig und plausibel vorliegen.

Liegt das Posteingangsdatum außerhalb der Übermittlungsfrist, wird die Dokumentation als „verfristet“ gekennzeichnet. Ist eine Dokumentation unvollständig und/oder unplausibel führt die Datenstelle das Korrekturverfahren bis zum Ende der Übermittlungsfrist durch. Nach Ablauf der Übermittlungsfrist werden Dokumentationen mit unvollständigem und/oder unplausiblen Datensatz ebenfalls als „verfristet“ gekennzeichnet.

Für jede verfristete Dokumentation werden folgende Schritte von der Datenstelle durchgeführt:

- der jeweilige Arzt wird über die Verfristung der Dokumentation informiert (vgl. Pkt. 7.4),
- die jeweilige Krankenkasse wird durch den Statusdatensatz über die Verfristung der Dokumentation informiert (vgl. Pkt. 7.2).

Verfristete Dokumentationen werden nicht an die jeweilige Krankenkasse, die KVH und den jeweiligen Evaluator weitergeleitet.

3.5 Zwischenspeicherung der ED/FD

Die erfassten Daten werden nach der Erfassung bei der Datenstelle in folgenden Zwischenspeichern gespeichert:

- Zwischenspeicher 1

Alle erfassten Datensätze werden in einer Datenbank unverändert (d. h. nicht pseudonymisiert, mit Arzt- und Versichertenbezug) gespeichert.

- Zwischenspeicher 2

Die für die Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung bestimmten Datensätze mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug (vgl. Pkt. 3.6) werden auf einem von dem Zwischenspeicher 1 getrennten Medium gespeichert. Hierbei ist von der Datenstelle eine EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff von Zwischenspeicher 2 auf Zwischenspeicher 1 erlaubt.

Es ist zu beachten, dass sich die zwischengespeicherten Datensätze stets auf einem im Sinne des Datenschutzes sicheren Medium befinden. Auf schriftliche Mitteilung der jeweiligen Datenempfänger können die Daten auf dem Zwischenspeicher 2 mit einem Löschkennzeichen versehen oder gelöscht werden.

3.6 Pseudonymisierung der Datensätze

Bei der Übernahme der Daten in den Zwischenspeicher 2 ist der Versichertenbezug zu pseudonymisieren. Alle Versichertenstammdaten mit Ausnahme des Geburtsjahres (also Vorname, Nachname, Geburtstag und Geburtsmonat) werden gelöscht. Die Datenstelle stellt in diesem Zusammenhang sicher, dass die Zuordnung Versichertennummer zum Pseudonym eindeutig ist und ein Pseudonym nicht unterschiedlichen Versicherten zugeordnet wird. Zur Pseudonymisierung ist das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entwickelte Pseudonymisierungsverfahren anzuwenden. Dieses sieht insbesondere vor, dass

- die Versichertennummer bis zu 12 Stellen umfassen kann,
- das zu erzeugende Pseudonym genau 21 Stellen umfasst und sich aus dem 9-stelligen unverschlüsselten Institutionskennzeichen der Krankenkasse und einem 12-stelligen Chiffre (pseudonymisierte Versichertennummer) zusammensetzt,
- das Pseudonym ausschließlich Ziffern enthalten darf und
- die Pseudonymisierung der Versichertennummer mittels Zufallszahl erfolgt.

Die Datenstelle stellt durch geeignete Zuordnungstabellen sicher, dass eine Versichertennummer ausschließlich einmal pseudonymisiert und einem Versicherten genau ein Pseudonym zugeordnet wird. Bei Änderungen in der Kassen- oder Krankenversichertennummer ohne Wechsel der Krankenkasse, bleibt das ursprünglich vergebene Pseudonym für den Versicherten erhalten. Hierzu stellen die Krankenkassen eine historisierte Patientenhistorie, welche eine entsprechende Zuordnung auch bei Krankenversichertenkarten-Nummerwechsel ermöglicht, zur Verfügung.

Weiterhin ist zu gewährleisten, dass eine Wiederherstellung des Versichertenbezuges im Rahmen des § 28f Abs. 2 der RSAV auf Anfrage eines Mitglieds der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V möglich ist. Dabei ist der Versichertenbezug auf Basis der gespeicherten Daten wiederherzustellen. Die Daten sind dem betroffenen Mitglied der Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung zu stellen.

3.7 Prüfung der ED/FD auf Vollständigkeit und Plausibilität

Alle erfassten Erst- und Folgedokumentationen werden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die Prüfung erfolgt auf Basis der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erstellten Plausibilitätsrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung. Die jeweils geltenden Richt-

linien werden der Datenstelle von den Auftraggebern (Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP) rechtzeitig zur Verfügung gestellt.

3.8 Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible DMP-Dokumentationen

Für fristgerecht eingereichte unvollständige und/oder unplausible DMP-Dokumentationen fordert die Datenstelle die entsprechenden Daten beim dokumentierenden Arzt an (Korrekturverfahren). Soweit es sich hierbei um einen Vertretungsarzt handelt (nur bei Folgedokumentationen), werden die Daten beim Vertretungsarzt angefordert.

Soweit der Arzt Nachfragen hat, leistet die Datenstelle Unterstützung bei der Fehlerkorrektur. Die Datenstelle stellt sicher, dass eine persönlich besetzte Hotline in der Zeit von Montag bis Freitag in der Zeit von 8:00 bis 18:00 Uhr erreichbar ist. Daneben stehen den koordinierenden Ärzten die Kontaktwege (Fax und E-Mail) zur Verfügung.

3.8.1 Korrekturverfahren für beleglose DMP-Dokumentationen

Da ein Korrekturverfahren bei der beleglosen Datenübermittlung nicht vorhanden ist, sind unvollständige und unplausible Dokumentationen in das beleghafte Korrekturverfahren zu überführen.

Hierzu druckt die Datenstelle alle bis zum 30.06.2008 elektronisch erstellten unplausiblen oder unvollständigen Dokumentationen (für das DMP-Brustkrebs bis 30.06.2009) bis zum Ablauf der Übermittlungsfrist in einem Dokumentationsbogen aus und führt für diese Belege das beleghafte Korrekturverfahren (vgl. Pkt. 3.8.2) durch.

Für die vom 01.07.2008 an elektronisch erstellten Dokumentationen (beim DMP-Brustkrebs vom 01.07.2009 an) werden die Dokumentationsparameter ausgedruckt und den Ärzten mit Korrekturhinweisen zur Verfügung gestellt. Auch für diese Dokumentationen ist das beleghafte Korrekturverfahren durchzuführen (vgl. Pkt. 3.8.2). Der Korrekturbogen hat eine dem Bestätigungsschreiben gleichlautende Formulierung zu enthalten, mit der der Arzt neben der durchgeführten Korrektur zugleich die Erstellung der ursprünglichen elektronischen Dokumentation bestätigt. Daher ist ein Versandlistenverfahren bei Rücksendung der vom Arzt unterschriebenen Korrekturen nicht mehr durchzuführen.

Soweit für den Versicherten vom koordinierenden Arzt eine plausible Dokumentation (ggf. auch mit einem anderen Erstellungsdatum innerhalb desselben Quartals) eingeht, ist das Korrekturverfahren für die unvollständige/ unplausible Dokumentation zu beenden.

Übermittelt der koordinierende Arzt eine elektronische Dokumentation unter Angabe des Korrekturkennzeichens, wird die Korrektur der Originaldokumentation zugeordnet und die Dokumentationsparameter der Originaldokumentation entsprechend aktualisiert.

Beispiel 1:

15.07.2008 ED_{plausibel} 01.08.2008: ED_{Korrektur(plausibel)}

Bei Eingang der Erstdokumentation wird eine Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ sowie ein Bestätigungsschreiben an den Arzt gesandt. Bei Eingang eines Korrekturdatensatzes, der ebenfalls plausibel und fristgerecht ist, ist ein erneutes Versandlistenverfahren durchzuführen. Auf der Basis der Daten der Korrektur sind die Daten der Erstdokumentation – mit Ausnahme des Erstellungsdatums – zu aktualisieren. Geht das unterschriebene Bestätigungsschreiben nicht fristgerecht bei der Datenstelle ein, ist die erste Erstdokumentation für die Bildung der Fallverläufe (vgl. Pkt. 4.2) zu reaktivieren und die Korrektur zu stornieren.

Beispiel 2:

15.07.2008 ED_{unplausibel} 01.08.2008: ED_{Korrektur(plausibel)}

Bei Eingang der unplausiblen Erstdokumentation wird keine Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und kein Bestätigungsschreiben an den Arzt gesandt. Auf der Basis der Daten der Korrektur sind die Daten der Erstdokumentation – mit Ausnahme des Erstellungsdatums – zu aktualisieren und insbesondere das Korrekturdatum zu übernehmen. Anschließend ist das Versandlistenverfahren für die aktualisierte Dokumentation durchzuführen.

Beispiel 3:

15.07.2008 ED_{plausibel} 01.08.2008: ED_{plausibel} (kein Korrekturkennzeichen)

Bei Eingang jeder plausiblen und fristgerechten Erstdokumentation ist dem Arzt eine Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und ein Bestätigungsschreiben zuzusenden.

Beispiel 4:

15.07.2008 ED_{unplausibel} 01.08.2008: ED_{plausibel} (kein Korrekturkennzeichen)

Bei Eingang der unplausiblen Erstdokumentation ist zunächst das Korrekturverfahren einzuleiten. Übermittelt der Arzt anstelle einer Korrektur eine neue Erstdokumentation ist der Korrekturprozess für die unplausible Erstdokumentation abzubrechen und aufgrund der plausiblen Erstdokumentation dem Arzt eine Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und ein Bestätigungsschreiben zuzusenden.

3.8.2 Korrekturverfahren für beleghafte Dokumentationen

Zur Anforderung von Korrekturen sind die Daten der letzten vorliegenden DMP-Dokumentation in einen neuen Vordruck zu übernehmen. Dieser Dokumentationsbogen ist vor dem Versand mit einem Barcode eindeutig zu kennzeichnen und gleichzeitig sicherzustellen, dass eine maschinelle Zuordnung zwischen Original- und Korrekturbeleg jederzeit in beide Richtungen möglich ist. Zusammen mit ergänzenden Korrekturhinweisen ist der Dokumentationsbogen an den koordinierenden Arzt zu senden. Dabei ist dieser aufzufordern, die Fehler auf dem Korrekturbogen zu berichtigen, seine Änderungen mit Datum und Unterschrift zu versehen und an die Datenstelle zurückzusenden. Bei Nachfragen des Arztes leistet die Datenstelle telefonische Unterstützung bei der Fehlerkorrektur. Monatlich werden die Ärzte von der Datenstelle schriftlich an noch ausstehende Korrekturanforderungen erinnert.

Bei Eingang der Korrektur wird geprüft, ob der Bogen mit Korrekturdatum und Unterschrift des Arztes bestätigt worden ist. Dabei ist zu beachten, dass nur bei ED, die Unterschrift des Arztes erforderlich ist. Ist ein Korrekturdatum nicht vorhanden (ED und FD), ist ersatzweise das Posteingangsdatum bei der Datenstelle als Korrekturdatum in die Datenbank zu übernehmen.

Die Verarbeitung der eingegangenen Korrekturbögen erfolgt analog der Verarbeitung von Originaldokumenten, d. h. nach Eingang des Korrekturbogens in der Datenstelle werden die Prozesse (Annahme, Erfassung, Prüfung auf Plausibilität, Scannen, Archivierung) durchgeführt.

Für beim Eingang weiterhin unvollständige und/oder unplausible DMP-Dokumentationen, wird das Korrekturverfahren bis zum Ablauf der Übermittlungsfrist mit der Besonderheit erneut durchgeführt, dass diese innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang des Korrekturbelegs zu versenden sind.

Soweit für den Versicherten vom koordinierenden Arzt eine plausible Dokumentation (ggf. auch mit einem anderen Erstellungsdatum innerhalb desselben Quartals) eingeht, ist das Korrekturverfahren für die unvollständige/ unplausible Dokumentation zu beenden.

Sollte nach Ende der Übermittlungsfrist weiterhin keine vollständige und plausible DMP-Dokumentation bei der Datenstelle vorliegen, wird die Nachforderung abgebrochen und die DMP-Dokumentation durch die Datenstelle als „verfristet“ gekennzeichnet.

3.9 Bestätigungen für elektronisch erstellte Dokumentationen

3.9.1 Erstellung der Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und des Bestätigungsschreibens

Die Datenstelle erzeugt innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang für alle plausibel und fristgerecht elektronisch übermittelten Erstdokumentationen je koordinierendem Arzt eine Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und ein Bestätigungsschreiben . Hierzu werden auch alle noch nicht verfristeten Erstdokumentationen, für die vom koordinierenden Arzt das unterschriebene Bestätigungsschreiben noch nicht vorliegt, berücksichtigt. Die Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und das Bestätigungsschreiben werden mit einem Barcode versehen, der eine automatisierte Zuordnung zu den Dokumentationsdatensätzen ermöglicht. Eine elektronische Zweitfassung der Bestätigungsübersicht wird in der Datenstelle so archiviert, dass diese im Falle der Prüfung nach § 15a RSAV vorgelegt werden kann. Die Datenstelle übermittelt die Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ zusammen mit dem Bestätigungsschreiben nach Erhalt der Dokumentationsdaten an den jeweiligen koordinierenden Arzt mit der Bitte, um Prüfung, Unterzeichnung und unmittelbarer Rücksendung des Bestätigungsschreibens an die Datenstelle.

Für vollständige, plausible und fristgerechte eDMP-Erstdokumentationen, für die das vom Arzt unterschriebene Bestätigungsschreiben vorliegt, für die ein elektronischer Korrekturdatensatz übermittelt wird, der ebenfalls vollständig, plausibel und fristgerecht ist, ist ein erneutes Versandlistenverfahren durchzuführen (vgl. Pkt. 3.8.1 Beispiel 1).

3.9.2 Prüfung der eingehenden Bestätigungsschreiben

Die eingehenden Bestätigungsschreiben werden auf das Vorhandensein der Unterschrift des Arztes geprüft. Ein Arztstempel ist nur dann erforderlich, wenn sich keine Arztnummer aus dem Personalienfeld ergibt. Eine Arztunterschrift gilt auch als vorhanden, wenn sie mit dem Zusatz „i. A.“ oder „i. V.“ gekennzeichnet ist. Eine i.A. oder i.V. Unterschrift darf nur von einem anderen Arzt der Praxis geleistet werden.

Die eingegangenen Bestätigungsschreiben werden bei der Datenstelle eingescannt und archiviert.

3.9.3 Korrekturverfahren für Bestätigungsschreiben

Geht ein Bestätigungsschreiben in der Datenstelle ein,

- das nicht von der Datenstelle erzeugt wurde (z. B. durch Praxissoftware) oder
- auf dem die Unterschrift fehlt oder
- das nicht im Original eingeht und nicht eindeutig einer Versandliste zuzuordnen ist (z. B. nicht lesbare Kopie),

3.9.4 wird eine neue Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und ein neues Bestätigungsschreiben erneut ausgedruckt und an den Arzt geschickt. (vgl. Pkt. 3.9.1) Erinnerungsverfahren

Die Datenstelle fordert ausstehende Bestätigungsschreiben monatlich beim koordinierenden Arzt an. Hierzu erhält dieser eine aktualisierte Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und ein Bestätigungsschreiben, das alle noch zu bestätigenden eDMP-Erstdokumentationen beinhaltet.

3.10 Weiterleitung der ED/FD

Die Dokumentationsdaten werden gemäß Beschreibung im [Punkt 5](#) an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen, die KVH und die Gemeinsamen Einrichtung weitergeleitet.

Vollständige, plausible und fristgerechte eDMP-Folgedokumentationsdatensätze sind auch dann weiterzuleiten, wenn das unterschriebene Bestätigungsschreiben nicht vorgelegen hat.

4 Rückmeldeverfahren

Nachfolgend werden die Aufgaben der Datenstelle im Zusammenhang mit der Generierung und Pflege des Arzt-Versicherten-Paares sowie die Umsetzung des Rückmeldeverfahrens beschrieben.

4.1 Zweckgebundenheit des Arzt-Versicherten-Paares

Das Arzt-Versicherten-Paar (AVP) dient primär als Basis für die Nachvollziehbarkeit von Dokumentationsverläufen im Zusammenhang mit der Bereitstellung der Datensätze zur Evaluation sowie dem Heraussuchen und der Bereitstellung der zur Durchführung der Prüfung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen. Gleichzeitig soll durch das Arzt-Versicherten-Paar und das Rückmeldeverfahren ein valides Reminding ermöglicht werden.

4.2 Generierung des Arzt-Versicherten-Paares

Ausgehend von jeder Erstdokumentation für einen Versicherten je DMP bildet die Datenstelle einen Fallverlauf. An diesen Fallverlauf werden alle nachfolgenden Folgedokumentationen für dasselbe DMP angehängt. Die Datenstelle unterstellt dabei, dass für jeden so gebildeten Fallverlauf bei der jeweiligen Krankenkasse eine Einschreibung vorliegt. Der Fallverlauf wird von der Datenstelle beendet, wenn:

- die Krankenkasse die Datenstelle über eine vorgenommene Ausschreibung informiert (vgl. Pkt. 4.4.4) oder,

- ausgehend von der letzten vorliegenden Dokumentation für mindestens 2 abgelaufene Dokumentationszeiträume nach Ende der Übermittlungsfrist keine Dokumentationen bei der Datenstelle eingegangen sind (vgl. Pkt. 4.4.5) oder
- im Fallverlauf eine neue Erstdokumentation für dasselbe DMP eingeht. In diesem Fall beginnt mit der neuen Erstdokumentation ein neuer Fallverlauf. Dabei hat die Datenstelle sicherzustellen, dass eine vom selben Arzt zum Tag der neuen Erstdokumentation erstellte Folgedokumentation verarbeitet wird.

Zur Bildung des Arzt-Versicherten-Paares greift die Datenstelle auf die angelegten Fallverläufe zurück. Dabei bestimmt sich das Arzt-Versicherten-Paar grundsätzlich nach der Betriebsstättennummer in der vom Arzt die letzte Dokumentation für das jeweilige DMP erstellt wurde. Als ergänzende Information wird die Leistungserbringernummer des jeweiligen Arztes mitgespeichert. Abweichend hiervon bestimmt sich das Arzt-Versicherten-Paar bis zum Eingang der nächsten Dokumentation wenn:

- der dokumentierende Arzt das Kennzeichen „Dokumentation in Vertretung“ gesetzt hat; in diesem Fall wird keine Änderung am Arzt-Versicherten-Paar vorgenommen oder
- die Krankenkasse ein abweichendes Arzt-Versicherten-Paar gemeldet hat.

4.3 Definition und Speicherung des Arzt-Versicherten-Paares

Die Datenstelle gewährleistet, dass das generierte Arzt-Versicherten-Paar folgende Informationen umfasst:

- Angabe zur Indikation,
- lebenslange Arztnummer,
- Betriebsstättennummer,
- ggf. Krankenhaus-IK,
- Krankenversichertennummer (numerisch, alphanumerisch),
- Name des Versicherten,
- Vorname des Versicherten,
- Geburtsdatum des Versicherten,
- Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse von der KV-Karte,
- Haupt-Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse, das die Datenstelle dem vom Auftraggeber übermittelten Kassenverzeichnis entnimmt,
- Versichertenpseudonym,

Die Datenstelle gewährleistet, dass Versicherte, die nicht über die Krankenversicherungsnummer eindeutig einem Fallverlauf zugeordnet werden können, über Name und Geburtsdatum identifiziert werden können. Gründe für eine fehlende Zuordnung aufgrund der Krankenversicherungsnummer können insbesondere sein:

- Während der Übergangszeit der Einführung der eGK können für einen Versicherten Dokumentationen mit mehreren gültigen Krankenversicherungsnummern übermittelt werden.
- Wechsel der Krankenversicherungsnummer aufgrund Wechsel des Versichertenstatus ohne Wechsel der Krankenkasse.

Ebenso ist nicht auszuschließen, dass mehrere unterschiedliche Institutionskennzeichen ein und derselben Krankenkasse von Leistungserbringern oder den Krankenkassen übermittelt werden. Bestandteil des primären Ordnungsmerkmals ist deshalb das Haupt-Institutionskennzeichen der Krankenkasse.

Die Datenstelle gewährleistet, dass die Versicherteninformationen zu einem Versichertenpseudonym zusammengeführt werden können.

4.4 Meldungen der Krankenkassen

Die Datenstelle erhält von den Krankenkassen zur Historisierung der Versicherteninformationen folgende Meldungen. Die Meldungen werden in der Regel fall- und nur im Ausnahmefall dokumentationsbezogen übermittelt. Die Datenstelle verarbeitet die Meldungen der Krankenkassen innerhalb von 5 Arbeitstagen.

4.4.1 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Krankenversicherungsnummer

Sachverhalt

Die Krankenkasse stellt fest, dass sich die Krankenversicherungsnummer eines aktuellen oder ehemaligen DMP-Teilnehmers geändert hat.

Meldung der Krankenkasse

Die Krankenkasse verwendet für die Meldung das RDK-Segment beziehungsweise die analogen Datensatzbeschreibungen (CSV und DIMAS;EDIFACT) mit folgenden Inhalten:

- Angabe zur Indikation
- Datenstellen-Institutionskennzeichen
- KV-Bereich
- Kassen-Institutionskennzeichen
- Versichertennummer (alt)
- Ggf. Datensatz-Identifikation, welche die Datenstelle vergeben hat
- Versichertennummer neu
- Versichertennummer neu gültig ab
- Versichertenpseudonym
- ggf. einheitliche Versichertennummer
- ggf. einheitliche Versichertennummer (neu)
- ggf. einheitliche Versichertennummer neu gültig ab

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die Informationen in die Datenbank. Die bisher bekannte Arztnummer/Betriebsstättennummer wird beibehalten.

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensatzes, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach § 15a RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

4.4.2 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens

Sachverhalt

Die Krankenkasse stellt fest, dass das Krankenkassen-Institutionskennzeichen für aktuelle bzw. ehemalige DMP-Teilnehmer sich geändert hat.

Meldung der Krankenkasse

Die Krankenkasse verwendet für die Meldung das RDK-Segment beziehungsweise die analogen Datensatzbeschreibungen (CSV und DIMAS) mit folgenden Inhalten:

- Datenstellen-Institutionskennzeichen
- KV-Bereich
- Kassen-Institutionskennzeichen
- Kassen-Institutionskennzeichen neu
- Kassen-Institutionskennzeichen neu gültig ab

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt das gemeldete neue Kassen-Institutionskennzeichen in die Datenbank.

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensatzes, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach § 15a RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

4.4.3 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens und Wechsel der Versichertennummer

Sachverhalt

Die Krankenkasse stellt fest, dass sich Kassen-Institutionskennzeichen und die Krankenversichertennummer geändert haben.

Meldung der Krankenkasse

Die Krankenkasse verwendet für die Meldung das RDK-Segment beziehungsweise die analogen Datensatzbeschreibungen (CSV und DIMAS) mit mindestens folgenden Inhalten:

- Angabe der Indikation
- Datenstellen-Institutionskennzeichen
- KV-Bereich
- Kassen-Institutionskennzeichen
- Kassen-Institutionskennzeichen neu
- Kassen-Institutionskennzeichen neu gültig ab

- Versichertennummer alt
- Versichertennummer neu
- Versichertennummer neu gültig ab
- ggf. Datensatz-Identifikation, welche die Datenstelle vergeben hat

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die gemeldete neue Versichertennummer und das Kassen-Institutionskennzeichen in die Datenbank.

Die Datenstelle gewährleistet eine Verknüpfung des „alten“ und „neuen“ Versichertenstammdatensätze, um u. a. für spätere Datenlieferungen zur Evaluation und Durchführung der Prüfungen nach § 15a RSAV komplette Dokumentationsverläufe bereitstellen zu können.

4.4.4 Meldung der Krankenkasse bei Beendigung, Stornierung oder Reaktivierung von DMP-Einschreibungen

Die Krankenkassen informieren die Datenstelle regelmäßig über fallbezogene Änderungen. Diese umfassen folgende Meldungen:

- Beendigung der DMP-Teilnahme (Kündigung der DMP-Teilnahme, Tod, 2 fehlende Folgedokumentationen etc.),
- Stornierung der DMP-Teilnahme,
- Reaktivierung von bereits als beendet bzw. storniert gemeldeten DMP-Teilnahmen.

Soweit die Krankenkasse das Ende oder die Stornierung einer DMP-Teilnahme meldet, beendet die Datenstelle in diesen Fällen den aktuellen DMP-Fall und das Arzt-Versicherten-Paar sowie alle noch laufenden Reminder- und Korrekturprozesse für diese Einschreibung.

Bei Meldung einer Reaktivierung wird der beendete DMP-Fall bei der Datenstelle wieder aktiviert und ggf. noch nicht abgeschlossene Korrekturprozesse bis zum Ablauf der Übermittlungsfrist wieder aufgenommen.

4.4.5 Beendigung von DMP-Fallverläufen durch die Datenstelle

Die Datenstelle beendet die Teilnahme von DMP-Teilnehmern nur dann, wenn entweder hierzu eine Meldung (Beendigung/ Stornierung) der entsprechenden Krankenkasse vorliegt (vgl. Pkt. 4.4.5) oder für dasselbe DMP eine neue Erstdokumentation eingeht (vgl. Pkt. 4.2).

Soweit Krankenkassen Fallbeendigungen nicht zeitnah der Datenstelle melden, sind die Fallverläufe von der Datenstelle ohne entsprechende Rückmeldung der Krankenkasse für Reminderaktivitäten nicht mehr zu berücksichtigen, wenn für 2 Dokumentationszeiträume in Folge der Datenstelle keine Folgedokumentation für einen Versicherten vorliegt. Hierzu führt die Datenstelle folgende Prüfung durch:

- Ausgehend von der letzten vorliegenden Dokumentation werden die nächsten beiden Dokumentationsquartale ermittelt.
- Liegt zu Beginn des auf das letzte der beiden Dokumentationsquartale folgende Quartal keine Folgedokumentation für eine der beiden Dokumentationsquartale vor, ist der Fallverlauf für Reminderaktivitäten durch die Datenstelle nicht mehr zu berücksichtigen.

Beispiel: 1

- Einschreibung am 15.04.2007
Dokumentationsintervall: jedes Quartal
 - Folgedokumentation: 15.07.2007
Dokumentationsintervall: jedes Quartal
 - Prüfung der Datenstelle am 01.07.2008:
 - a) die nächsten beiden Dokumentationszeiträume:
01.10.2007 – 31.12.2007
01.01.2008 – 31.03.2008
 - b) Liegt eine Folgedokumentation für das 4. Quartal 2007 oder das 1. Quartal 2008 vor?
- ➔ Fallverlauf bei der Datenstelle ist ab 01.07.2008 für Reminderaktivitäten nicht mehr zu berücksichtigen.

Beispiel: 2

- Einschreibung am 15.04.2006
Dokumentationsintervall: jedes zweite Quartal
- Folgedokumentation: 15.10.2006
Dokumentationsintervall: jedes zweite Quartal

- Prüfung der Datenstelle am 01.04.2008:
 - a) die nächsten beiden Dokumentationszeiträume:
 - 01.04.2007 – 30.06.2007
 - 01.10.2007 – 31.12.2007
 - b) Liegt eine Folgedokumentation für das 2. Quartal 2007 oder das 4. Quartal 2007 vor?
- Fallverlauf bei der Datenstelle ist ab dem 01.04.2008 für Reminderaktivitäten nicht mehr zu berücksichtigen.

5 Weiterleitung der Daten

5.1 Weiterleitung der Daten an die Krankenkasse

Eingehende DMP-Dokumentationen sind innerhalb von 8 Arbeitstagen abschließend zu bearbeiten. Vollständige, plausible und fristgerechte Dokumentationen sind für die Datenübermittlung an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen bereit zu stellen. Die zur Übermittlung bereit gestellten Datensätze sind wöchentlich, nach Wahl der Auftraggeber auch in kürzeren Abständen, den DMP-Datenzentren der Krankenkassen zu übermitteln. Die Datensätze werden hierzu in Dateien zusammengefasst und verschlüsselt übertragen. Soweit von einzelnen Krankenkassen erwünscht, sind ihre datenannehmenden Stellen auch mit unplausiblen Datensätzen zu beliefern. Die Vereinbarung über die Lieferung von unplausiblen Daten wird bilateral zwischen den Auftraggebern und der Datenstelle getroffen.

Die Übermittlung der Datensätze an Krankenkassen muss nach Wahl des jeweiligen Auftraggebers im EDIFACT-, CSV- oder einem anderen, bilateral zwischen den Krankenkassen und der Datenstelle vereinbarten, Format erfolgen. Die Krankenkassen/-verbände geben der Datenstelle die Datensatzbeschreibungen ihrer Mitgliedschaften rechtzeitig bekannt.

Treten bei der Übermittlung der von der Datenstelle generierten Dateien technische Fehler auf, müssen alle von dem Fehler betroffenen Datensätze nach Überprüfung und eventueller Fehlerkorrektur von der Datenstelle erneut an die jeweilige datenannehmende Stelle übermittelt werden.

Im Falle einer Änderung eines Versichertenpseudonyms sind die Dokumentationsdaten nicht erneut an die Datenannahmestelle der Krankenkasse zu übermitteln.

5.2 Weiterleitung der Daten an die Gemeinsame Einrichtung bzw. KVH

Die von der Datenstelle angenommenen und im Zwischenspeicher 2 gespeicherten Dokumentationsdaten (vgl. Punkt 3.5) werden an die Gemeinsame Einrichtung und die KVH übermittelt. Die Datensätze werden in Dateien zusammengefasst, verschlüsselt und elektronisch übermittelt. Der KVH und der Gemeinsamen Einrichtung werden ausschließlich plausible und vollständige Datensätze übermittelt.

Treten bei der Übermittlung der von der Datenstelle generierten Dateien technische Fehler auf, müssen alle von dem Fehler betroffenen Datensätze nach Überprüfung und eventueller Fehlerkorrektur von der Datenstelle erneut an die jeweilige datenannehmende Stelle übermittelt werden.

Im Falle der Änderung eines Versichertenpseudonyms sind die Dokumentationsdaten erneut an die Gemeinsame Einrichtung zu übermitteln.

5.2.1 Erstellen des Arzt-Reminders

Die Datenstelle erstellt einmal im Quartal im Auftrag der jeweiligen Gemeinsamen Einrichtung für jeden am DMP teilnehmenden Arzt einen Reminderbrief, in dem dieser über die Anzahl der Dokumentationen, die in diesem Quartal eingehen müssen, informiert wird.

Nach seiner Erstellung wird der Arzt-Reminder an den entsprechenden Arzt verschickt. Der jeweiligen Gemeinsamen Einrichtung wird quartalsbezogen eine arztbezogene Übersicht der versendeten Reminder nach o.g. Aufstellung zur Verfügung gestellt.

5.2.2 Datenweitergabe an den externen Evaluators

Die Datenstelle hat die Aufgabe, alle in der DMP-Datenbank gespeicherten und abgeschlossenen Datensätze an den von den Auftragsgebern bestimmten externen Evaluators zu übermitteln. Die Daten sind mit dem bestehenden Versicherten-Pseudonym sowie mit einem von der Datenstelle erzeugten Arzt-Pseudonym zu übermitteln.

Die Datenstelle hat die Aufgabe, für die Pseudonymisierung des Arztbezugs ein Pseudonymisierungsverfahren zu entwickeln. Das Verfahren muss sicherstellen, dass jeder Arzt immer mit demselben Pseudonym versehen wird. Das Verfahren ist gegenüber dem externen Evaluators offen zulegen, und erst nach ausdrücklicher Genehmigung durch diesen anzuwenden,

gegebenenfalls muss ein vom externen Evaluator vorgeschriebenes Verfahren angewandt werden.

Da die Krankenkassen dem Evaluator weitere Daten mit demselben Pseudonym übermitteln müssen, ist diesem das Pseudonymisierungsmodell von der Datenstelle gleichfalls zur Verfügung zu stellen.

Bei erstmaliger Fallübermittlung sind den Krankenkassen auf Anforderung zum Abgleich als Textdatei folgende Daten zeitnah zur Verfügung zu stellen: Diagnose, KV-Region, IK-Kennzeichen der Krankenkasse, Krankenversichertennummer; Versichertenpseudonym.

Die Fristen für die Datenlieferungen an den jeweiligen Evaluator ergeben sich aus den Kriterien des BVAs zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme in der jeweils gültigen Fassung. Grundsätzlich werden die Daten halbjährlich jeweils bis zum 31.03. bzw. 30.09. des Jahres übermittelt. Für die IKK, BKKn und den vdek sind die Daten an den Evaluator „Medical Netcare GmbH (MNC)“ und für die AOK Rheinland/Hamburg sowie die Knappschaft an den Evaluator „Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (infas)“ zu liefern.

Die Datenlieferung erfolgt entsprechend der jeweils aktuellen gültigen Datensatzbeschreibung (Anlage 3a).

5.3 Testdatenlieferungen

Bei Änderungen der Datenformate, neuen Indikationen, Umstellung interner Prozesse der Auftraggeber oder der Datenstelle, die Auswirkungen auf die Datenlieferungen haben könnten, sendet die Datenstelle auf Anforderung der Auftraggeber Testdaten. Testdaten werden einvernehmlich mit den Auftraggebern vereinbart.

5.4 Besonderheiten BKK'n

Ein Vergütungsanspruch für die Leistungen im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung für die teilnehmenden Krankenkassen besteht nur gegenüber der jeweiligen BKK, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklärt hat.

Der BKK-Landesverband NORDWEST stellt regelmäßig dem Auftragnehmer eine Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen, welche diese Vereinbarung anerkannt haben, zur Verfügung mit der Information, an welche Adresse die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, die Dokumentationsdaten sowie die Rechnungen übersandt werden müssen. BKK'n, die nicht die Zentrale Annahmestelle (ZAS) als datenannehmende Stelle nutzen, werden in dieser Liste besonders kenntlich gemacht und setzen sich mit dem Auftragnehmer in Verbindung, um die entsprechenden Modalitäten der Datenflüsse abzuklären.

5.5 Besonderheiten IKK'n

Ein Vergütungsanspruch für die Leistungen im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung für die teilnehmenden Krankenkassen besteht nur gegenüber der jeweiligen IKK, die gegenüber der IKK classic ihren Beitritt erklärt hat. Sofern die jeweilige IKK nicht mehr am Vertrag teilnehmen möchte, gelten für sie die Kündigungsfristen dieses Datenstellenvertrages. Die Kündigung erfolgt gegenüber der Datenstelle und der IKK classic.

Die IKK classic stellt regelmäßig dem Auftragnehmer eine Liste der teilnehmenden Innungskrankenkassen, welche diese Vereinbarung anerkannt haben, zur Verfügung mit der Information, an welche Adresse die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, Dokumentationsbögen sowie die Rechnungen übersandt werden müssen. Der IKK-Bundesverband hat eine Clearingstelle (Zentrale Annahmestelle (ZAS¹)) für Daten geschaffen.

Sofern nichts Abweichendes von der IKK classic mitgeteilt wurde, sind die Daten und Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Rechnungen der außerhamburgischen Innungskrankenkassen direkt an die Clearingstelle bzw. zukünftig an die jeweilige IKK zu senden.

Sollten Innungskrankenkassen die IKK classic nicht zur Antragstellung auf Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme Asthma bronchiale, Brustkrebs, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1, Koronare Herzkrankheit, und ggf. weiterer strukturierten Behandlungsprogramme bevollmächtigt haben oder den Antrag selbst stellen oder gegenüber der IKK classic keinen Beitritt zum Datenstellenvertrag erklärt haben, gilt abweichend, dass diese Kassen in der Liste besonders

¹ Die Aufgaben der ZAS werden zukünftig von der Bitmarck Service GmbH übernommen.

kenntlich gemacht werden und sich mit dem Auftragnehmer in Verbindung setzen, um die entsprechenden Modalitäten der Datenflüsse abzuklären.

Rechnungsbegründende Anlagen sind tabellarisch im Excel-Format oder im CSV- bzw. TXT-Format zur tabellarischen Weiterverarbeitung in Excel/Access an die benannte Abrechnungsstelle der jeweiligen IKK zu liefern, sofern sie dies wünscht.

6 Leistungen bei Prüfungen gem. § 15a RSAV

Nachfolgend werden die Aufgaben der Datenstelle zur Vorbereitung der Prüfung nach § 15a RSAV beschrieben. Es gelten die jeweils aktuellen Vorgaben der Prüfbehörden des Bundes und/oder der Länder sowie der Auftraggeber.

6.1 Anforderung der zur Durchführung der Prüfung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen

Der Prüfdienst des Bundesversicherungsamtes beziehungsweise die zuständigen Landesprüfdienste informieren jede Krankenkasse separat und zu unterschiedlichen Zeitpunkten über die in das Prüfverfahren einzubeziehenden Versicherten anhand der Versichertennummer und unter Angabe der zu prüfenden Jahre (Ausgleichsjahre).

Die Krankenkassen fordern die zur Durchführung der Prüfung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen bei der Datenstelle in Form von Datensätzen an. Dazu wird das vereinbarte Datenformat in der jeweils aktuellen Fassung verwendet.

6.2 Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen

Die Prüfung nach § 15a RSAV erfordert die Vorlage der TE/EWE sowie der Dokumentationen vom Beginn der Einschreibung des Versicherten an einschließlich der auf das Ende des Ausgleichsjahres nachfolgenden zwei Dokumentationszeiträume.

6.3 Definition der vorzulegenden Unterlagen

Folgende Unterlagen sind der Prüfbehörde je in das Prüfverfahren einbezogenen Versicherten von Beginn der Einschreibung an vorzulegen:

- Erstdokumentationen (ED), inkl. sämtlicher Korrekturen. Sollte im Einzelfall auf dem letzten Korrekturbeleg der gesamte Korrekturverlauf nach vollziehbar sein, so ist dieser Korrekturbeleg ausreichend. Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Dokumentationsbögen (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert.

- Folgedokumentationen (FD), inkl. sämtlicher Korrekturen. Sollte im Einzelfall auf dem letzten Korrekturbeleg der gesamte Korrekturverlauf nach vollziehbar sein, so ist dieser Korrekturbeleg ausreichend. Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Dokumentationsbögen (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert.
- Vom Arzt unterschriebene Versandlisten oder Bestätigungsschreiben. Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Versandlisten bzw. Bestätigungsschreiben (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) in Kopie akzeptiert. Die Schwärzung von ggf. weiteren auf den Listen enthaltenen Versicherten ist nicht erforderlich.
- Mögliche Bestätigungen des koordinierenden Arztes zur Aktualität der Befunddaten (Datenfreigabeerklärungen). Für die Prüfung werden sowohl Images als auch Nachweise in (auf Anforderung inklusive der Rückseite, sofern dort Angaben vorhanden) Kopie akzeptiert.
- Protokolle oder separate Listen, aus denen die Eingangsdaten der Dokumentationen einschließlich aller Korrekturen erkennbar sind, sofern kein Posteingangsstempel auf dem Dokument angebracht ist (ED und FD).
- Bei belegloser Dokumentation (eDMP) werden die Dokumentationsdaten als Images reproduziert. Dabei ist sicherzustellen, dass die jeweilige Versandliste bzw. das Bestätigungsschreiben zugeordnet wird und die bildliche Wiedergabe mit der gesamten beleglosen Dokumentation übereinstimmt. Sofern eDMP in der Vergangenheit ohne das Versandlistenverfahren umgesetzt wurde, informiert die Datenstelle im die Krankenkassen über die betroffenen Dokumentationen. Die Krankenkassen werden die erforderlichen Nachweise der Arzt- und/oder Versichertenunterschrift unmittelbar bei den jeweiligen DMP-Ärzten anfordern und an den zuständigen Prüfdienst weiterleiten.
- Images werden auf einer CD-ROM grds. in schwarz-weiß bereitgestellt. Images, bei denen die Felder des Vordruckes ausgeblendet sind, können nicht anerkannt werden. Der Dateiname des Images muss dem folgenden Standard entsprechen:

IK der Krankenkasse, KVNR, Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle, Eingangsdatum (vorzugsweise, z. B. 999999999_4X60200_ED_20030721.png).

Befinden sich prüfrelevante Informationen auf der Rückseite, so ist sicher zu stellen, dass auf Nachfrage im Einzelfall diese als Image oder Kopie vorgelegt werden kann. Ferner sind im Einzelfall Images auch in Farbe zur Verfügung zu stellen. Der Prüfdienst hält sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen zu prüfen.

6.4 Sortierfolge der Unterlagen

Die Datenstelle sortiert die zur Durchführung der Prüfung nach §15a RSAV bereitzustellenden relevanten Unterlagen je Fall nach

- dem Institutionskennzeichen der Krankenkasse (IK) und
- innerhalb dieses IKs nach der Krankenversichertennummer.

6.5 Versand der vorzulegenden Unterlagen

Die Datenstelle verpflichtet sich, den Versand der Prüfunterlagen unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an den von den Krankenkassen genannten Adressaten (Prüfdienst oder Krankenkasse) per Paketkurier und gegen Empfangsbekenntnis vorzunehmen. Die Krankenkassen teilen der Datenstelle den Adressaten bei jeder Anforderung mit.

Der zuständige Prüfdienst fordert die Bereitstellung der prüfrelevanten Unterlagen innerhalb von 8 Wochen nach Eingang der Anforderung bei der Krankenkasse. Die Vertragspartner gewährleisten in enger Abstimmung und Zusammenarbeit eine fristgerechte Lieferung der relevanten Prüfunterlagen an den zuständigen Prüfdienst.

6.6 Verschlüsselung von Daten

Sofern die Datenstelle die zur Durchführung der Prüfung nach § 15a RSAV relevanten Unterlagen in Form von Dateien auf einem Datenträger an den zuständigen Prüfdienst zu versenden beabsichtigt, ist die Datei als ZIP-Datei mit Kennwortschutz zu übermitteln.

6.7 Lieferschein

Die an die Prüfdienste übermittelten Daten und Unterlagen sind von der Datenstelle durch einen Lieferschein zu dokumentieren. Der Lieferschein wird der anfordernden Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Der Lieferschein umfasst folgende Mindestangaben:

- KV-Bereich,
- Diagnose,
- Kassen-IK,
- Krankenversichertennummer,
- Name des Versicherten,
- Vorname des Versicherten,
- Geburtsdatum des Versicherten,
- Belegart (Erst- oder Folgedokumentation),
- Datensatz-ID,
- Belegform (Image, Datensatz, eDMP),
- Image-Name,
- Arztnummer/Betriebsstättennummer,
- Jüngstes Arztunterschriftsdatum des Arztes auf der Dokumentation sowie,
- Doku-ID der Datenstelle.

6.8 Nachforderung von Prüfunterlagen

Sofern seitens eines Auftraggebers nachträglich ergänzende oder fehlende Prüfunterlagen nachgefordert werden, stellt die Datenstelle die Bereitstellung der Unterlagen innerhalb der seitens des Auftraggebers gesetzten Frist sicher.

6.9 Dokumentation und/oder Image sind nicht auffindbar

Sofern die Datenstelle den Originalbeleg einer DMP-Dokumentation nicht vorlegen kann, obwohl die Krankenkasse über einen Dokumentationsdatensatz verfügt und dieser das Unterschriftsdatum des Arztes und das Posteingangsdatum des Dokumentationsbogens erhält, hat die Datenstelle einen Dokumentationsbogen aus dem Dokumentationsdatensatz zu reproduzieren und an den von den Krankenkassen genannten Adressaten (Prüfdienst oder Krankenkasse) per Paketkurier und gegen Empfangsbekanntnis vorzunehmen. Die Kran-

kenkassen teilen der Datenstelle den Adressaten bei jeder Anforderung mit. Zusätzlich muss die Krankenkasse eine Durchschrift der Dokumentation bei dem jeweiligen Arzt abfordern oder dem Versicherten und dem Prüfdienst vorlegen. Die Angaben im Datensatz und auf der Durchschrift des Dokumentationsbogens müssen identisch sein. Die Dokumentation muss vollständig und plausibel sein, den Nachweis über den Eingang der Dokumentation hat die Datenstelle zu führen.

7 Informationen an die Auftraggeber

Die Datenstelle erstellt für die Auftraggeber diverse Statistiken und Auswertungen, welche im Folgenden beschrieben sind.

Zu jeder versandten Statistik und Auswertung, werden die jeweiligen Empfänger per E-Mail informiert. Dies gilt auch für Statistiken und Auswertungen, die von der Datenstelle online (vgl. Pkt. 7.1) erstmalig zur Verfügung gestellt werden. Die genauen Erstellungs- und Versandtermine aller Statistiken und Auswertungen werden zwischen den Auftraggebern und der Datenstelle vereinbart.

7.1 Online-Recherche

Die Datenstelle stellt den Auftraggebern auf Anforderung die Möglichkeit zur Verfügung, über gesicherte Kommunikationsverbindungen zeitnah nach administrativen und steuerungsrelevanten Daten zu recherchieren.

Den einzelnen Auftraggebern stehen dabei jeweils nur ihre eigenen Daten zur Verfügung.

Diese Daten werden mindestens einmal wöchentlich aktualisiert und auf einem separaten EDV-System zur Verfügung gestellt. Dabei ist für einen Transfer der Daten das in der GKV eingesetzte Verschlüsselungsverfahren und für Onlineabfragen die Verbindung mittels Secure Socket Layer (SSL) zu verschlüsseln.

Erbringt die Datenstelle Leistungen hinsichtlich der Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren (vgl. Pkt. 2.4), sind die Images der TE/EWE aufzublenden. Darüber hinaus sind die für Krankenkassen bestimmten Teile der Dokumentationen anzuzeigen. Versichertenbezogen wird eine lückenlose Auflistung aller Dokumente mit Aussagen zu Plausibilität und Eingangsfristen sowie fehlender Dokumentationen je DMP ermöglicht.

7.2 Statusdatensatz

Die Datenstelle erstellt für alle Krankenkassen den Statusdatensatz. Aufbau und Versand richten sich nach dem zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmten Format. Die Datensätze werden den DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen täglich zur Verfügung gestellt. Die Datenstelle wird von der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP über neue oder angepasste Schnittstellenbeschreibungen rechtzeitig informiert.

7.3 Verbandsstatistik

Die Datenstelle stellt jedem Auftraggeber getrennt nach Indikationen und Kassenart eine Statistik zur Verfügung, die folgende Angaben enthält:

- TE/EWE
- ED
 - Gesamt
 - Datensatz plausibel und vollständig
 - verfristet
- FD
 - Gesamt
 - Datensatz plausibel und vollständig
 - verfristet

Es wird immer ein kumulierter Gesamtstand je Kalenderjahr sowie die Veränderung gegenüber der Vorwoche für jede einzelne o. g. Position sowie für jede Indikation und Dokumentationsart ausgewiesen.

7.4 Information an den koordinierenden Arzt

Die Datenstelle übermittelt monatlich dem jeweiligen koordinierenden Vertragsarzt die ihn betreffenden Angaben entsprechend Punkt 7.5.1.

7.5 Abrechnungsstatistiken

7.5.1 Vergütungsdatei für die Kassenärztliche Vereinigung

Die Datenstelle erstellt getrennt nach DMP 5 Wochen nach Abschluss des Quartals, elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der plausibel, vollständig und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen. Soweit Dokumentationen für bereits beendete DMP-Teilnehmer erstellt werden, sind diese in der Auswertung besonders zu kennzeichnen. Die Auswertung ist spätestens 8 Wochen nach Ablauf des Quartals an die KVH zu übermitteln.

Weiterhin erstellt die Datenstelle, getrennt nach DMP, für jedes Quartal unter Angabe der Versichertennummern, frühestens 8 Wochen nach Ablauf des Quartals, elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der Dokumentationen, die innerhalb der maximalen Nachforderungsfrist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes) nicht vollständig und plausibel vorlagen. Soweit Dokumentationen für bereits beendete DMP-Teilnehmern erstellt werden, sind diese in der Auswertung besonders zu kennzeichnen.

Die Auswertungen sind spätestens 8 Wochen nach Ablauf des Quartals an die KVH zu übermitteln.

7.5.2 Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen

Die Datenstelle erstellt gegenüber den Krankenkassen monatliche Rechnungen für die erbrachten Leistungen; für diese Rechnungen sind rechnungsbegründende Unterlagen zu erstellen, aus denen die abgerechneten Mengen und Preise hervorgehen.

Die zahlungsbegründenden Unterlagen werden mittels Status-Datensatz zur Verfügung gestellt.

**Verfahrensbeschreibung
zum Nachweis der Arztunterschrift
bei elektronischer DMP-Datenübermittlung
von der Arztpraxis zur Datenstelle**

Stand: 01. Juli 2008

- Übergangslösung bis zur Einführung der digitalen Signatur -

Variante III

1. Der Arzt erfasst die Datensätze (Daten der Erst- oder Folgedokumentation gemäß RSAV) elektronisch (z.B. mit PC und DMP-Praxissoftware).
2. Gemäß der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmten EDV-Schnittstellenbeschreibung beinhalten die unter Punkt 1 genannten Datensätze das Datum der Arztunterschrift, welches der Vertragsarzt gesondert bestätigen muss.

Ohne diese manuelle Bestätigung des Vertragsarztes kann der Dokumentationsdatensatz nicht gespeichert oder an die DMP-Datenstelle übermittelt werden.

3. Die Datensätze werden auf einem Speichermedium gespeichert. Der Arzt sammelt so erfasste Datensätze bis zum Versand an die Datenstelle. Die Datensätze werden vor Versand an die Datenstelle verschlüsselt.
4. Die Übermittlungsdatei wird auf Datenträgern oder per Datenfernübertragung an die Datenstelle versendet.¹
5. Die Datenstelle nimmt die Übermittlungsdatei/den Datenträger mit den Datensätzen entgegen, prüft und verarbeitet diese. Beschädigte Datenträger und/oder unvollständige Dateien können nicht verarbeitet werden und sind an den Absender mit der Aufforderung zur Neulieferung zurück zu senden.
6. Die Datenstelle erzeugt je von der Arztpraxis übermittelter Datei beziehungsweise in angemessenen Zeitintervallen eine Versandliste und ein Bestätigungsschreiben für den jeweiligen Arzt mit den nachstehend aufgeführten Angaben:

Versandliste:

- Arztnummer, Arztname
- Dateiname (der an die Datenstelle übermittelten Datei)
- Datensatz-Identifikationsnummer (Datensatz-ID)
- DMP-Fallnummer
- Versichertennummer
- Versichertenname und -vorname
- Geburtsdatum des Versicherten
- Krankenkassen-Institutionskennzeichen

- Belegart (Erst- oder Folgedokumentation)
- Unterschriftsdatum des Arztes (aus dem Datensatz, manuell erfasst und bestätigt)
- BAR-Code

Bestätigungsschreiben:

- Betriebsstättennummer und Praxisanschrift
- Arztnummer/Arztname
- Unterschrift des Arztes/der Ärzte
- Arztstempel
- BAR-Code

Die Versandliste beinhaltet zu ihrer Identifizierung ein automatisch generiertes Listen-
erstellungsdatum, aber kein Feld für ein separates (Versandlisten-)Unterschrifts-
datum neben der Arztunterschrift.

- Die von der Datenstelle auf die Versandliste und das Bestätigungsschreiben aufgetra-
genen BAR-Codes sind identisch. Über diese wird sichergestellt, dass Versandliste,
Bestätigungsschreiben und Dokumentationsdatensätze automatisiert zugeordnet wer-
den können.
- Die Datenstelle übermittelt die Versandliste mit dem Bestätigungsschreiben unmittel-
bar nach Erhalt der Dokumentationsdaten an die jeweilige Arztpraxis mit der Bitte um
Prüfung, Unterzeichnung des Bestätigungsschreibens und unmittelbare Rücksendung
des Bestätigungsschreibens an die Datenstelle. Die elektronische Fassung der Zweit-
ausfertigung der Versandliste verbleibt in der Datenstelle und wird dort archiviert. So-
fern mehrere am DMP teilnehmende Ärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft un-
ter derselben Betriebsstättennummer dokumentieren und die Dokumentationsdaten-
sätze in einer Datei übermittelt wurden, ist bei Erstellung der Versandliste sicherzu-
stellen, dass die einzelnen Dokumentationen dem jeweils die Dokumentation ausstel-
lenden Arzt zugeordnet werden. Gleichmaßen ist sicherzustellen, dass auf dem Be-
stätigungsschreiben alle Ärzte, auf die sich die aktuelle Versandliste bezieht, aufge-
führt sind und somit unterzeichnen können.
- Der Arzt prüft die Versandliste inhaltlich und attestiert mit seiner Unterschrift auf dem
Bestätigungsschreiben, die Dokumentationen der auf der Versandliste aufgeführten
Versicherten am jeweils zugeordneten Datum erstellt zu haben.
- Der Arzt sendet das von ihm unterzeichnete Bestätigungsschreiben unmittelbar an die
Datenstelle zurück. Die dem Arzt von der Datenstelle übermittelte Versandliste ver-
bleibt in der Arztpraxis. Der Arzt kann sich eine Kopie des von ihm unterzeichneten
Bestätigungsschreibens zur Vervollständigung seiner Unterlagen anfertigen.
- Die Datenstelle prüft die verarbeitbaren Dateien auf Vollständigkeit und Plausibilität.
Dabei werden die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmten,
jeweils gültigen Plausibilitätsrichtlinien angewendet.
- Die Datenstelle prüft, ob das Bestätigungsschreiben unterschrieben und innerhalb von
52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes³ in der Datenstelle vorliegt. Der
Eingang des vom Arzt unterschriebenen Bestätigungsschreibens ist von der Daten-
stelle zu überwachen und bei Fehlen nachzufordern. Die Datenstelle archiviert des
vom Arzt unterschriebenen Bestätigungsschreibens und stellt sicher, dieses zusam-

men mit der elektronischen Fassung der Zweitausfertigung der Versandliste im Falle der Prüfungen nach § 15 a RSAV vorlegen zu können.

13. Die Datenstelle leitet die DMP-Dokumentationsdaten an die berechtigten Datenannahmestellen der Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen² und Gemeinsamen Einrichtungen weiter.
14. Stellt die Datenstelle fest, dass das unterschriebene Bestätigungsschreiben nicht innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes³ bei der Datenstelle vorliegt, werden die Dokumentationsdaten nicht an die Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen² und Gemeinsamen Einrichtungen weitergeleitet. Diese Regelung betrifft ausschließlich die Erstdokumentationen. Vollständige, plausible und fristgerechte Folgedokumentationsdatensätze sind auch dann weiterzuleiten, wenn das Bestätigungsschreiben nicht vorgelegen hat. Die Datenstelle informiert den Vertragsarzt, die Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen² und Gemeinsamen Einrichtungen entsprechend.
15. Stellt die Datenstelle bei der Prüfung der Dokumentationsdatensätze Unvollständigkeit oder Unplausibilität fest, reproduziert sie den Dokumentationsbogen auf Basis des übermittelten Datensatzes, druckt den Dokumentationsbogen aus und sendet diesen an die Arztpraxis mit der Aufforderung zur Korrektur und erneuten Unterschrift unter Angabe des Korrekturdatums zurück. Die Unterschrift des Arztes ist ausschließlich im Falle der Korrektur einer Erstdokumentation erforderlich. Der Korrekturprozess, welcher innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes³ abgeschlossen sein muss, wird durch die Datenstelle überwacht.
16. Die Änderungen und das Korrekturdatum auf dem korrigierten Dokumentationsbogen werden von der Datenstelle erfasst, die Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität wird erneut durchgeführt.
17. Der korrigierte und vom Arzt unterzeichnete Dokumentationsbogen wird archiviert. Die Dokumentationsdaten werden an die berechtigten Datenannahmestellen der Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen² und Gemeinsamen Einrichtungen weitergeleitet.

¹ Die Datenstelle stellt sicher, dass das Eingangsdatum der Dokumentationsdatensätze ungeachtet der Übermittlungsart im Rahmen der Prüfung nach § 15a RSAV nachgewiesen werden kann.

² Dies trifft nur zu, wenn die Kassenärztliche Vereinigung Vertragspartner ist.

³ Bei Erstdokumentationen gegebenenfalls zuzüglich eines Quartals, sofern die verlängerte Übermittlungsfrist für Erstdokumentationen in der jeweiligen Region vereinbart wurde.

Anhang 2

DFÜ-Verfahren

- Kurzbeschreibung einzelner Arbeitsschritte beim DMP-Portal KVH:

Voraussetzung: Zur Teilnahme an diesem Verfahren muss der DMP-Arzt einen schriftlichen Antrag bei der KVH stellen. Nach Überprüfung durch die KVH werden der Praxis die Zugangsdaten (Benutzername und Kennwort) schriftlich zugestellt.

Verfahren: Der DMP-Arzt meldet sich mit Benutzernamen und Kennwort im geschützten Internetbereich der KVH an. Der Datenaustausch zwischen ärztlichem PC und dem Webserver der KVH erfolgt ausschließlich verschlüsselt und ist somit abhörsicher.

Im geschützten KV-Internetbereich gibt es die Möglichkeit, eDMP-Daten, die zuvor mit dem EDV-Praxis-System erzeugt wurden, auf den KVH-Web-Server zu übertragen.

Von diesen KV-Servern holt die Datenannahmestelle die übertragenen Daten einmal täglich zur internen Verarbeitung ab. Diese Datenverbindung ist ebenfalls verschlüsselt und erfolgt mittels zertifikatbasierter Authentifizierung.

Der Arzt erhält per Email eine Meldung und eine Referenznummer, unter der seine Daten in der Datenannahmestelle verarbeitet werden.

Die eDMP-Daten werden auf dem KV-Server eine Woche nach der Abholung durch die Datenstelle gelöscht. Auf den KV-Web-Server hat lediglich der verantwortliche Administrator Zugriff.

Anhang 3

Kurzbeschreibung DMPonline

- Voraussetzung: Zur Teilnahme an diesem Verfahren stellt der DMP-Arzt einen formlosen schriftlichen Antrag (auch per Email / Online möglich) bei der Datenstelle. Nach Überprüfung durch die Datenstelle werden der Praxis die Zugangsdaten (Benutzername und Kennwort) schriftlich zugestellt.
- Der koordinierende Arzt meldet sich mit Benutzernamen und Kennwort im geschützten Internetbereich der Datenstelle an (<https://inter-forum.de/DMPonline/>) an. Der Datenaustausch zwischen der Arztpraxis (PC) und dem Webserver der Datenstelle erfolgt ausschließlich verschlüsselt.
- Im geschützten Internetbereich der Datenstelle gibt es die Möglichkeit, die DMP-Daten in einer Erfassungsmaske einzugeben. Nach der erfolgreichen Plausibilisierung werden die eDMP-Daten dort automatisch verschlüsselt, signiert und in das Datenbanksystem der Datenstelle übernommen.
- Die eDMP-Daten werden auf dem Datenstellen-Server sofort nach der Übernahme in der DMP-Datenbank gelöscht. Lediglich die Stammdaten des Versicherten stehen für die mögliche Übernahme in weitere Folgedokumentationen zur Verfügung. Über eine Druckfunktion kann der Arzt die erstellte Dokumentation für den Patienten ausdrucken. Auf den Webserver hat lediglich der verantwortliche Administrator der Datenstelle Zugriff.

Bitte nach Möglichkeit an die Telefax-Nummer +49 341 2592022 zurücksenden
(bei Versendung per Telefax ist eine Rücksendung per Post nicht notwendig)

INTER-FORUM Data Services GmbH
Abteilung DMP
Postfach 50 05 55
04305 Leipzig

Antrag zur Erfassung von DMP-Daten im Online-Verfahren

Nachname:	Vorname:
Institution:	
Lebenslange Arztnummer:	
Betriebsstättennummer/Institutionskennzeichen:	
Anschrift:	
Telefon:	Email-Adresse:

Hiermit beantrage ich den Zugang zur DMPonline-Datenerfassung auf dem Server der DMP-Datenstelle INTER-FORUM Data Services GmbH (nachfolgend DMP-Datenstelle genannt). Der Vertragsschluss erfolgt durch Übermittlung eines Zugangscode durch die DMP-Datenstelle, der unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen nur durch mich oder durch mich persönlich beauftragte Mitarbeiter eingesetzt wird.

Ist mir eine missbräuchliche Nutzung meiner Zugangsdaten bekannt geworden, melde ich dies unverzüglich der DMP-Datenstelle. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei auftretenden Sicherheitsproblemen der Zugang durch die DMP-Datenstelle deaktiviert und das Vertragsverhältnis bezüglich der DMPonline-Datenerfassung von DMP-Daten ausgesetzt oder beendet werden kann.

Das vertraglich vereinbarte Versandlistenverfahren bleibt von dieser Regelung unberührt.

Mir ist bekannt, dass es nach dem heutigen Stand der Technik nicht möglich ist, Computersoftware vollständig fehlerfrei zu erstellen.

Aus diesem Grund schließt die DMP-Datenstelle eine mögliche Haftung für Fehler aus der Erfassung und Plausibilitätsprüfung aus. Dies gilt auch für Datenverluste und Folgeschäden. Wartungsarbeiten können zu einer temporären Nichtverfügbarkeit der DMPonline-Datenerfassung führen.

Ich akzeptiere vorstehende Vertragsbedingungen uneingeschränkt.

Datum

Unterschrift und Arztstempel

DMP-Kommunikationsmatrix im Rahmen des Datenmanagements

Information der Vertragsärzte, KVH und Krankenkassen

Stand: 01.01.2011

Nr.	Information	Details/ Besonderheiten	Frequenz/ Zeitpunkt	Empfänger		
				Arzt	KVH	Krankenkassen
1	Korrekturverfahren: Rücksendung fehlerhafter Dokumentationen zur Korrektur	Bearbeitung der Korrekturen innerhalb von 8 Arbeitstagen nach Eingang	wöchentlich	x		
2	eDMP-Versandliste: Übersicht Bestätigung Datenübermittlung eDMP	Innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang der Dokumentationen	wöchentlich	x		
3	Plausible und vollständige Belege: Plausible Dokumentationsbelege des letzten Monats	Information der Krankenkassen mittels Statusdatensatz	monatlich	x		x
4	Korrekturerinnerungen: Nicht plausible Dokumentationsbelege, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen		monatlich	x		
5	Verfahrensbedingte Fehler: Nicht prozesskonforme Belege	Information der Krankenkassen mittels Statusdatensatz	monatlich	x		x
6	Komplementärbelege: Fehlende Teilnahmeerklärungen/fehlende Erstdokumentationen		monatlich	x		
7	Fehler im Dokumentationsverlauf: Außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen	Information der Krankenkassen mittels Statusdatensatz	monatlich	x		x

Nr.	Information	Details/ Besonderheiten	Frequenz/ Zeitpunkt	Empfänger		
				Arzt	KVH	Krankenkassen
8	Fehler im Dokumentationszeitraum: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext	Information der Krankenkassen mittels Statusdatensatz	monatlich	x		x
9	Folgedokumentations-reminder: Zu erstellende Folgedokumentationen im laufenden Quartal (Reminder)		quartalsweise (2. Monat im Quartal)	x		
10	Fehler bei übermittelten DMP-Datenlieferungen: Nicht verarbeitbare Datenlieferungen		wöchentlich	x		
11	Arztrecherche: Dokumentierender Arzt nicht auf Arztliste	Kumuliert bis Abbruch Information der Krankenkassen mittels Statusdatensatz	wöchentlich		x	x
12	Irrläufer unbekannte Krankenkasse	Info an jeweiligen Verband der KK	wöchentlich			x
13	Unbekanntes/nicht gültiges Arzt-Versicherten-Paar		monatlich		x	x
14	Lieferung beleghafter TE/EWE im Original		zweimal wöchentlich			x
15	Export von Dokumentationsdaten		wöchentlich			x
16	KVH-Abrechnung: Vorliegende Belege, des Vorquartals, die vollständig und plausibel bzw. vertragskonform sind	Erstellung unter Berücksichtigung aller Belege eines Quartals	quartalsweise nach Abschluss Vorquartal (nach 8 Wochen)		x	
17	KVH-Abrechnung: Verfristeter Eingang einer Dokumentation		quartalsweise nach Abschluss Vorquartal (nach 8 Wochen)		x	

Anlage 2

Nr.	Information	Details/ Besonderheiten	Frequenz/ Zeitpunkt	Empfänger		
				Arzt	KVH	Krankenkassen
18	KVH-Abrechnung: Außerhalb des Dokumentationszeitraums erstellte Folgedokumentationen		quartalsweise nach Abschluss Vorquartal (nach 8 Wochen)		x	
19	KVH-Abrechnung: DMP-Versichertenverzeichnis	alle eingeschriebenen Versicherten, kumuliert	quartalsweise nach Abschluss Vorquartal (nach 8 Wochen)		x	x
20	Verbandsstatistik	Information der jeweiligen Verbände der Krankenkassen	wöchentlich			x

- Anlage 1 –
Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
des indikationsübergreifenden, allgemeinen Datensatzes

**- nur gültig in Verbindung mit der jeweiligen
indikationsbezogenen Dokumentation
der Anlage 2-5 -**

Grundlage:

**17. RSAV
gültig ab 01.07.2008**

Version: 1.0

**Stand der Bearbeitung:
Version anzuwenden ab:**

**23.05.2008
01.07.2008**

Anlage 1
Datensatz für die indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitätsregeln
Administrative Daten			
1	DMP-Fallnummer	Nummer	Pflichtfeld; bis zu 7 Stellen; alphanumerische Angabe
2	Name des Versicherten	Familienname, Vorname	Pflichtfeld
3	Geburtsdatum des Versicherten	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld; Das Datum muss kleiner dem Datum in Feld 22 sein
4	Kostenträger	Name der Krankenkasse	Pflichtfeld
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer	Pflichtfeld
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)	Pflichtfeld; bis zu 12 Stellen, alphanumerische Angabe
7a	Vertragsarzt-Nummer ¹	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig,
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig,
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer	Bedingtes Pflichtfeld; neunstellige numerische Angabe - Wenn eine Angabe in Feld 7a und in Feld 7b erfolgt ist, ist hier keine Angabe erforderlich
9	Datum	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld; das Datum muss gleich oder kleiner zum Erfassungsdatum bei der entgegennehmenden Stelle (z.B. Datenstelle) sein

¹ Gemeint ist die Lebenslage Arztnummer

10	Einschreibung wegen	KHK / Diabetes mellitus Typ 1 / Diabetes mellitus Typ 2 / Asthma bronchiale / COPD	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe erforderlich, Mehrfachnennung möglich mit folgenden Ausnahmen: „Diabetes mellitus Typ 1“ kann nicht gleichzeitig mit „Diabetes mellitus Typ 2“ angegeben werden „Asthma bronchiale“ kann nicht gleichzeitig mit „COPD“ angegeben werden 1. Erfolgt eine Angabe zu KHK, müssen zusätzlich die Angaben der Anlage 2 entsprechend den dort festgelegten Plausibilitätsregeln erfolgen.⁵ 2. Erfolgt eine Angabe zu Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2, müssen zusätzlich die Angaben der Anlage 3 entsprechend den dort festgelegten Plausibilitätsregeln erfolgen.⁵ 3. Erfolgt eine Angabe zu Asthma bronchiale, müssen zusätzlich die Angaben der Anlage 4 entsprechend den dort festgelegten Plausibilitätsregeln erfolgen.⁵ 3a. Ergibt die Differenz aus der Datumsangabe in Feld 22 minus der Datumsangabe in Feld 3 ein Lebensalter von < 5 Jahren, ist die Angabe "Asthma bronchiale" nicht möglich. 4. Erfolgt eine Angabe zu COPD, müssen zusätzlich die Angaben der Anlage 5 entsprechend den dort festgelegten Plausibilitätsregeln erfolgen.⁵ 4a. Ergibt die Differenz aus der Datumsangabe in Feld 22 minus der Datumsangabe in Feld 3 ein Lebensalter von < 18 Jahren, ist die Angabe "COPD" nicht möglich.
----	---------------------	--	---

11	Modul-Teilnahme ¹	Chronische Herzinsuffizienz : Ja / Nein	Bedingtes Pflichtfeld Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 eine Angabe zu KHK erfolgt ist Enthält Feld 10 keine Angabe zu KHK, ist in Feld 11 keine Angabe erlaubt
12	Geschlecht	Männlich / Weiblich	Pflichtfeld; genau eine Angabe ist zulässig
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten			
13	Körpergröße	m	Pflichtfeld; Numerische Angabe mit zwei Stellen hinter dem Komma; Wertebereich 0,00 - 2,50
14	Körpergewicht	kg	Pflichtfeld; Numerische Angabe, Wertebereich 0 - 300
15	Blutdruck ³	mm Hg	Bedingtes Pflichtfeld; Numerische Angabe, Wenn in Feld 10 eine Angabe zu KHK oder Diabetes mellitus Typ 1 oder Diabetes mellitus Typ 2 oder COPD erfolgt ist, muss hier eine Angabe erfolgen. Enthält Feld 10 die alleinige Angabe „Asthma bronchiale“ und ergibt gleichzeitig die Differenz aus der Datumsangabe in Feld 22 minus der Datumsangabe in Feld 3 ein Lebensalter von <u>≥</u> 18 Jahren, muss eine Angabe erfolgen. Enthält Feld 10 die alleinige Angabe „Asthma bronchiale“ und ergibt gleichzeitig die Differenz aus der Datumsangabe in Feld 22 minus der Datumsangabe in Feld 3 ein Lebensalter von < 18 Jahren, ist hier eine Angabe optional Angabe muss im Wertebereich systolisch 50 - 300 und diastolisch 30 - 180 liegen. Der systolische Wert muss größer als der diastolische Wert sein.

16	Raucher	Ja / Nein	Pflichtfeld; genau eine Angabe ist zulässig
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie / Fettstoffwechselstörung / Diabetes mellitus / KHK / AVK / Schlaganfall / Chronische Herzinsuffizienz / Asthma bronchiale / COPD / Keine der genannten Erkrankungen	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich; wenn „keine der genannten Erkrankungen“ angekreuzt ist, sind keine weiteren Angaben zulässig; alle anderen Kombinationen sind zulässig
18	Serum-Kreatinin ⁴	mg/dl / µmol/l / nicht bestimmt	Bedingtes Pflichtfeld; <u>nur eine Angabe ist zulässig</u> ist in Feld 10 „Einschreibung wegen“ die Angabe „Diabetes mellitus Typ 1“ oder „Diabetes mellitus Typ 2“ erfolgt, muss hier eine Angabe stehen; ist in Feld 10 „Einschreibung wegen“ die Angabe KHK und / oder Asthma oder COPD erfolgt, ist die Angabe optional Wenn „Nicht bestimmt“ angekreuzt ist, kann nicht gleichzeitig ein Wert eingetragen sein <u>Wenn ein Wert bei µ mol/l eingetragen ist, kann nicht gleichzeitig eine Wertangabe bei mg/dl und / oder eine Angabe bei „nicht untersucht“ erfolgen</u> <u>Wenn eine Werteangabe bei mg/dl eingetragen ist, kann nicht gleichzeitig ein Wert bei µ mol/l und / oder eine Angaben bei „nicht untersucht“ erfolgen</u> Wenn ein Wert bei µ mol/l eingetragen ist, muss der Wert innerhalb des Wertebereiches von 0 bis 7956 liegen Wenn ein Wert bei mg/dl eingetragen ist, muss der Wert innerhalb des Wertebereiches von 0,00 - 90,00 liegen
Behandlungsplanung			
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote	Tabakverzicht / Ernährungsberatung / Körperliches Training	Kein Pflichtfeld Mehrfachnennungen sind möglich
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal	Pflichtfeld;

			nur eine Angabe ist zulässig
21	Nächste Dokumentationserstellung geplant am (optionales Feld)	TT.MM.JJJJ	Kein Pflichtfeld
22	Datum der Erstellung	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld Das Datum muss gleich oder kleiner dem Datum in der Erfassungsstelle sein

¹ Nur bei DMP KHK auszufüllen

³

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen

⁴ Bei KHK, Asthma bronchiale und COPD nur optional auszufüllen

⁵ Für der Umsetzung der Prüfung nach den Nummern 1, 2, 3 und 4 in den DMP-Datenstellen ist der Eintrag im Element **<document_type_cd>** des übermittelten Dokumentationsdatensatzes maßgeblich.

- Anlage 2 -
Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
des strukturierten Behandlungsprogramms

KHK

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version: 1.0

Stand der Bearbeitung:
Version anzuwenden ab:

07.12.2007
01.07.2008

Anlage 2: Datensatz für die indikationsspezifische Dokumentation: **Koronare Herzkrankheit (KHK)**

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
	Ist in der Anlage 1 in Feld 10 mindestens die Angabe „KHK“ erfolgt, sind die nachstehenden Felder der Anlage 2 entsprechend den Festlegungen der Plausibilitätsregeln auszufüllen		
	Anamnese- und Befunddaten		
1	Angina pectoris	Typisch / Atypisch / Nein	Pflichtfeld; genau eine Angabe ist zulässig
2	Serum-Elektrolyte ⁶	Bestimmt / Nicht bestimmt	Bedingtes Pflichtfeld; genau eine Angabe ist zulässig Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 11 der Anlage 1 die Angabe „ja“ erfolgt ist
	Relevante Ereignisse		
3	Akutes Koronarsyndrom	Herzinfarkt / Andere Form des akuten Koronarsyndroms / Nein	Pflichtfeld; genau eine Angabe ist zulässig
4	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention	Koronarangiographie / Koronartherapeutische Intervention / Keine	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Wenn die Angabe „Keine“ erfolgt ist kann nicht gleichzeitig „Koronarangiographie“ und / oder „Koronartherapeutische Intervention“ angekreuzt werden Die Angabe „Koronarangiographie“ kann gleichzeitig mit der Angabe „Koronartherapeutische Intervention“ erfolgen
5	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation ¹⁰	Anzahl	Bedingtes Pflichtfeld; Eine Angabe ist erforderlich, wenn die Anlage 2 im Rahmen einer Folgedokumentation auszufüllen ist Angabe muss gleich oder größer „0“ und kleiner oder gleich 99 sein

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
	Medikamente		
6	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und / oder „Kontraindikation“ erfolgen. Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen. Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und / oder „Kontraindikation“ erfolgen. Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen.
7	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und / oder „Kontraindikation“ erfolgen. Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen. Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und / oder „Kontraindikation“ erfolgen. Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen.
8	ACE-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und / oder „Kontraindikation“ erfolgen. Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen. Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und / oder „Kontraindikation“ erfolgen.
9	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und / oder „Kontraindikation“ erfolgen.

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
			Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen.
10	Sonstige Medikation	Ja / Nein	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
Schulung			
11	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Wenn die Angabe „keine“ erfolgt ist, kann nicht gleichzeitig „Diabetes-Schulung“ und / oder „Hypertonie-Schulung“ angekreuzt werden Die Angabe „Diabetes-Schulung“ kann gleichzeitig mit der Angabe „Hypertonie-Schulung“ erfolgen
12	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Diabetes Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen Hypertonie-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	Pflichtfeld; Genau jeweils eine Angabe ist zu "Diabetes-Schulung" und zu "Hypertonie-Schulung" erforderlich. Genau jeweils eine Angabe zu „Diabetes-Schulung“ und zu Hypertonie-Schulung“ ist zulässig - Die Angaben zu „Diabetes Schulung“ und „Hypertonie Schulung“ sind gleichzeitig erforderlich und voneinander unabhängig
Behandlungsplanung			
13	KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
14	Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen? ⁶	Ja / Nein / Nicht erforderlich	Bedingtes Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 der Anlage 1 mindestens die Angabe KHK erfolgt ist und gleichzeitig in Feld

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
			11 der Anlage 1 die Angabe „ja“ erfolgt ist Wenn eine Angabe zu „ja“ erfolgt ist, ist keine weitere Angabe zulässig Die Angabe „nein“ kann gleichzeitig mit der Angabe „nicht erforderlich“ erfolgen

⁶ Nur bei Modul Chronische Herzinsuffizienz ¹⁰ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

- Anlage 3 -
Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
der strukturierten Behandlungsprogramme

Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version: 1.0

Stand der Bearbeitung:
Version anzuwenden ab:

07.12.2007
01.07.2008

Anlage 3: Datensatz für die indikationsspezifische Dokumentation: Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
Ist in der Anlage 1 in Feld 10 mindestens die Angabe „Diabetes mellitus Typ 1“ oder „Diabetes mellitus Typ 2“ erfolgt, sind die nachstehenden Felder der Anlage 3 entsprechend den Festlegungen der Plausibilitätsregeln auszufüllen			
Anamnese- und Befunddaten			
1	HbA1c-Wert	Wert in %	Pflichtfeld; Numerische Angabe Angabe mit einer Stelle hinter dem Komma Wertebereich 0,0 bis 21,0
2	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung	Nicht untersucht / Nein / Ja	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
3	Fußstatus	Pulsstatus: Unauffällig / Auffällig / Nicht erhoben Sensibilitätsprüfung: Unauffällig / Auffällig / Nicht durchgeführt Fußstatus: Unauffällig / Auffällig / Nicht erhoben Wenn Fußstatus auffällig: Wagner-Stadium: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 Armstrong-Klassifikation: A / B / C / D	Bedingtes Pflichtfeld; Wenn die Differenz aus der Datumsangabe in Feld 22 der Anlage 1 minus der Datumsangabe in Feld 3 der Anlage 1 ein Lebensalter von ≥ 18 Jahren ergeben, muss jeweils genau eine Angabe zu „Pulsstatus“ und „Sensibilitätsstörung“ und „Fußstatus“ erfolgen Pulsstatus: genau eine Angabe ist zulässig Sensibilitätsprüfung: genau eine Angabe ist zulässig Fußstatus: genau eine Angabe ist zulässig Die Angaben zu „Pulsstatus“ und „Sensibilitätsstörung“ und „Fußstatus“ können jeweils voneinander unabhängig erfolgen. Ergibt die Differenz aus der Datumsangabe in Feld 22 der Anlage 1 minus der Datumsangabe in Feld 3 der Anlage 1 ein Lebensalter von ≥ 18 Jahren und erfolgt gleichzeitig bei der Ausprägung „Fußstatus“ die Angabe „auffällig“, muss genaue eine Angabe zur Ausprägung „Wagner-“

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
			Stadium 0 - 5" und zusätzlich genau eine Angabe zur Ausprägung „Armstrong-Klassifikation A - D" erfolgen Erfolgt bei der Ausprägung „Fußstatus" die Angabe „unauffällig" oder „nicht erhoben", ist eine Angabe zur Ausprägung „Wagner-Stadium 0 - 5" und „Armstrong-Klassifikation A - D" nicht zulässig
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie / Diabetische Neuropathie / Diabetische Retinopathie	Kein Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich
Relevante Ereignisse			
5	Relevante Ereignisse	Nierenersatztherapie / Erblindung / Amputation / Herzinfarkt / Keine der genannten Ereignisse	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Wenn die Angabe „keine der genannten Ereignisse" erfolgt ist, ist keine weitere Angabe zulässig; alle anderen Kombinationen sind zulässig
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation ¹⁶	Anzahl	Bedingtes Pflichtfeld; Eine Angabe ist erforderlich, wenn die Anlage 3 im Rahmen einer Folgedokumentation auszufüllen ist Angabe muss gleich oder größer „0" sein und kleiner oder gleich 99
7	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation ¹⁶	Anzahl	Bedingtes Pflichtfeld Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 der Anlage 1 mindestens die Angabe „Diabetes mellitus Typ 1" erfolgt ist und gleichzeitig die Anlage 3 im Rahmen einer Folgedokumentation auszufüllen ist Angabe muss gleich oder größer „0" sein und kleiner oder gleich 99

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation ¹⁶	Anzahl	Bedingtes Pflichtfeld; Eine Angabe ist erforderlich, wenn die Anlage 3 im Rahmen einer Folgedokumentation auszufüllen ist Angabe muss gleich oder größer „0“ sein und kleiner oder gleich 99
Medikamente			
9	Insulin oder Insulin-Analoga	Ja / Nein	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
10	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid	Ja / Nein / Kontraindikation	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 der Anlage 1 mindestens eine Angabe zu „Diabetes mellitus Typ 2“ erfolgt ist Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und/oder „Kontraindikation“ erfolgen Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen
11	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin	Ja / Nein / Kontraindikation	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 der Anlage 1 mindestens eine Angabe zu „Diabetes mellitus Typ 2“ erfolgt ist Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und/oder „Kontraindikation“ erfolgen Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
			Angabe „Kontraindikation“ erfolgen
12	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige orale antidiabetische Medikation	Ja / Nein	Bedingtes Pflichtfeld; Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 der Anlage 1 mindestens eine Angabe zu „Diabetes mellitus Typ 2“ erfolgt ist Genau eine Angabe ist zulässig
13	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation	Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und/oder „Kontraindikation“ erfolgen Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen
14	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und/oder „Kontraindikation“ erfolgen Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen
15	ACE-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und/oder „Kontraindikation“ erfolgen Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der Angabe „Kontraindikation“ erfolgen
16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Die Angabe „ja“ kann nicht gleichzeitig mit „nein“ und/oder „Kontraindikation“ erfolgen Die Angabe „nein“ kann alleine oder gleichzeitig mit der

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
			Angabe „Kontraindikation“ erfolgen
17	Sonstige antihypertensive Medikation	Ja / Nein	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
Schulung			
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Wenn die Angabe „keine“ erfolgt ist, kann nicht gleichzeitig „Diabetes-Schulung“ und / oder „Hypertonie-Schulung“ angekreuzt werden Die Angabe „Diabetes-Schulung“ kann gleichzeitig mit der Angabe „Hypertonie-Schulung“ erfolgen
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Diabetes-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen Hypertonie-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	Pflichtfeld; genau jeweils eine Angabe ist für die "Diabetes-Schulung" und für die "Hypertonie-Schulung" erforderlich. Genau jeweils eine Angabe zu „Diabetes-Schulung“ und zu Hypertonie-Schulung“ ist zulässig Die Angaben zu „Diabetes Schulung“ und „Hypertonie Schulung“ sind gleichzeitig erforderlich und voneinander unabhängig
Behandlungsplanung			
20	Zielvereinbarung HbA1c	Aktuellen Wert: Halten / Senken / Anheben	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	Durchgeführt / Nicht durchgeführt / Veranlasst	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich Wenn „durchgeführt“ angekreuzt ist, kann nicht gleichzeitig „nicht durchgeführt“ angekreuzt sein Wenn „veranlasst“ angekreuzt ist, kann gleichzeitig

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
			„durchgeführt“ oder „nicht durchgeführt“ angekreuzt sein
22	Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Nein / Zur qualifizierten Einrichtung für das diabet. Fußsyndrom / Zum diabetologisch qualifizierten Arzt bzw. zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung / Sonstige	Pflichtfeld; Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich Wenn „nein“ angekreuzt ist, ist keine weitere Angabe zulässig Die Angaben „Zur qualifizierten Einrichtung für das diabet. Fußsyndrom“, „Zum diabetologisch qualifizierten Arzt bzw. zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung“, „Sonstige“ sind frei kombinierbar

- Anlage 4 -
Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
des strukturierten Behandlungsprogramms

Asthma bronchiale

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version: 1.0

Stand der Bearbeitung:
Version anzuwenden ab:

07.12.2007
01.07.2008

Anlage 4: Datensatz für die indikationsspezifische Dokumentation: **Asthma bronchiale**

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitätsregeln
	Ist in der Anlage 1 in Feld 10 mindestens die Angabe „Asthma bronchiale“ erfolgt, sind die nachstehenden Felder der Anlage 4 entsprechend den Festlegungen der Plausibilitätsregeln auszufüllen		
	Anamnese- und Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen	Täglich / Wöchentlich / Seltener als wöchentlich / Keine	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert / Nicht durchgeführt	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig Erfolgt eine Angabe zu „Wert“ muss die Angabe numerisch erfolgen Angabe in Liter/Minute; Wertebereich 40 – 999
	Relevante Ereignisse		
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ²⁰	Anzahl	Bedingtes Pflichtfeld; Numerische Angabe Eine Angabe ist erforderlich, wenn die Anlage 4 im Rahmen einer Folgedokumentation auszufüllen ist Angabe muss gleich oder größer „0“ sein und kleiner oder gleich 99
	Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich - wenn „keine“ und/oder „Kontraindikation“ angekreuzt ist, kann nicht „bei Bedarf“ und/oder „Dauermedikation“

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitätsregeln
			angekreuzt werden, - „bei Bedarf“ und „Dauermedikation“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden. „keine“ und „Kontraindikation“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich - 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. „keine“ und „Kontraindikation“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation	
6	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich - 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. „keine“ und „Kontraindikation“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Systemische Glukokortikosteroide / Andere	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich - wenn „Nein“ angekreuzt ist, ist keine weitere Angabe möglich. „Systemische Glukokortikosteroide“ und „Andere“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden.
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
Schulung			

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitätsregeln
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
Behandlungsplanung			
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein / Nicht durchführbar	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennung sind möglich - Wenn die Angabe „ja“ erfolgt ist kann nicht gleichzeitig „nein“ und/oder „nicht durchführbar“ angekreuzt sein - „nein“ und „nicht durchführbar“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein	Pflichtfeld; genau eine Angabe ist zulässig

²⁰

Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

- Anlage 5 -
Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
des strukturierten Behandlungsprogramms

COPD

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version: 1.0

Stand der Bearbeitung:
Version anzuwenden ab:

07.12.2007
01.07.2008

Anlage 5: Datensatz für die indikationsspezifische Dokumentation: Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
Ist in der Anlage 1 in Feld 10 mindestens die Angabe „COPD“ erfolgt sind die nachstehenden Felder der Anlage 5 entsprechend den Festlegungen der Plausibilitätsregeln auszufüllen			
Anamnese- und Befunddaten			
1	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate)	X,XX Liter / Nicht durchgeführt	Pflichtfeld: Genau eine Angabe ist zulässig Erfolgt eine Angabe zu „X,XX Liter“ muss die Angabe numerisch mit einer Stelle vor und zwei Stellen hinter dem Komma erfolgen Wertebereich 0,00 – 9,99
Relevante Ereignisse			
2	Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation ²²	Anzahl	Bedingtes Pflichtfeld; Numerische Angabe Eine Angabe ist erforderlich, wenn die Anlage 5 im Rahmen einer Folgedokumentation auszufüllen ist Angabe muss gleich oder größer „0“ sein und kleiner oder gleich 99
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation ²²	Anzahl	Bedingtes Pflichtfeld; Numerische Angabe Eine Angabe ist erforderlich, wenn die Anlage 5 im Rahmen einer Folgedokumentation auszufüllen ist Angabe muss gleich oder größer „0“ sein und kleiner oder gleich 99

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
Medikamente			
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich - 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. „keine“ und „Kontraindikation“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich - 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. „keine“ und „Kontraindikation“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden
6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich - 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. „keine“ und „Kontraindikation“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein / Theophyllin / Inhalative Glukokortikosteroide / Systemische	Pflichtfeld; mindestens eine Angabe ist notwendig;

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung	Plausibilitäten
		Glukokortikosteroide / Andere	Mehrfachnennungen sind möglich wenn „Nein“ angekreuzt ist, ist keine weitere Angabe möglich. „Theophyllin“, Inhalative Glukokortikosteroide“ und / oder „Systemische Glukokortikosteroide“ und / oder „Andere“ können einzeln oder gemeinsam angekreuzt werden.
Schulung			
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig
Behandlungsplanung			
11	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein	Pflichtfeld; Genau eine Angabe ist zulässig

²² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Plausibilitätsrichtlinie zur Prüfung der Dokumentationsdaten des strukturierten Behandlungsprogramms

Brustkrebs

Erstdokumentation

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.04.2008

Stand der Bearbeitung:
Version

23.05.2008
5.0.

anzuwenden ab:

01.07.2008

Der Zeitpunkt, ab dem diese Plausibilitätsrichtlinie anzuwenden ist, wird von der regionalen DMP-Arbeitsgemeinschaft festgelegt. Eine Umsetzung muss bis spätestens 01.07.2008 erfolgt sein.

Brustkrebs – Erstdokumentation			
Feld-Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung	Plausibilitätsregeln
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin/vom Arzt zu vergeben	Pflichtfeld; Siebenstellige Nummer; alphanumerische Angabe
Administrative Daten			
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse	Pflichtfeld
3	Name, Vorname der Versicherten		Pflichtfeld
4	geb. am.	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld;
5	Kassen-Nr.	Nummer	Pflichtfeld
6	Versicherten-Nr.	Nummer	Pflichtfeld;
7a	Vertragsarztnummer ¹	9-stellige Nummer	bis zu 12 Stellen, alphanumerische Angabe Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig,
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig,
8	Krankenhaus-IK	Nummer	Bedingtes Pflichtfeld; neunstellige numerische Angabe - Wenn eine Angabe in Feld 7a und in Feld 7b erfolgt ist, ist hier keine Angabe erforderlich
9	Datum	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld; Das Datum muss gleich oder kleiner dem Erfassungsdatum in der Datenstelle sein
Einschreibung			
Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein			
10	Erstmanifestation des Primärtumors (Datum des histologischen Nachweises)	TTMMJJJJ	Bedingtes Pflichtfeld; - Wenn die Felder 11 und 12 und 13 keine Angaben enthalten, muss hier eine Angabe TT.MM.JJJJ gemacht werden. Ein anderes Datumsformat ist dann nicht zulässig. Die Angabe muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein

¹ Gemeint ist die Lebenslange Arztnummer

			- Feld 10, 11, 12 und 13 können gemeinsam angekreuzt werden. - Enthält Feld 10 und gleichzeitig Feld 11 oder Feld 12 oder Feld 13 eine Angabe, muss das Datum in Feld 10 kleiner oder gleich sein der Angabe in Feld 11 oder in Feld 12 oder kleiner oder größer oder gleich der Angabe in Feld 13 und gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Wenn Feld 10 und Feld 13 eine Angabe enthält und gleichzeitig die Felder 11 und 12 leer sind, dann muss in Feld 10 mindestens die Angabe JJJJ erfolgen; die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für das Feld 10 zulässig. Die Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt.. - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss in mindestens einem der Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 eine Angabe JJJJ erfolgen. Die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für die Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 zulässig. Die Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt.
11	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TTMMJJJJ	Bedingtes Pflichtfeld; - Wenn die Felder 10 und 12 und 13 keine Angaben enthalten, muss hier eine Angabe TT.MM.JJJJ gemacht werden. Ein anderes Datumsformat ist dann nicht zulässig. Die Angabe muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Feld 10, 11, 12 und 13 können gemeinsam angekreuzt werden. - Wenn Feld 11 und Feld 13 eine Angabe enthält und gleichzeitig die Felder 10 und 12 leer sind, muss hier mindestens die Angabe JJJJ erfolgen; die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für Feld 11 zulässig. Die Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. . Das Datumsformat JJJJ wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt. - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss in mindestens einem der Felder 10 und/oder 11

			und/oder 12 eine Angabe JJJJ erfolgen. Die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für die Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 zulässig. Die Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt. - Enthält Feld 11 und gleichzeitig Feld 10 eine Angabe, muss das Datum in Feld 11 größer oder gleich sein dem Datum in Feld 10 und gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 11 und gleichzeitig Feld 12 eine Angabe, kann das Datum in Feld 11 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 12 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 11 und gleichzeitig Feld 13 eine Angabe, kann das Datum in Feld 11 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 13 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 11 und gleichzeitig Feld 10 und Feld 12 und Feld 13 eine Angabe, kann das Datum in Feld 11 sowohl größer als auch kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 12 und 13 und gleichzeitig muss es größer oder gleich sein dem Datum in Feld 10 und gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein .
12	Lokoregionäres Rezidiv (Datum des histologischen Nachweises)	TTMMJJJJ	Bedingtes Pflichtfeld: - Wenn die Felder 10 und 11 und 13 keine Angabe enthalten, muss hier eine Angabe TT.MM.JJJJ gemacht werden. Ein anderes Datumsformat ist dann nicht zulässig. Die Angabe muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Feld 10 und 11 und 12 und 13 können gemeinsam angekreuzt werden. - Wenn Feld 12 und 13 eine Angabe enthält und gleichzeitig die Felder 10 und 11 leer sind, muss hier mindestens die Angabe JJJJ erfolgen; die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für das Feld 12 zulässig. Die Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt. - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss in mindestens einem der Felder 10 und/oder 11

			und/oder 12 eine Angabe JJJJ erfolgen. Die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für die Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 zulässig. Die Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt. - Enthält Feld 12 und gleichzeitig Feld 10 eine Angabe, muss das Datum in Feld 12 größer oder gleich sein dem Datum in Feld 10 und gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein . - Enthält Feld 12 und gleichzeitig Feld 11 eine Angabe, kann das Datum in Feld 12 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 11 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 12 und gleichzeitig Feld 13 eine Angabe, kann das Datum in Feld 12 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 13 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 12 und gleichzeitig Feld 10 und Feld 11 und Feld 13 eine Angabe, muss das Datum in Feld 12 größer oder gleich sein dem Datum in Feld 10 und kann gleichzeitig größer oder kleiner oder gleich dem Datum in Feld 11 und Feld 13 sein. und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein
13	Fernmetastasen erstmals gesichert	TTMMJJJJ	Bedingtes Pflichtfeld - Enthält Feld 10 und Feld 11 und Feld 12 nur eine Angabe im Format JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ, muss in Feld 13 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgen. Das Datumsformat JJJJ in Feld 10 und 11 und 12 wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ in Feld 10 und 11 und 12 werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt. - Feld 10 und 11 und 12 und 13 können gemeinsam angekreuzt werden. - Enthält Feld 10 und/oder Feld 11 und/oder Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ, muss in Feld 13 keine Angabe erfolgen. - Enthält Feld 13 eine Angabe, muss in mindestens einem der Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 die Angabe JJJJ erfolgen. Die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für die Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 zulässig. Die Angabe in Feld 13 muss dabei

		kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ in Feld 10 und 11 und 12 wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ in Feld 10 und 11 und 12 werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt. - Enthält Feld 13 und gleichzeitig Feld 10 eine Angabe, kann das Datum in Feld 13 größer oder kleiner oder gleich dem Datum in Feld 10 sein und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein . - Enthält Feld 13 und gleichzeitig Feld 11 eine Angabe, kann das Datum in Feld 13 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 11 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält das Feld 13 und gleichzeitig Feld 12 eine Angabe, kann das Datum in Feld 13 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 12 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält das Feld 13 und gleichzeitig das Feld 10 und das Feld 11 und das Feld 12 eine Angabe, kann das Datum in Feld 13 größer oder kleiner oder gleich dem Datum in Feld 10 und Feld 11 und Feld 12 sein und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein.
Plausibilität für eine gültige Einschreibung		
		Eine Einschreibung ist gültig, wenn - mindestens in einem der Felder 10 oder 11 oder 12 die Angaben TT.MM.JJJJ kleiner als 5,5 Jahre (Differenz der Angabe aus Feld 10 oder 11 oder 12 zu Feld 38) beträgt oder: wenn eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist und gleichzeitig in mindestens einem der Felder 10 oder 11 oder 12 eine Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ erfolgt ist. Die Angaben TT.MM.JJJJ oder 00.MM.JJJJ sind dabei ebenfalls zulässig.
		• Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 28 auszufüllen. • Bei Einschreibung wegen eines lokoregionären Rezidivs sind die Zeilen 29 bis 30 auszufüllen. • Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 31 bis 33 auszufüllen.
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
14	Betroffene Brust	Re./Li../Beidseits Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format

			TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 gleichzeitig eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe in Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - „Re.“ kann alleine angekreuzt werden - „Li.“ kann alleine angekreuzt werden - „Beidseits“ kann alleine angekreuzt werden - „Re.“ und „Li.“ können gleichzeitig angekreuzt werden - „Re.“ und „Beidseits“ können gleichzeitig angekreuzt werden - „Li.“ und „Beidseits“ können gleichzeitig angekreuzt werden - „Re.“ und „Li.“ und „Beidseits“ können gleichzeitig angekreuzt werden
15	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt?	Stanzbiopsie / Vakuumunterstützte Mammabiopsie / Offene Biopsie / Mammographie/ Sonographie / Andere	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn nur eine Angabe in Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn „Mammographie“ angekreuzt wird, muss zusätzlich „Stanzbiopsie“ und/oder

			„vakuumunterstützte Mammabiopsie“ und/oder „Offene Biopsie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - Wenn „Sonographie“ angekreuzt wird, muss zusätzlich „Stanzbiopsie“ und/oder „vakuumunterstützte Mammabiopsie“ und/oder „Offene Biopsie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - Wenn „Andere“ angekreuzt wird, muss zusätzlich mindestens eine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Die Angabe „Stanzbiopsie“ kann auch einzeln angekreuzt werden - Die Angabe „Vakuumunterstützte Mammabiopsie“ kann auch einzeln angekreuzt werden - Die Angabe „Offene Biopsie“ kann auch einzeln angekreuzt werden
16	Aktueller Behandlungstatus bezogen auf das operative Vorgehen	OP geplant /OP nicht geplant / Postoperativ	Bedingtes Pflichtfeld; Es ist nur eine Angabe zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe in Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn „OP geplant“ oder „Op nicht geplant“ angekreuzt wird, dann ist in den Feldern 17-25 keine Angabe erforderlich - Wenn „postoperativ“ angekreuzt wird, dann sind in den Feldern 17-28 Angaben erforderlich - Wenn „OP geplant“ angekreuzt wird, darf nicht „OP nicht geplant“ und/oder „postoperativ“ angekreuzt werden - Wenn „OP nicht geplant“ angekreuzt wird, darf nicht „OP geplant“ und/oder „postoperativ“ angekreuzt werden - Wenn „postoperativ“ angekreuzt wird, darf nicht „OP geplant“ und/oder „OP nicht geplant“ angekreuzt werden
17	Art der erfolgten operativen Therapie	BET / Mastektomie/ Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format

		TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist - Wenn „keine OP“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „BET“ angekreuzt wird, kann auch „Mastektomie“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, kann auch „BET“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ angekreuzt wird, kann auch „BET“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Axilläre Lymphonodektomie“ angekreuzt wird, kann auch „BET“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Anderes Vorgehen“ angekreuzt wird, kann auch „BET“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ angekreuzt werden - Die Angaben „BET“ oder „Mastektomie“ oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ oder „Axilläre Lymphonodektomie“ oder „Anderes Vorgehen“ oder „Keine OP“ können auch alleine angekreuzt werden.
	Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / Keine OP	

Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses			
18	pT	x / Tis / 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / keine OP	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist - wenn „X“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - „X“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Keine OP“ angekreuzt wird, kann auch „X“ angekreuzt werden - „Keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Tis“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „4“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
19	pN	X / 0 / 1 / 2 / 3 / Keine OP	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in

			Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder OP nicht geplant“ erfolgt ist. - Wenn „X“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - „X“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Keine OP“ angekreuzt wird, kann auch „X“ angekreuzt werden - „Keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
20	M	X / 0 / 1	Bedingtes Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist

21	Grading	1 / 2 / 3 / Unbekannt	- Wenn „X“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden Bedingtes Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „Op nicht geplant“ erfolgt ist - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
22	Resektionsstatus	R0 / R1 / R2 / Unbekannt / keine OP	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format

			TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist. - wenn „R0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „R1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „R2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - wenn „Keine OP“ angekreuzt wird, kann auch „Unbekannt“ angekreuzt werden - „Keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - „Unbekannt“ kann auch alleine angekreuzt werden
23	Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)	Positiv / Negativ / Unbekannt	Bedingtes Pflichtfeld; - Nur eine Antwort ist zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder OP nicht geplant“ erfolgt ist - wenn „Positiv“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden

24	Anzahl der entfernten Lymphknoten	Keine / Sentinel-Lymphknoten / ≤ 10 / ≥ 10	- wenn „Negativ“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „Op nicht geplant“ erfolgt ist. - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf nicht „Sentinel-Lymphknoten“ und/oder „≤ 10“ und/oder „≥ 10“ angekreuzt werden - Wenn „≤ 10“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „≥ 10“ angekreuzt werden - Wenn „≥ 10“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „≤ 10“ angekreuzt werden - Wenn „Sentinel-Lymphknoten“ angekreuzt wird, kann „≤ 10“ oder „≥ 10“ zusätzlich angekreuzt werden
25	Anzahl der befallenen Lymphknoten	Keine / Sentinel-Lymphknoten negativ / 1-3 / ≥ 4 / Unbekannt	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist.

		- Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist. - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, kann auch „Sentinel-Lymphknoten negativ“ angekreuzt werden - Wenn „keine“ angekreuzt wird, darf nicht „1-3“ und/oder „≥4“ und/oder „unbekannt“ angekreuzt werden - „Keine“ kann auch alleine angekreuzt werden - „Sentinel-Lymphknoten negativ“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „1-3“ angekreuzt wird, darf nicht „kein“ und/oder „≥ 4“ und/oder „Unbekannt“ angekreuzt werden - Wenn „≥ 4“ angekreuzt wird, darf nicht „kein“ und/oder „1-3“ und/oder „Unbekannt“ angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
Adjuvante Behandlung des Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses		
26	Strahlentherapie Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	Bedingtes Pflichtfeld; - Nur eine Antwort ist zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angaben enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder in Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional

			- Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden. - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden. - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden. - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden.
27	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	Bedingtes Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angaben enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder in Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden Bedingtes Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angaben enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das
28	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	Bedingtes Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angaben enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das

			Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder in Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
Befunde und Therapie eines lokoregionären Brustkrebses			
29	Lokalisation	Intramammär / Thoraxwand / Axilla	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ enthält und gleichzeitig das Feld 13 leer ist. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn sowohl in Feld 10 und/oder Feld 11 als auch in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 12 kleiner oder gleich dem Datum in Feld 10 und/oder kleiner dem Datum in Feld 11 ist. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt, ist die Angabe optional - wenn „Intramammär“ angekreuzt wird, kann auch „Thoraxwand“ und/oder „Axilla“ angekreuzt werden - wenn „Thoraxwand“ angekreuzt wird, kann auch „Intramammär“ und/oder „Axilla“ angekreuzt werden - wenn „Axilla“ angekreuzt wird, kann auch „Intramammär“ und/oder „Thoraxwand“ angekreuzt werden - Die Angaben „Intramammär“ oder „Thoraxwand“ oder „Axilla“ können auch jeweils alleine angekreuzt werden.
30	Andauernde oder	Keine / Präoperativ /	bedingtes Pflichtfeld;

	abgeschlossene Therapie	Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Anderes Vorgehen	Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ enthält und gleichzeitig das Feld 13 leer ist. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn sowohl in Feld 10 und/oder Feld 11 als auch in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 12 kleiner oder gleich dem Datum in Feld 10 und/oder kleiner dem Datum in Feld 11 ist. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt, ist die Angabe optional. - wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Präoperativ“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „Exzision“ und/oder Mastektomie angekreuzt werden. - wenn „Präoperativ“ angekreuzt wird, kann auch „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Exzision“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „Präoperativ“ angekreuzt werden - wenn „Exzision“ angekreuzt wird, kann auch „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „Präoperativ“ angekreuzt werden - wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Präoperativ“ und/oder „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Präoperativ“ und/oder „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, kann auch „Präoperativ“ und/oder „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Anderes Vorgehen“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden
--	-------------------------	---	---

			und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ angekreuzt werden - Die Angaben „Keine“ oder „Präoperativ“ oder „Exzision“ oder „Mastektomie“ oder „Strahlentherapie“ oder „Chemotherapie“ oder „Endokrine Therapie“ - oder „Anderes Vorgehen“ können auch jeweils alleine angekreuzt werden
Befunde und Therapie von Fernmetastasen			
31	Lokalisation	Leber / Lunge / Knochen / Andere	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss hier mindestens eine Angabe erfolgen. - Wenn Feld 10 und/oder Feld 11 und/oder Feld 12 eine Angabe enthält und Feld 13 leer ist, ist hier keine Angabe erforderlich. - wenn „Leber“ angekreuzt wird, kann auch „Lunge“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden. - wenn „Lunge“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden. - wenn „Knochen“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Lunge“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden. - wenn „Andere“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Lunge“ und/oder „Knochen“ angekreuzt werden. - Die Angaben „Leber“ oder „Lunge“ oder „Knochen“ oder „Andere“ können auch jeweils alleine angekreuzt werden
32	Therapie	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss hier mindestens eine Angabe erfolgen. - Wenn Feld 10 und/oder Feld 11 und/oder Feld 12 eine Angabe enthält und Feld 13 leer ist, ist hier keine Angabe erforderlich. - wenn „keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Operativ“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Operativ“ angekreuzt wird, kann auch „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden

		- wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - wenn „Andere“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Andere“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ angekreuzt werden - „Operativ“ oder „Strahlentherapie“ oder „Chemotherapie“ oder „Endokrine Therapie“ oder „Andere“ oder „Keine“ können auch jeweils alleine angekreuzt werden
33	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Eine Angabe ist erforderlich, wenn Feld 13 eine Angabe enthält und gleichzeitig in Feld 31 die Angabe „Knochen“ angekreuzt ist - wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Nein“ und/oder „Kontraindikation“ angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Ja“ angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann gleichzeitig „Kontraindikation“ angekreuzt werden - wenn „Kontraindikation“ angekreuzt wird, kann gleichzeitig „Nein“ angekreuzt werden - „Kontraindikation“ kann alleine angekreuzt werden - „nein“ kann alleine angekreuzt werden
Sonstige Beratung und Behandlung		
34	Lymphödem	Ja / Nein Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig - wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Nein“ angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Ja“ angekreuzt werden
35	Systematische Tumorschmerztherapie	Ja / Nein / Nicht erforderlich Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Nein“ und/oder „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden

			- wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Ja“ angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Ja“ angekreuzt werden - wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, kann auch „Nein“ angekreuzt werden - „Nicht erforderlich“ kann auch alleine angekreuzt werden
36	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	Ja / Nein / Abgelehnt	Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - wenn „Ja“ angekreuzt wird, kann auch „Abgelehnt“ angekreuzt werden - „Ja“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Abgelehnt“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Abgelehnt“ angekreuzt wird, kann auch „Ja“ oder „Nein“ angekreuzt werden - wenn „Ja“ angekreuzt wird, kann nicht „Nein“ angekreuzt werden und umgekehrt - „Abgelehnt“ kann auch alleine angekreuzt werden
37	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ	Optionales Feld
38	Datum	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld Das Datum muss gleich oder kleiner dem Datum in der Erfassungsstelle sein
39	Unterschrift		Pflichtfeld

Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
des strukturierten Behandlungsprogramms

Brustkrebs

postoperative Erstdokumentation nach präoperativer Einschreibung (pnp)

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.04.2008

Stand der Bearbeitung:
Version

23.05.2008
5.0.
01.07.2008

anzuwenden ab:

Der Zeitpunkt, ab dem diese Plausibilitätsrichtlinie anzuwenden ist, wird von der regionalen DMP-Arbeitsgemeinschaft festgelegt. Eine Umsetzung muss bis spätestens 01.07.2008 erfolgt sein.

Brustkrebs – Erstdokumentation			
Feld-Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung	Plausibilitätsregeln
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin / vom Arzt zu vergeben	Pflichtfeld; Siebenstellige Nummer; alphanumerische Angabe
Administrative Daten			
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse	Pflichtfeld
3	Name, Vorname der Versicherten		Pflichtfeld
4	geb. am.	TT.MM.JJ(JJ)	Pflichtfeld;
5	Kassen-Nr.	Nummer	Pflichtfeld
6	Versicherten-Nr.	Nummer	Pflichtfeld; bis zu 12 Stellen, alphanumerische Angabe
7a	Vertragsärztin/-arzt-Nr. ¹	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld; 9-stellige Numerische Angabe Wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig,
8	Krankenhaus-IK	Nummer	Bedingtes Pflichtfeld; neunstellige numerische Angabe - Wenn eine Angabe in Feld 7a und in Feld 7b erfolgt ist, ist hier keine Angabe erforderlich
9	Datum	TT.MM.JJ(JJ)	Pflichtfeld; Das Datum muss gleich oder kleiner dem Erfassungsdatum in der Datenstelle sein
Einschreibung			
10	Erstmanifestation des Primärtumors (Datum des histologischen Nachweises)	Primärtumor TT.MM.JJJJ	keine Angabe zulässig
11	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ	keine Angabe zulässig

¹ Gemeint ist die Lebenslange Arztnummer

12	Lokoregionäres Rezidiv (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ	keine Angabe zulässig
13	Fernmetastasen erstmals gesichert	TT.MM.JJJJ	keine Angabe zulässig
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses			
14	Betroffene Brust	Re./Li./Beidseits	Optionales Feld
15	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt?	Stanzbiopsie / vakuumunterstützte Mammabiopsie / Offene Biopsie / Mammographie/ Sonographie / Andere	Optionales Feld
16	Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	OP geplant / OP nicht geplant / Postoperativ	Pflichtfeld „Postoperativ“ oder „OP nicht geplant“ muss angekreuzt werden
17	Art der erfolgten operativen Therapie	BET / Mastektomie/ Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / Keine OP	Pflichtfeld Mehrfachnennungen sind möglich - Wenn „keine OP“ angekreuzt wird, ist keine weitere Angabe zulässig - Alle weiteren Kombinationen sind möglich
Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses			
18	pT	x / Tis/ 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / keine OP	Pflichtfeld Mehrfachnennungen sind möglich Wenn in Feld 17 „Keine OP“ angegeben ist, muss in Feld 18 ebenfalls „Keine OP“ angekreuzt werden - Wenn „X“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - „X“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Keine OP“ angekreuzt wird, kann auch „X“ angekreuzt werden - „keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Tis“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden

19	pN	X / 0 / 1 / 2 / 3 / keine OP	- Wenn „4“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden Pflichtfeld Mehrfachnennungen sind möglich Wenn in Feld 17 „Keine OP“ angegeben ist, muss in Feld 19 ebenfalls „Keine OP“ angekreuzt werden - Wenn „X“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - „X“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Keine OP“ angekreuzt wird, kann auch „X“ angekreuzt werden - „Keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
20	M	X / 0 / 1	Pflichtfeld nur eine Antwort ist zulässig - Wenn „X“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
21	Grading	1 / 2 / 3 / Unbekannt	Pflichtfeld Nur eine Antwort ist zulässig - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
22	Resektionsstatus	R0 / R1 / R2 / Unbekannt / keine OP	Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist erforderlich Wenn in Feld 17 „Keine OP“ angegeben ist, muss in Feld 22 ebenfalls „Keine OP“ angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - Wenn „Keine OP“ angekreuzt werden, kann auch „Unbekannt“ angekreuzt werden - „keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „R0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „R1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „R2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
23	Rezeptorstatus (Östrogen	Positiv / Negativ /	Pflichtfeld;

	und/oder Progesteron)	Unbekannt	Nur eine Antwort ist zulässig - Wenn „Positiv“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Negativ“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
24	Anzahl der entfernten Lymphknoten	Keine / Sentinel-Lymphknoten / <10 / ≥ 10	Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf nicht „Sentinel-Lymphknoten“ und/oder „<10“ und/oder „≥ 10“ angekreuzt werden - Wenn „<10“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „≥ 10“ angekreuzt werden - Wenn „≥ 10“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „<10“ angekreuzt werden - Wenn „Sentinel-Lymphknoten“ angekreuzt wird, dann kann entweder zu „< 10“ oder zu „≥ 10“ eine Angabe gemacht werden
25	Anzahl der befallenen Lymphknoten	Keine / Sentinel-Lymphknoten negativ / 1-3 / ≥ 4 / unbekannt	Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich - Wenn „Kein“ angekreuzt wird, kann auch „Sentinel-Lymphknoten negativ“ angekreuzt werden - Wenn „Kein“ angekreuzt wird, darf nicht „1-3“ und/oder „≥ 4“ und/oder „unbekannt“ angekreuzt werden - „keine“ kann auch alleine angekreuzt werden - „Sentinel-Lymphknoten negativ“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „1-3“ angekreuzt wird, darf nicht „kein“ und/oder „≥ 4“ und/oder „unbekannt“ angekreuzt werden - Wenn „≥ 4“ angekreuzt wird, darf nicht „kein“ und/oder „1-3“ und/oder „unbekannt“ angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
Adjuvante Behandlung des Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses			
26	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	Pflichtfeld - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden

27	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	- Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
			Pflichtfeld - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
28	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	Pflichtfeld - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
Befunde und Therapie eines lokoregionären Brustkrebses			
29	Lokalisation	Intramammär / Thoraxwand / Axilla	Optionales Feld
30	Andauernde oder abgeschlossene Therapie	Keine / Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Anderes Vorgehen	Optionales Feld
Befunde und Therapie von Fernmetastasen			
31	Lokalisation	Leber / Lunge / Knochen / Andere	Optionales Feld

32	Therapie	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine	Optionales Feld
33	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation	Optionales Feld
Sonstige Beratung und Behandlung			
34	Lymphödem	Ja / Nein	Optionales Feld
35	Systematische Tumorschmerztherapie	Ja / Nein / Nicht erforderlich	Optionales Feld
36	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	Ja / Nein / Abgelehnt	Optionales Feld
37	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ	Optionales Feld
38	Datum	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld Das Datum muss kleiner oder gleich dem Datum in der Erfassungsstelle sein
39	Unterschrift		Pflichtfeld

Plausibilitätsrichtlinie zur Prüfung der Dokumentationsdaten des strukturierten Behandlungsprogramms

Brustkrebs

Folgedokumentation

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.04.2008

Stand der Bearbeitung:

23.05.2008
5.0.
01.07.2008

Version

anzuwenden ab:

Der Zeitpunkt, ab dem diese Plausibilitätsrichtlinie anzuwenden ist, wird von der regionalen DMP-Arbeitsgemeinschaft festgelegt. Eine Umsetzung muss bis spätestens 01.07.2008 erfolgt sein.

Brustkrebs – Folgedokumentation			
Feld-Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung	Plausibilitätsregeln
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin/vom Arzt zu vergeben	Pflichtfeld; Siebenstellige Nummer; alphanumerische Angabe
Administrative Daten			
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse	Pflichtfeld
3	Name, Vorname der Versicherten		Pflichtfeld
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld;
5	Kassen-Nr.	Nummer	Pflichtfeld
6	Versicherten-Nr.	Nummer	Pflichtfeld;
7a	Vertragsarztnummer ¹	9-stellige Nummer	bis zu 12 Stellen, alphanumerische Angabe Bedingtes Pflichtfeld; 9-stellige numerische Angabe Wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig.
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig,
8	Krankenhaus-IK	Nummer	Bedingtes Pflichtfeld; neunstellige numerische Angabe - Wenn eine Angabe in Feld 7a und in Feld 7b erfolgt ist, ist hier keine Angabe erforderlich
9	Datum	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld;
Das Datum muss gleich oder kleiner dem Erfassungsdatum in der Datenstelle sein			
10	Einschreibung erfolgte wegen	Primärtumor / Kontralateralem Brustkrebs / Lokoregionärem Rezidiv / Fernmetastasen	Pflichtfeld Es ist nur eine Angabe zulässig

¹ Gemeint ist die Lebenslange Arztnummer

Behandlungssstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses			
11	Adjuvante Therapie abgeschlossen	Ja / Nein	Bedingtes Pflichtfeld Es ist nur eine Angabe zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Primärtumor“ oder „kontralateraler Brustkrebs“ erfolgt ist. - Es ist keine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastase“ erfolgt ist - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden
12	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	Bedingtes Pflichtfeld Es ist nur eine Angabe zulässig - Es ist mindestens eine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Primärtumor“ oder „kontralateraler Brustkrebs“ erfolgt ist. - Es ist keine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastase“ erfolgt ist. - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden

13	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	Bedingtes Pflichtfeld Es ist nur eine Angabe zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Primärtumor“ oder „kontralateraler Brustkrebs“ erfolgt ist. - Es ist keine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastase“ erfolgt ist. - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
14	endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	Bedingtes Pflichtfeld Es ist nur eine Angabe zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Primärtumor“ oder „kontralateraler Brustkrebs“ erfolgt ist. - Es ist keine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastase“ erfolgt ist. - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
Seit der letzten Dokumentation aufgetretene Ereignisse			
15	Manifestation eines Lokoregionären Rezidivs (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Intramammär / Thoraxwand / Axilla / Nein	Pflichtfeld; Mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich - Das Datum (TT.MM.JJJJ) muss kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 27 (Unterschriftsdatum) - Wenn „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt wird, muss auch „Intramammär“ und/oder „Thoraxwand“

			und/oder „Axilla“ angekreuzt werden. - Wenn „Intramammär“ und/oder „Thoraxwand“ und/oder „Axilla“ angekreuzt wird, muss auch „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden. - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden.
16	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Nein	Pflichtfeld: Nur eine Angabe ist zulässig - Das Datum (TT.MM.JJJJ) muss kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 27 (Unterschriftsdatum). - Wenn „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden
17	Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung)	TT.MM.JJJJ / Leber / Lunge / Knochen / Andere / Nein	Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich - Das Datum (TT.MM.JJJJ) muss kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 27 (Unterschriftsdatum). - Wenn „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt wird, muss auch mindestens „Leber“ und/oder „Lunge“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - Wenn „Leber“ angekreuzt wird, muss auch „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden - Wenn „Leber“ angekreuzt wird, kann auch „Lunge“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - Wenn „Lunge“ angekreuzt wird, muss auch „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden - Wenn „Lunge“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - Wenn „Knochen“ angekreuzt wird, muss auch „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden - Wenn „Knochen“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Lunge“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - Wenn „Andere“ angekreuzt wird, muss auch „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden - Wenn „Andere“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Lunge“ und/oder „Knochen“ angekreuzt werden
18	Lymphödem	Ja / Nein	Pflichtfeld Es ist nur eine Angabe zulässig - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden
Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv / Fernmetastasen)			
19	Aktueller	Vollremission / Teilremission /	Bedingtes Pflichtfeld;

	Behandlungstatus	No change / Progress	Mehrfachnennungen sind möglich Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn – Feld 10 die Angabe „lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastasen“ enthält Und/Oder – Feld 15 und/oder 17 eine Angabe TT.MM.JJJJ enthält - Wenn „Vollremission“ angekreuzt wird, darf nicht „Teilremission“ oder „Progress“ angekreuzt werden - Wenn „Vollremission“ angekreuzt wird, kann auch „No change“ angekreuzt werden - „Vollremission“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Teilremission“ angekreuzt wird, darf nicht „Vollremission“ oder „Progress“ angekreuzt werden - Wenn „Teilremission“ angekreuzt wird, kann auch „No change“ angekreuzt werden - „Teilremission“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „No change“ angekreuzt wird, darf nicht „Progress“ angekreuzt werden - Wenn „No change“ angekreuzt wird, kann auch „Vollremission“ oder „Teilremission“ angekreuzt werden - „No change“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Progress“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
20	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs	Keine / Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Anderes Vorgehen	bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn – Feld 10 die Angabe „lokoregionäres Rezidiv“ enthält und/oder – Feld 15 eine Angabe TT.MM.JJJJ enthält - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Präoperativ“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ oder „Exzision“ oder „Mastektomie“ angekreuzt werden - Wenn „Präoperativ“ angekreuzt wird, kann auch „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Exzision“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ oder „Präoperativ“ angekreuzt werden - Wenn „Exzision“ angekreuzt wird, kann auch gleichzeitig „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden

			- Wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ oder „Präoperativ“ angekreuzt werden - Wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Anderes Vorgehen“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Anderes Vorgehen“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ angekreuzt werden
21	Therapie der Fernmetastasen	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine	Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn - Feld 10 die Angabe „Fernmetastasen“ enthält und/oder - Feld 17 die Angabe TT.MM.JJJJ enthält - Wenn „Operativ“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Operativ“ angekreuzt wird, kann auch „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - Wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden

			werden - Wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder Chemotherapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - Wenn „Andere“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Andere“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ angekreuzt werden - Die Ausprägungen können auch jeweils einzeln angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
22	Bisphosphonat- therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein /Kontraindikation	Bedingtes Pflichtfeld; Es ist eine Angabe erforderlich, wenn Feld 17 die Angabe TT.MM.JJJJ und „Knochen“ enthält - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ und/oder „Kontraindikation“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Kontraindikation“ angekreuzt werden - Wenn „Kontraindikation“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Kontraindikation“ angekreuzt wird, kann auch „Nein“ angekreuzt werden - „Kontraindikation“ kann auch alleine angekreuzt werden
Sonstige Beratung und Behandlung			
23	Systematische Tumorschmerz- therapie	Ja / Nein / Nicht erforderlich	Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ und/oder „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden - „Ja“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, kann auch „Nein“ angekreuzt werden - „Nicht erforderlich“ kann auch alleine angekreuzt werden
24	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt	Ja / Nein / Nicht erforderlich	Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ und/oder „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden

			werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, kann auch „Nein“ angekreuzt werden - „Nicht erforderlich“ kann auch alleine angekreuzt werden
25	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	Ja / Nein / Abgelehnt	Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ angekreuzt werden und umgekehrt - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, kann auch „Abgelehnt“ angekreuzt werden - „Ja“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Abgelehnt“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Abgelehnt“ angekreuzt wird, kann auch „Ja“ oder „Nein“ angekreuzt werden - „Abgelehnt“ kann auch alleine angekreuzt werden
26	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ	Optionales Feld
27	Datum	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld Das Datum muss gleich oder kleiner dem Datum in der Erfassungsstelle sein
28	Unterschrift		Pflichtfeld

Technische Anlage

zur

Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Grundlage:

RSAV in der jeweils gültigen Fassung

Stand der Technischen Anlage:

22.04.2008

Stand der letzten Technischen Anlage:

01.07.2006

Anzuwenden für:

Anhang 1 - Brustkrebs (*ab Version 05*)

Anhang 2 - Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
(*ab Version 04*)

Anhang 3 - Koronare Herzkrankheit (*ab Version 04*)

Anhang 5 - Asthma bronchiale (*ab Version 02*)

Anhang 6 - COPD (*ab Version 02*)

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 0
Inhaltsübersicht		

Abschnitt	Inhalt	ab Seite
0	Inhaltsübersicht	2
1	Allgemeines	3
1.1	Änderungshistorie	4
2	Grundsätzliche Festlegungen zur Abwicklung des Datenaustausches	5
3	Übermittlungsarten	6
3.1	Allgemeines – Zeichenvorrat und Verschlüsselung	6
3.2	Datenstruktur	7
3.3	Dateiname	22
3.4	Datenfernübertragung	23
3.4.1	Anwendungsorientierte Funktionen	24
3.4.2	Transportorientierte Funktionen	25
3.4.3	Transportsicherung	26
3.4.4	Dokumentation	27
3.5.	Datenträger	28
3.5.1	Datenträger und Transportsicherung	28
3.5.2	Dokumentation	29
4	Fehlerverfahren	30
4.1	Prüfungen	30
4.2	Fehlerbehandlung	31
5	Annahmestellen	32
6	Schlüsselverzeichnis – Versicherten-Status	33
7	Testverfahren	35
	Anhang 1 – Dokumentationsdaten Brustkrebs	
	Anhang 2 – Dokumentationsdaten Diabetes mellitus Typ 1 und 2	
	Anhang 3 – Dokumentationsdaten Koronare Herzkrankheit KHK	
	Anhang 5 – Dokumentationsdaten Asthma bronchiale	
	Anhang 6 – Dokumentationsdaten COPD	

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 1
Allgemeines		

1. Diese Technische Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) legt die technischen Rahmenbedingungen für den Datenaustausch fest.
2. Besteht nach Auffassung der Vertragspartner eine Notwendigkeit zur Änderung dieser Technischen Anlage, so kann die Anpassung durch eine Beschlussfassung vorgenommen werden.
3. Eine EDV-technische Umsetzungsmaßnahme gilt als beschlossen, wenn keiner der im Ausschuss vertretenen Vertragspartner der Umsetzungs- oder Änderungsmaßnahme innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung schriftlich widersprochen hat. Zur inhaltlichen Fortschreibung dieser Technischen Anlage kann jeder Vertragspartner Vorschläge erarbeiten und den Vertragspartnern dieser Vereinbarung mit dem Ziel einer einvernehmlichen Regelung zuleiten.
4. Die Pflege der Technischen Anlage erfolgt durch Änderung von Seiten und dem anschließenden Versand des geänderten Dokumentes.
5. Diese Technische Anlage ersetzt die Technische Anlage, Stand: **01.07.2006**.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 1.1
Änderungshistorie		

Folgende Änderungen zur Technischen Anlage wurden durchgeführt:

neuer Stand	alter Stand	durchgeführte Änderung	Abschnitt	Seite
09.11.2007	01.07.2006	Erweiterung des Dateinamens um eine Kennzeichnung für Sonderlieferungen	3.3	22
		Anpassung der Verfahrenskennungen auf die Zusammenfassung der Anhänge Diabetes Mellitus Typ 1 und 2	3.2	10
01.03.2005	19.05.2004	Der „alte“ Abschnitt 4 (Austauschformate) ist überarbeitet und in die jeweiligen einzelnen Anhänge verlagert worden.	4 (bezogen auf die alte TA vom 19.05.2004)	30 bis 37 (bezogen auf die alte TA vom 19.05.2004)
		Aufnahme einer (dieser) tabellarischen Änderungshistorie.	1	4
		Aufnahme von Anhang 3 (KHK), Anhang 4 (Diabetes mellitus Typ 1), Anhang 5 (Asthma bronchiale) und Anhang 6 (COPD)	0	2
		Aufnahme zusätzlicher Verfahrenskennungen.	3.2	10
		Erweiterung des Schlüsselverzeichnis (Versichertenstatus) mit den neuen zusätzlichen Verfahren.	6	34
19.05.2004	10.12.2003	Aufnahme einer zusätzlichen Verfahrenskennung.	3.2	10
		Redaktionelle Klarstellung zum Dateinamen, Feld „lfd. Nummer“.	3.3	22
		Aufnahme des Anhangs 4	4.3 und 4.5	33 und 37
		Aufnahme Schlüssel „E“ und „N“, 5. Stelle des Versichertenstatus.	7	41
		Redaktionelle Klarstellung unter „Inhalt / Erläuterungen“ im Feld „Status Datensatz“ des UNH-Segmentes.	4.4	35

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 2
Grundsätzliche Festlegungen zur Abwicklung des Datenaustauschs		

1. Weitere technische Einzelheiten zur Durchführung des Datenaustausches sind rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung oder Änderung des Datenaustauschverfahrens zwischen dem Absender und dem Empfänger der Daten abzustimmen.
2. Über den Datenaustausch ist auf Sender- und Empfängerseite ein Protokoll zu führen. Das Protokoll ist mindestens zwölf Monate aufzubewahren.
3. Der Absender hat sicherzustellen, dass nur Dateien in dem vereinbarten Dateiformat und nur geprüfte Datensätze übermittelt werden.
4. Der Absender hat die Lieferung der Datenbestände bis zum Ablauf der vertraglich vereinbarten Fristen sicherzustellen. Nach erfolgreicher Datenübermittlung und Archivierung sind die übermittelten Daten zu löschen.
5. Werden bei oder nach der Übermittlung Mängel festgestellt, die eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten ganz oder teilweise beeinträchtigen, werden keine Daten übernommen. In diesem Fall ist die Fehlerbehandlung nach Abschnitt 5 anzuwenden.
6. Die Kosten der Datenübermittlung trägt grundsätzlich die übermittelnde Stelle, soweit nichts anderes vereinbart wird.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.1
Übermittlungsarten Allgemeines - Zeichenvorrat und Verschlüsselung		

1. Die für die Übermittlung von Daten verwendeten Medien werden zwischen Absender und Empfänger vereinbart. Grundsätzlich soll angestrebt werden, die Datenfernübertragung (DFÜ) zur Übermittlung zu verwenden.
2. Soweit für die Datenübermittlung anstelle der Datenfernübertragung (DFÜ) andere, besonders vereinbarte, maschinell verwertbare Datenaustauschmedien verwendet werden, müssen diese mindestens die gleiche Datenübermittlungssicherheit bieten und es muss eine maschinelle Weiterverarbeitung mit weitgehend gleicher Qualität durch die Empfänger bei vergleichbarer Wirtschaftlichkeit möglich sein.
3. Der Bezugscode für den Austausch digitaler Daten ist der Code gemäß DIN 66 303-DRV8 (Deutsche Referenzversion des 8-Bit-Code). Dieser Code enthält die Ziffern, die Groß- und Kleinbuchstaben, Sonderzeichen sowie nationale Buchstaben, so dass eine korrekte deutschsprachige Namensschreibung ermöglicht wird.
4. Die Verschlüsselung von Daten im Rahmen dieser Technischen Anlage erfolgt gemäß der „Security Schnittstelle für das Gesundheitswesen“, in der jeweils gültigen Fassung.
5. Vereinbarungen über Komprimierungsverfahren sind zwischen der absendenden und der annehmenden Stelle zu treffen.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

1. Verfahrensbeschreibung

1.1 Übertragung der Auftragsdatei und der Nutzdatendatei

Zu jeder Nutzdatendatei muss für die Übertragung die nachfolgend definierte Auftragsdatei generiert werden, die z.B. für das Routing benutzt wird.

Die Übertragung jeder Nutzdatendatei erfolgt als separate Datei.

Vor der Übertragung einer Nutzdatendatei wird die dazugehörige Auftragsdatei übertragen.

1.1.1 Übertragung per DFÜ

Im Rahmen einer DFÜ-Verbindung wird zunächst die Auftragsdatei und hiernach die Nutzdatendatei übermittelt.

Ein Übertragungsvorgang besteht aus der Übertragung dieser zwei Dateien in der festgelegten Reihenfolge.

1.1.2 Übertragung per Datenträger

Die Datenübermittlung per CD-ROM/Diskette kann mehrere Nutzdatendateien beinhalten, jedoch jeweils versehen mit der zugehörigen Auftragsdatei.

1.1.3 Festlegung der Dateinamen

Auf der Seite des Absenders besteht der Transferdateiname aus der Dateitypbezeichnung (Feld VERFAHREN_KENNUNG) und einer laufenden Nummer (Feld TRANSFER_NUMMER).

Der Name der zugehörigen Auftragsdatei besteht aus dem vorstehend beschriebenen Transferdateinamen mit dem Zusatz '.AUF'.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

2. Format der Auftragsdatei

Nachfolgend ist das Format der Auftragsdatei beschrieben, die den Auftragsatz beinhaltet.

Der Auftragsatz ist nur aus logischen Gründen in mehrere Tabellen (Objekte) aufgeteilt worden. Physikalisch handelt es sich um einen zusammenhängenden Satz. Alle Objekte müssen vorhanden sein.

Die Auftragsdatei liegt im ISO 8-Bit-Code gemäß DIN 66303 DRV8 vor.

Die Abkürzungen in den Spalten haben folgende Bedeutung:

Nutzungstypen:

- R: Routing-Informationen
- L: Logging- und Statusinformationen
- K: Information für KKS-Verfahren
- D: Datenträgerspezifische Informationen
- I: Interne Nutzung
- A: Allgemeine Informationen
- S: Informationen zur Verschlüsselung

Feldtypen:

- N: Numerisch (Zeichen '0' - '9', HEX-Code \$30 - \$39)
Rechtsbündig mit führenden Nullen.
- A: Alpha (Zeichen 'A' - 'Z', HEX-Code \$41 - \$5A)
Linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt
- AN: Alphanumerisch (Zeichen 'A' - 'Z', HEX-Code \$41 - \$5A; Zeichen '0' - '9',
HEX-Code \$30 - \$39)
Linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt

Feldarten:

- M: Muss versorgt werden
- K: Kann versorgt werden

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

1. Teil "Allgemeine Beschreibung der Kommunikation":

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
IDENTIFIKATOR	01 - 06	6	A	N	M	Identifikator des Objektes "Krankenkassen- Kommunikation" Konstante '500000'. Für die Kompatibilität mit Objektstruktur der DATEV.
VERSION	07 - 08	2	A	N	M	Version der Auftragssatzstruktur. Ändert sich, wenn Felder des Auftragssatzes hinzugefügt, gelöscht oder geändert werden. '01': erste Version des Verfahrens. Für die Kompatibilität mit Objektstruktur der DATEV.
LÄNGE _AUFTRAG	09 - 16	8	A	N	M	Länge der Auftragsdatei in Bytes (Objekt "Krankenkassen- Kommunikation") Bei VERSION = '01' steht hier als Konstante '00000348'
SEQUENZ_NR	17 - 19	3	A	N	M	Laufende Nummer bei einer Teillieferung. Gibt die Sequenznummer der Datei an, sofern eine Nachricht auf mehrere Datenträger oder physikalische Dateien bei DFÜ verteilt werden muss. '000' Nachricht ist komplett vorhanden '001' Erster Teil der Nach richt. ... '098' Teil 98 der Nachricht '9xx' Letzter Teil der Nach richt. Dabei gibt xx die Nummer des letzten Teils der Teillieferung an.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
VERFAHREN _KENNUNG (Dateityp)	20 - 24	5	R	AN	M	Das Feld VERFAHREN _KENNUNG unterliegt ständigen aufwärtskompatiblen Änderungen. Die zur Zeit geltende Regelung ist im folgenden Kommentar dargelegt.

Kommentar:

Beschreibung des Feldes 'VERFAHRENS_KENNUNG' (Dateityp)

Die Verfahrenskennungen sind für dieses Datenaustauschverfahren wie folgt festgelegt:

Stelle 20:

'E' für Echtdaten

'T' für Testdaten

Stellen 21-23:

'DMP'	für die Übermittlung von Statistikinformationen
'DMH'	DMP Diabetes mellitus Typ 2, Daten von der Datenstelle an die Kasse ¹
'DMR'	DMP Diabetes mellitus Typ 2, Daten von der Kasse an die Datenstelle ¹
'DAH'	DMP Brustkrebs, Daten von der Datenstelle an die Kasse
'DAR'	DMP Brustkrebs, Daten von der Kasse an die Datenstelle
'DEH'	DMP Diabetes mellitus Typ 1, Daten von der Datenstelle an die Kasse ¹
'DER'	DMP Diabetes mellitus Typ 1, Daten von der Kasse an die Datenstelle ¹
'DKH'	DMP Koronare Herzkrankheit, Daten von der Datenstelle an die Kasse
'DKR'	DMP Koronare Herzkrankheit, Daten von der Kasse an die Datenstelle
'DDH'	DMP Asthma bronchiale, Daten von der Datenstelle an die Kasse
'DDR'	DMP Asthma bronchiale, Daten von der Kasse an die Datenstelle
'DSH'	DMP COPD, Daten von der Datenstelle an die Kasse
'DSR'	DMP COPD, Daten von der Kasse an die Datenstelle
'DPP'	DMP-Protokollierungsdaten
'DVE'	Datenversand im Rahmen der Evaluation
'DZH'	DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Daten von der Datenstelle an die Kasse ²
'DZR'	DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Daten von der Kasse an die Datenstelle ²

¹Gültig für die Übermittlung von Dokumentationen, die bis einschließlich 30.06.2008 ausgestellt wurden.

²Gültig für die Übermittlung von Dokumentationen, die ab dem 01.07.2008 ausgestellt wurden.

Stelle 24:

Ziffer für Version des Verfahrens, beginnend mit 0.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
TRANSFER _NUMMER	25 - 27	3	A	N	M	Laufende Transfervummer bei der Übertragung zwischen zwei direkt verbundenen Kommunikationspartnern. Gemäß KKS-Verfahren. Bei der Übertragung mittels FTAM im KKS-Verfahren wird für die Übertragung aus VERFAHREN_KENNUNG und der TRANSFERNUMMER ein Transferdateiname erzeugt. Das Feld TRANSFER_NUMMER wird unabhängig vom Feld VERFAHREN_KENNUNG festgelegt. Bei jeder erfolgreichen Übertragung einer Datei wird TRANSFER_NUMMER um eins erhöht. Ist eine Übertragung fehlerhaft, so wird die TRANSFER_NUMMER für diesen Übertragungswunsch beibehalten und bei einer späteren Übertragung derselben Datei wiederverwendet. Das empfangende System ist daher dafür verantwortlich, unmittelbar nach Empfang eines Dateipaares (Nutzdaten, Auftragssatz) die Dateien unter einem neuen systemeindeutigen Dateinamen abzuspeichern, damit es nicht zu Überschreibungen von Dateien kommt.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- -typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
VERFAHREN _KENNUNG _SPEZIFIKATION	28 - 32	5	R	AN	M	Weitere Spezifikation des Verfahrens innerhalb des in VERFAHREN_KENNUNG festgelegten Verfahrens. Die Werte werden eindeutig pro Verfahren (bei Datenaustausch z. B. der Nachrichtentyp, sofern eindeutig pro Lieferung) festgelegt. Damit ist pro Verfahren eine weitere Unterscheidung der Nachrichtenart möglich. Schlüssel: Linksbündige Angabe des Nachrichtentyps aus dem nachfolgendem Nutzdatensatz, Segment UNH mit anschließendem Blank.
ABSENDER _EIGNER	33 - 47	15	R	AN	M	Absendender Eigner der Nutzdaten. Identifikation des Absenders. IK: 9 Stellen Der Eigner ist für die Korrektheit der Daten verantwortlich und nimmt die Verschlüsselung vor. Dies kennzeichnet die Stelle, die die Verschlüsselung vornimmt. Sofern im Datenaustausch Leistungserbringer über Rechenzentren Daten austauschen, ist in der Regel das Rechenzentrum der Eigner, da es die Daten vor Weitergabe aufbereitet.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
ABSENDER _PHYSIKALISCH	48 - 62	15	R	AN	M	Tatsächlicher physikalischer Absender der Nutzdaten. Identifikation desselben Typs wie im Feld ABSENDER_EIGNER angegeben. Hier steht gegebenenfalls auch eine Datenübermittlungsstelle.
EMPFÄNGER _NUTZER	63 - 77	15	R	AN	M	Empfänger, der die Daten nutzen soll. Identifikation desselben Typs wie im Feld ABSENDER_EIGNER angegeben. Dieser Empfänger ist im Besitz des Schlüssels, um verschlüsselte Informationen zu entschlüsseln. Der Nutzer nimmt die Weiterverarbeitung der Daten vor. Im Fall des Datenaustausches mit den Leistungserbringern ist hier die Datenannahmestelle mit Entschlüsselungsbefugnis gemäß Kostenträgerdatei einzutragen.
EMPFÄNGER _PHYSIKALISCH	78 - 92	15	R	AN	M	Empfänger, der Daten physikalisch empfangen soll (= nächster Empfänger). Identifikation desselben Typs wie im Feld ABSENDER_EIGNER angegeben. Hier steht gegebenenfalls auch eine Datenübermittlungsstelle.
FEHLER _NUMMER	93 - 98	6	R	N	M	Fehler-Nr. laut Fehlerkatalog bei Rücksendungen von Dateien. '000000': kein Fehler

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
FEHLER _MAßNAHME	99 104	- 6	R	N	M	Durchzuführende Maßnahme laut Fehlerkatalog. '000000': keine Maßnahme erforderlich Siehe Feld FEHLER_NUMMER. Gemäß dem Fehlerverfahren festzulegen.

Kommentar:

- ABSENDER_EIGNER gibt die verantwortliche Stelle für die Daten an, die mit dem ABSENDER_PHYSIKALISCH übereinstimmen kann.
- ABSENDER_EIGNER verschlüsselt die Nutzdaten.
- EMPFÄNGER_NUTZER ist die Stelle, die die Daten zur Auswertung verwendet und kann mit EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH übereinstimmen.
- EMPFÄNGER_NUTZER entschlüsselt die Nutzdaten.

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
DATEINAME	105 115	- 11	A	AN	M	Der vom Anwendungssystem vergebene Dateiname.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- -typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
DATUM _ERSTELLUNG	116 - 129	14	L	N	M	Erstellungsdatum der Datei aus der Anwendung.Format JJJJMMTThhmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde). Aus den Feldern ABSENDER_EIGNER, VERFAHREN_KENNUNG und DATUM_ERSTELLUNG kann ein eindeutiger Identifikator gebildet werden, anhand dessen eine Sendung eindeutig identifiziert werden kann. Es ist vom Absender-Eigner sicherzustellen, dass zwei unterschiedliche Sendungen nicht mit demselben Identifikator verschickt werden.
DATUM _ÜBERTRAGUNG _GESENDET	130 - 143	14	L	N	K	Start der Übermittlung der Datei. Format JJJJMMTThhmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde) Diese Zeit kann als Logging-Information oder auch für Wiederaufsatzverfahren zwischen zwei Partnern genutzt werden. Wird vom Absender ausgefüllt.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- -typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
DATUM _ÜBERTRAGUNG _EMPFANGEN _START	144 - 157	14	L	N	K	Start des Empfangs der Datei. Format JJJJMMTThhmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde). Wird nur vom ersten Empfänger ausgefüllt, der vertraglich die annehmende Stelle ist und deren Annahmezeit daher vertragliche Auswirkungen hat. Das Feld ist vom ersten Absender mit numerischen Nullen aufzufüllen.
DATUM _ÜBERTRAGUNG _EMPFANGEN _ENDE	158 - 171	14	L	N	K	Ende der Empfangsübertragung der Datei. Format JJJJMMTThhmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde). Wird vom Empfänger ausgefüllt.
DATEIVERSION	172 - 177	6	A	N	M	Versionsnummer der Datei. Wird derzeit in keinem Verfahren benutzt. Muss auf '000000' gesetzt werden.
KORREKTUR	178	1	A	N	M	Ist bereits eine Datei mit derselben Dateiversion verschickt worden? '0': Nein '1': Dies ist die Korrekturdatei. Die bereits erhaltene Datei kann gelöscht werden. Wird derzeit in keinem Verfahren benutzt. Muss auf '0' gesetzt werden.
DATEIGRÖÖE _NUTZDATEN	179 - 190	12	A	N	M	Dateigröße der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt und unkomprimiert)

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
DATEIGRÖÖE _ÜBERTRAGUNG	191 - 202	12	A	N	M	Dateigröße der übertragenen Nutzdatendatei in Bytes (Länge bei eventueller Verschlüsselung und Komprimierung)
ZEICHENSATZ	203 - 204	2	A	AN	M	'17': Referenzierung auf den verwendeten Zeichensatz der Nutzdaten: Zeichentabelle gemäß DIN 66303 DRV8 '18': ISO 8-Bit, Code gemäß ISO 8859/8879 Latin 1
KOMPRIMIERUNG	205 - 206	2	A	N	M	'00' keine '02' reserviert für zukünftige Anwendungen '05' reserviert
VERSCHLÜSSE- LUNGSART	207 - 208	2	A	N	M	'00' keine '02' für LE-Verfahren im PEM-Format.
ELEKTRONISCHE_ UNTERSCHRIFT	209 - 210	2	A	N	M	'00' keine '02' für LE-Verfahren im PEM- Format.

Die Stellen 211 bis einschließlich 226 sind jeweils mit dem Inhalt „0“ zu füllen.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

2. Teil "Spezifische Informationen für das KKS-Verfahren":

Spezifische Informationen zur Verarbeitung mit dem KKS-Verfahren (Kommentare siehe KKS-Verfahren, Felder müssen vom Absender nicht ausgefüllt werden):

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- -typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
Status	227	1	K	AN	K	Bei Anlieferung durch das Abrechnungssystem: Leerzeichen Verarbeitungskennzeichnung (Anwendung, FTAM): 0 Einstellung in Ordnung 1 Ändern 2 Suspendieren 3 Löschen 4 Übertragen 5 Transferphase 6 Keine Verbindung 7 Fehlerhafter Transfer 8 Statusabfrage
Wiederholung	228 229	- 2	K	N	K	Hier wird die maximale Anzahl der Übertragungswiederholungen bei fehlerhaften Übertragungen angegeben. Wenn der angegebene Zähler überschritten wird, oder ein nicht-behebbarer Fehler beim Übertragungsversuch aufgetreten ist, wird der Auftrag als nicht durchführbar mit einem Diagnosecode gekennzeichnet

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
Übertragungsweg	230	1	K	N	K	Mögliche Wege sind: 1 X.25 2 ISDN 3 ISDN, bei Übertragungspro- blemen erneuter Versuch über X.25 4 X.25, bei Übertragungspro- blemen erneuter Versuch über ISDN 5 anderer Weg
Verzögerter Versand	231 - 240	10	K	N	K	Hier wird der Zeitpunkt eingetragen, zu dem der Auftrag ausgeführt werden soll. Wird das Feld nicht vom Abrechnungssystem gefüllt oder ist der angegebene Ausführungszeitpunkt bereits überschritten, wird der Auftrag vom KKS zum nächstmöglichen Zeitpunkt ausgeführt. Im Format JJMMTThhmm (Jahr, Monat, Tag, Stunde und Minute)
Info und Fehlerfelder	241 - 246	6	K	N	K	Fehlernummer aus FTAM. Bei erfolgreich ausgeführten Aufträgen ist das Feld leer.
Variables Info-Feld	247 - 274	28	K	AN	K	Klartextfehlermeldung. Bei erfolgreich ausgeführten Aufträgen ist das Feld leer.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.2
Übermittlungsarten Datenstruktur		

3. Teil "Spezifische Information zur Verarbeitung innerhalb eines RZ":

Spezifische Informationen zur Verarbeitung innerhalb eines Rechenzentrums (Felder müssen vom Absender nicht ausgefüllt werden):

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nut- zungs- -typ	Feld- typ	Feld- art	Beschreibung
DATEINAME _PHYSIKALISCH	275 - 318	44	I	AN	K	Verarbeitungsinterner physischer Dateiname
DATEI _BEZEICHNUNG	319 - 348	30	I	AN	K	Variabler Bereich, um Zusatzinformationen zur Datei bereitzustellen

4. Teil "Spezifische Information zur Verschlüsselung":

Die Informationen für die Verschlüsselung (DES-Session-Key) werden gemäß der Definition der Security-Schnittstelle für das Gesundheitswesen in den dafür definierten Feldern in der Nutzdatendatei festgelegt.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.3
Übermittlungsarten Dateiname		

Der Dateiname ist wie folgt aufzubauen:

Lfd. Nr.	Bezeichnung	Stellen-anzahl	Stellen von -bis	Inhalt / Erläuterungen
1	Absender- klassifikation	1	1	"D" für Datenstelle „K“ für Kasse Absenderklassifikationen werden bei Bedarf erweitert.
2	Dateiart	3	2-4	"DMP" für Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme „SON“ für Sonderlieferungen für Dokumentationsdaten "KO(1-9)" für 1 bis 9 Korrekturdateien
3	Erstellungsjahr	2	5-6	Format: JJ Einzutragen ist das Jahr, in dem die Datei erstellt wurde. Bei den Dateiarten KO(1-9) ist das Erstellungsjahr der Ursprungsdatei anzugeben, auf die sich die Fehler bzw. Korrekturen beziehen.
4	lfd. Nummer	5	7-11	Lückenlos aufsteigende Nummer für jede übermittelte Datei (bezogen auf einen Dateiempfänger), die in einem Kalenderjahr erstellt wurde, beginnend mit 00001 für jedes Kalenderjahr Bei der Dateiart KO(1-9) ist die laufende Nummer der Ursprungsdatei anzugeben, auf die sich die Korrekturen beziehen.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.4
Übermittlungsarten Datenfernübertragung		

1. Die Festlegungen zur Regelung der Datenübermittlung sollen dem Referenzmodell für die offene Kommunikation (OSI), ISO 7498, entsprechen. Die transportorientierten Funktionen werden durch die Ebenen 1 bis 4, die anwendungsorientierten Funktionen durch die Ebenen 5 bis 7 abgedeckt.
2. Die einzelnen Spezifikationen lehnen sich besonders an das "EPHOS-Europäisches Beschaffungshandbuch für offene Systeme" (Phase 1) der KBSt, Stand 1992, an.
3. Für die Realisierung der anwendungsorientierten Funktionen können "File Transfer, Access and Management" (FTAM) zur Datenübermittlung als Nachrichtenübermittlungssystem gemäß ISO/OSI verwendet werden.
4. Für die Realisierung der Transportfunktionen wird als Medium das ISDN der Telekom verwendet. Es können auch andere Medien und Techniken, z. B. DATEX-P, das analoge Fernsprechnetz als Zugang zum nächsten DATEX-P-Knoten oder Standleitungen, vereinbart werden. Die Krankenkassen erklären sich bereit, sofern notwendig bei ihren Datenannahme- und Verteilstellen ein DFÜ-Verfahren gemäß CCITT X.25 vorzuhalten.
5. Für jedes Transportmedium sind geeignete Mechanismen zur Zugriffskontrolle zu vereinbaren, um den Ansprechpartner zu identifizieren und authentifizieren.
6. Im Rahmen bilateraler Absprachen ist die Übertragung mittels weiterer Verfahren möglich. In diesen Fällen muss die gleiche Datensicherheit gewährleistet sein wie beim Einsatz der Datenübertragung mittels der nachfolgenden Festlegungen.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.4.1
Übermittlungsarten Datenfernübertragung - Anwendungsorientierte Funktionen		

1. Für die Verwendung anwendungsorientierter Funktionen werden folgende Normen zugrundegelegt, unabhängig von der gewählten Zugriffsart:

OSI-Ebene 7:	ISO IS 8571 ISO IS 8649/8650	OSI-FTAM-Standard Funktionselement für Anwendungen (ACSE)
OSI-Ebenen 5/6	ISO IS 8822/8823 ISO IS 8326/8327	Darstellung Kommunikationssteuerung

2. Zur Verwendung des FTAM-Dienstes müssen folgende Normen und Profile beachtet werden:

ENV 41204	Vollständige Übermittlung einfacher Dateien
ENV 41205	Dateiverwaltung
FTAM Typ 3	Unstructured binary files

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.4.2
Übermittlungsarten Datenfernübertragung - Transportorientierte Funktionen		

1. Die ISO-Normen IS 8072/8073 definieren die zu verwendenden Transportsdienste und Transportprotokolle.
2. Als Protokolle für den D-Kanal sind E-DSS1 (Euro-ISDN) und 1 TR6 zu unterstützen. Im B-Kanal wird gemäß der Telekom-Richtlinie 1TR24 das Schicht3-Protokoll ISO 8208 (entspricht X.25 PLP) genutzt.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.4.3
Übermittlungsarten Datenfernübertragung - Transportsicherung		

1. Die Initiative für den Kommunikationsvorgang übernimmt der Absender.
2. Der Absender hat sicherzustellen, dass der Kommunikationspartner die für den Empfang der Daten berechnigte Stelle ist. Dies kann über die Vergabe entsprechender Passworte geschehen.
3. Einigen sich Absender und Empfänger nicht auf das automatische Recovery gemäß ISO IS 8571 FTAM, gilt für Übertragungsabbrüche, dass die betroffene Datei vom Absender erneut übertragen wird.
4. Innerhalb des ISDN/DATEX-P wird die Rufnummer des aktiven Partners übergeben und vom passiven Partner geprüft. Deshalb muss die ISDN/DATEX-P-Nummer jedes möglichen aktiven Partners den passiven Partnern gemeldet werden; jede Änderung ist unverzüglich und rechtzeitig im voraus den beteiligten Stellen bekanntzugeben.
5. Zur Sicherstellung eindeutiger Partnernamen im DFÜ-Netz werden die jeweiligen IK-Nummern der Partner verwendet.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.4.4
Übermittlungsarten Datenfernübertragung - Dokumentation		

Für die Datenübermittlung ist eine Dokumentation zu führen. Die Dokumentation muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:

- Inhalt der Datenübermittlung (Dateiname)
- Laufende Nummer der Datenübermittlung
- Eindeutige Bezeichnung der Kommunikationspartner
- Beginn und Ende der Datenübermittlung
- Übermittlungsmedium
- Dateigröße
- Verarbeitungshinweise
 - Senden/Empfangen
 - Verarbeitungskennzeichen (fehlerfrei/fehlerhaft)
 - wenn fehlerhaft: Fehlerstatus aus Übertragungsprogramm

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.5.1
Übermittlungsarten Datenträger und Transportsicherung		

1. Als Datenträgermedium sind CD-ROMs nach Ziffern 2 - 5 zulässig, sofern dieses zwischen Absender und Empfänger der Daten explizit vereinbart wurde.
2. Es sind nur lesbare CD-ROMs mit 120 mm Read-Only-Disk gemäß DIN EN 30149 „Informationsverarbeitungssysteme – Datenaustausch auf 120mm optischen Datenspeichern mit Nur-Lese-Zugriff (CD-ROM)“ zu verwenden.
3. Es sind Recordable-CD-ROMs mit einer Datenkapazität von 650 MB oder 700 MB zu verwenden.
4. Es dürfen sich mehrere Dateien auf einer CD-ROM befinden. Eine Datei darf sich nur über eine CD-ROM erstrecken. Auf der CD-ROM dürfen keine Unterverzeichnisse eingerichtet werden. Alle auf der CD-ROM befindlichen Dateien müssen sich im Wurzelverzeichnis befinden.
5. Die Datenträger sind mit dem Namen, der Adresse, dem Institutionskennzeichen des Absenders und dem vom Absender vergebenden Dateinamen zu versehen.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 3.5.2
Übermittlungsarten Datenträger - Dokumentation		

1. Für den Datenträgeraustausch werden Transportbegleitzettel in Anlehnung an die DIN 31 632 verwendet. Eine Durchschrift / Kopie des Begleitzettels ist dem Empfänger mit gleicher Post zuzusenden.
2. Der Transportbegleitzettel hat die folgenden Mindestinhalte zu umfassen:
 - Überschrift = Datenträgerbegleitzettel
 - Datenübermittlungsverfahren
Verwendeter Code nach Abschnitt 3.2
 - Absendername und Anschrift inkl. IK des Absenders
 - Empfängername und Anschrift inkl. IK des Empfängers
 - Inhalt der Dateien
 - Dateinamen lt. Nachrichtenkopfsegment
 - physikalischer Dateiname
 - Art des Datenträgers
 - Erstellungsdatum
 - Datum/Unterschrift Name und Telefonnummer des Bearbeiters/der Bearbeiterin
 - Abrechnungsmonat/-jahr
3. Optional Angabe des Betriebssystems, mit dem der Datenträger erstellt wurde.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 4.1
Fehlerverfahren Prüfungen		

Die nachfolgend aufgeführten Prüfungen werden in Abhängigkeit vom Inhalt der einzelnen Datensätze im Sinne eines Fehlererkennungsverfahrens durchgeführt. Die Prüfung der eingehenden Daten erfolgt in drei Abstufungen, aus denen sich der Grad der Fehler und die darauf folgende Reaktion ableitet.

Stufe 1 Die Stufe 1 umfasst die technischen und logistischen Prüfungen, z.B. die Feststellung der Lesbarkeit des Datenträgers allgemein und die Prüfung auf zulässige Kommunikationspartner usw.

Stufe 2 Die Stufe 2 beinhaltet die syntaktischen Prüfungen

Stufe 3 In Stufe 3 werden die formalen Prüfungen durchgeführt.

Die Stufen 1 - 3 stellen maschinelle Prüfungen dar, die auch ohne direkte Sachbearbeitung durchführbar sind, also eine maschinelle Reaktion möglich machen. Diese Stufen laufen grundsätzlich gleichartig bei allen Absendern und Empfängern ab.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 4.2
Fehlerv Verfahren Fehlerbehandlung		

1. Der Absender ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten; die Begründungen für die Zurückweisung sind dem Absender soweit wie möglich in nachvollziehbarer Form mitzuteilen. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln.
2. Grundsätzlich erfolgt der Austausch fehlerhafter Daten durch den Austausch der gesamten Datei.
3. Ist bilateral auch der Austausch von Teilmengen einer Datei vereinbart worden, dürfen jeweils nur vollständige Pakete ausgetauscht werden. Auf die Regelungen zur Dateibezeichnung bzgl. Lieferungsart wird verwiesen.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 5
Annahmestellen		

1. Die Empfänger der zu übermittelnden Daten sind die Krankenkassen bzw. die Annahmestellen der Krankenkassen.
2. Die Annahmestellen der Krankenkassen werden den übermittelnden Stellen von den Krankenkassen, deren Landesverbänden oder deren Spitzenverbänden mitgeteilt.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 6
Schlüsselverzeichnis Versicherten-Status		

Schlüsselbezeichnung:	Versicherten-Status
Schlüsselbeschreibung:	Klassifizierung des Versicherten.
Pflegende Stelle:	Technische Arbeitsgruppe der Vertragspartner
Schlüsselgröße (Stellenanzahl):	5

Stelle	Schlüssel	Bedeutung
1	0	Keine Angaben auf dem Verordnungsblatt
	1	Mitglieder
	3	Familienversicherte
	5	Rentner
2	0	Keine Stichprobenzuordnung oder keine Angaben auf dem Verordnungsblatt enthalten
	1	weiblich, ohne EU/BU-Bezug
	2	männlich, ohne EU/BU-Bezug
	3	weiblich, mit EU/BU-Bezug
	4	männlich, mit EU/BU-Bezug
	5	wie Schlüssel 1, nur vor 1900 geboren
	6	wie Schlüssel 2, nur vor 1900 geboren
	7	wie Schlüssel 1, nur nach 1999 geboren
	8	wie Schlüssel 2, nur nach 1999 geboren
3 - 4	00 bis 99	Geburtsjahr, wenn Stelle 2 größer Schlüssel 0. Ist Stelle 2 gleich 0, ist immer 00 anzugeben.

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 6
Schlüsselverzeichnis Versicherten-Status		

Stelle	Schlüssel	Bedeutung
5	0	keine Angaben auf dem Verordnungsblatt enthalten
	1	Vertragsgebiet West
	6	BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG
	4	Sozialhilfeempfänger, § 264 SGB V
	7	Über- und zwischenstaatliche Sozialversicherungsabkommen
	8	Über- und zwischenstaatliche Sozialversicherungsabkommen (Wohnsitz Inland pauschal)
	9	Vertragsgebiet Ost
	M	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 – Rechtskreis West
	X	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 – Rechtskreis Ost
	A	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Brustkrebs – Rechtskreis West
	C	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Brustkrebs – Rechtskreis Ost
	K	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Koronare Herzkrankheit – Rechtskreis West
	L	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Koronare Herzkrankheit – Rechtskreis Ost
	E	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Diabetes mellitus Typ 1 – Rechtskreis West
	N	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Diabetes mellitus Typ 1 – Rechtskreis Ost
	D	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Asthma bronchiale – Rechtskreis West
	F	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für Asthma bronchiale – Rechtskreis Ost
	S	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für COPD – Rechtskreis West
	P	Eingeschriebene Versicherte in Disease-Management- Programmen für COPD – Rechtskreis Ost

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 7
Testverfahren		

1. Der Absender und der Empfänger der Daten haben rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung und vor Änderungen des Datenträgersaustauschverfahrens die ordnungsgemäße Verarbeitung gegenseitig durch ein Testverfahren nachzuweisen.
2. Die Testverfahren müssen die vereinbarten Medien und Verfahren der Übermittlung mit allen technischen Verfahren, die zum Einsatz gelangen, umfassen.
3. Das Testverfahren muss alle vereinbarten Datensätze umfassen.
4. Die Datenlieferungen zum Zwecke des Testverfahrens (auf der Basis anonymisierter Daten) gelten als Testfälle.
5. Über das Testverfahren ist von beiden durchführenden Stellen ein Protokoll zu führen, das 1 Jahr aufzubewahren ist. Die Testverfahren sind auf der Basis anerkannter Qualitätssicherungsstandards zu dokumentieren, so dass die Abläufe und Inhalte jederzeit nachvollziehbar und ggf. wiederholbar sind.
6. Die Testverfahren zur erstmaligen Teilnahme eines Kommunikationspartners an der Datenübermittlung sollen mindestens ein Quartal vor Produktionsstart beginnen. Die Testverfahren sind mit allen Partnern durchzuführen.
7. Änderungen im laufenden Verfahren sind im gegenseitigen Einvernehmen zu testen und einzuführen.
8. Die Verarbeitung gilt als ordnungsgemäß nachgewiesen, wenn Datensätze die Stufen 1-3 fehlerfrei durchlaufen haben.

Anhang 1 (Brustkrebs) zu der Technischen Anlage

zur

Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungs- programme (DMP)

Grundlage:	17. RSAV gültig ab 01.07.2008
Version des Anhangs:	05
Version anzuwenden ab:	01.07.2008

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Inhalt:

0	Grundlage	4
1	Übersicht der Nachrichtentypen	5
2	Austauschformate	8
2.1	Allgemeines	8
2.2	Dateiaufbau	9
2.3	Beschreibung der Servicesegmente	11
2.3.1	UNA - Segment	11
2.3.2	UNB - Segment	12
2.3.3	UNZ - Segment	12
2.3.4	UNH - Segment	13
2.3.5	UNT - Segment	13
3	Segmentfolge DMP-Daten Brustkrebs	14
3.1	Übermittlung von Dokumentationsdaten von der Datenstelle an die Krankenkasse	14
3.1.1	Erstdokumentation	14
3.1.2	Folgedokumentation	14
3.2	Übermittlung von Dokumentationsdaten von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/Gemeinsame Einrichtung	15
3.2.1	Erstdokumentation	15
3.2.2	Folgedokumentation	15
3.3	Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle	15
3.4	Rückmeldung der Datenstelle an die Krankenkasse	15
4	Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente	16
4.1	INV - Segment Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation	16
4.2	FAL - Segment DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation	17
4.3	INL - Segment Information Leistungserbringer Erst- und Folgedokumentation	19
4.4	DAT - Segment Unterschriftendatum Erst- u. Folgedokumentation	20
4.5	RDE - Segment Rückmeldedaten der Krankenkasse	21
4.6	RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	25

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten Brustkrebs)

5.1	BEE –Segment: Einschreibung Erstdokumentation	28
5.2	BEF– Segment: Einschreibung Folgedokumentation	28
5.3	BAA – Segment: Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses Erstdokumentation	29
5.4	BBA – Segment: aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses Erstdokumentation	30
5.5	BHP – Segment: Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses Erstdokumentation	32
5.6	BLA – Segment: Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs lokoregionäres Rezidiv Erstdokumentation	33
5.7	BFA – Segment: Befunde und Therapie von Fernmetastasen Erstdokumentation	34
5.8	BSA – Segment: Sonstige Beratung und Behandlung Erstdokumentation	35
5.9	BTH – Segment: Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses Folgedokumentation	36
5.10	BRA – Segment: Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse Folgedokumentation	37
5.11	BEA – Segment: Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv / Fernmetastasen) Folgedokumentation	38
5.12	BCA – Segment: Sonstige Beratung und Behandlung Erst- und Folgedokumentation	39
5.13	BAT – Segment: Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung Erst- und Folgedokumentation	39

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die **Anlage 4** (Brustkrebs) der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung.

Weiterentwicklungen der RSAV machen ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente erforderlich.

In den Nutzdaten-Segmenten wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte beziehungsweise Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Dokumentationsdaten unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. bereits von der Datenstelle als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie auf dem Dokumentationsbogen ausgefüllt wurden. Aufgrund medizinischer Indikationen besteht jedoch bei diesen Feldern die Möglichkeit unterschiedlicher Feldkombinationen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle der Krankenkassen.

In diesem Anhang werden diagnoseübergreifende und diagnosebezogene Nutzdaten-Segmente beschrieben. Die diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segmente kommen in mehreren Anhängen der Technischen Anlage vor. Eine Änderung eines diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segments betrifft damit alle Anhänge, in denen das Segment vorhanden ist, und zwar unabhängig von ihren ggf. unterschiedlichen Versionsnummer.

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

1 Übersicht der Nachrichtentypen

Den Nachrichtentypen liegt die RSAV in der jeweils gültigen Fassung zugrunde.
Folgende Nachrichtentypen sind zu verwenden:

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
BREA	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Brustkrebs (Anlage 4a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
BREK	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Brustkrebs (Anlage 4a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
BREG	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Brustkrebs (Anlage 4a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
BRBA	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Brustkrebs (Lfd.Nrn. 1-12, Anlage 4b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV.
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
BRKE	01	01.07.2008		Datenübermittlung von der Datenstelle an die Krankenkasse – Erstdokumentation
BRKF	01	01.07.2008		Datenübermittlung von der Datenstelle an die Krankenkasse – Folgedokumentation
BREA	01	01.07.2008		Datenübermittlung von der Datenstelle an die Kassenärztliche Vereinigung/Gemeinsame Einrichtung – Erstdokumentation
BREF	01	01.07.2008		Datenübermittlung von der Datenstelle an die Kassenärztliche Vereinigung/Gemeinsame Einrichtung – Folgedokumentation
BRBB	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Brustkrebs (Lfd.Nrn. 13ff., Anlage 4b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV.
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
BRAE	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Brustkrebs (Lfd.Nrn. 1-12, Anlage 4b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
BRFA	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Brustkrebs (Anlage 4a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV.
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
BRFK	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Brustkrebs (Anlage 4a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

BRFG	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Brustkrebs (Anlage 4a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
BRFB	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Brustkrebs (Anlage 4b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV.
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
BRFE	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Brustkrebs (Anlage 4b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
BRRM	01	23.04.2003	31.05.2004	Nachrichtentyp Brustkrebs Rückmeldung Krankenkasse Erstdokumentation Einschreibung
	02	01.06.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
	05	01.07.2008		
BRDK	02	01.06.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Brustkrebs Rückmeldung Krankenkasse Kassennummer/Versichertennummer
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	
	05	01.07.2008		
BRDS	02	01.06.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Brustkrebs Rückmeldung Datenstelle Arztnummer
	03	01.12.2005	30.06.2005	
	04	01.07.2006	30.06.2008	

2 Austauschformate

2.1 Allgemeines

Zur Minimierung des Austauschvolumens wird eine Strukturierung verwendet, die es erlaubt, dass nur die tatsächlich benötigten Inhalte übermittelt werden. Die Datensätze (Segmente) und Datenfelder (Datenelemente) sind in ihrer Länge variabel. Ihr Inhalt muss im Gegensatz zu Datensätzen fester Länge nicht mit Leerzeichen oder Nullen gefüllt werden.

Eine Übermittlungsdatei besteht aus Nachrichten. Nachrichten bestehen aus Segmenten. Segmente bestehen aus Datenelementen und/oder Datenelementgruppen. Datenelementgruppen bestehen aus Datenelementen.

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

- eines Absenders für einen Empfänger oder
- eines Absenders zur Verteilung über eine Annahmestelle an mehrere Empfänger (Nutzer) oder
- eines oder mehrerer Absender; die von einer Annahmestelle an die endgültigen Empfänger (Nutzer) weiterzuleiten sind. Innerhalb einer Übermittlungsdatei ist die Reihenfolge der Nachrichten beliebig.

Die Nachricht ist eine Zusammenfassung aller Segmente, die zur Darstellung eines Geschäftsvorfalles erforderlich sind. Innerhalb einer Nachricht stehen die Segmente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Segment ist die Zusammenfassung von logisch zusammenhängenden Datenelementen und/oder Datenelementgruppen (z.B. Versicherteninformationen, Beträge). Es ist vergleichbar mit einem Datensatz. Innerhalb eines Segments stehen die Datenelemente und/oder Datenelementgruppen in einer fest definierten Reihenfolge.

Die Datenelementgruppe ist eine Zusammenfassung von Datenelementen mit Informationen, die in einem sachlichen oder logischen Zusammenhang stehen (z.B. Datum und Uhrzeit, Version und Versionsnummer). Innerhalb einer Datenelementgruppe stehen die Datenelemente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Datenelement ist die kleinste Einheit, die eine Information darstellt. Es ist vergleichbar mit einem Datenfeld.

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.2 Dateiaufbau

Jede Datei und jede Nachricht wird von Servicesegmenten eingeschlossen, die im wesentlichen dem Konzept von Vor- und Nachlaufsätzen entsprechen.

Jedes Segment beginnt mit einem Datenelement zur Segmentbezeichnung, endet mit einem Segmentendekennzeichen und ist mit Carriage Return + Line Feed abzuschließen (CR+LF). Als Segmentendekennzeichen ist das Hochkomma (') zu verwenden. Das Segmentendekennzeichen ist unmittelbar nach dem letzten mit Inhalt belegten Datenelement anzugeben. Segmente, für die kein Inhalt vorhanden ist, können, sofern sie Kann-Segmente sind, ausgelassen werden.

Datenelemente oder Datenelementgruppen werden durch ein Pluszeichen (+) voneinander getrennt. Anstelle von Kann-Datenelementen, für die kein Inhalt vorhanden ist, ist das Pluszeichen (+) anzugeben.

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: +Inhalt Musselement + Inhalt Kannelement + Inhalt Musselement

**Darstellung bei Auslassung
des Kannelements:** +Inhalt Musselement + Inhalt Musselement

Steht das Kann-Datenelement am Ende eines Segments und ist kein Inhalt vorhanden, ist anstelle des Kann-Datenelements das Segmentendekennzeichen anzugeben. Als Entwerfer ist das Fragezeichen (?) zu verwenden. Innerhalb einer Datenelementgruppe sind die Datenelemente durch einen Doppelpunkt (:) voneinander zu trennen.

Muss-Datenelemente sind in der jeweiligen Datensatzbeschreibung als Feld-Art 'M' und Kann-Datenelemente als Feld-Art 'K'.

Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ 'N' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen '0' - '9' zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Ist ein Betrag kleiner eins, kann er mit Komma, Ziffer, Ziffer (z.B. +,15+) dargestellt werden. Als Dezimalzeichen gilt das Komma (z.B. +5,55+), es wird nicht als Stelle mitgezählt. Minuszeichen sind nicht zulässig.

Als Inhalt von alphanumerischen Feldern (Feld-Typ 'AN' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen 'A' - 'Z' und die Zeichen '0' - '9' zulässig.

Die Anzahl Stellen der Felder ergibt sich aus der jeweiligen Datensatzbeschreibung. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. '5') die erforderliche Anzahl Stellen angibt; zwei Punkte und eine Zahl (z.B. '..35') die maximale Stellenbelegung.

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

Segment.	Hierarchieebene	Segmentart	Segmenttyp	Wiederholungsfaktor	Erläuterung
UNA	1	K	Service	1	Festlegungssegment einer Datei und dient zur Festlegung der in der Datei verwendeten Trennzeichen. Das Segment wird nur bei Bedarf (z.B. Änderung der festgelegten Trennzeichen) übertragen.
UNB	1	M	Service	1	Kopfsegment einer Datei und dient zur Eröffnung, Identifizierung und Beschreibung der Datei.
UNH	2	M	Service	N	Kopfsegment einer Nachricht und dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, zu identifizieren und zu beschreiben.
	3	M	Nutzdaten		Segmente eines Nachrichtentyps gemäß Beschreibung (s. Anhänge)
UNT	2	M	Service	N	Endesegment einer Nachricht. Beendet eine Nachricht und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.
UNZ	1	M	Service	1	Endesegment einer Datei. Beendet eine Datei und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA - Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	FeldTyp	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNA	Festlegungssegment	3	AN	M	= UNA
	TZ innerh. Datenelemente	1	AN	M	':' (Trennzeichen innerhalb zusammengesetzter Datenelemente)
	TZ Datenelemente	1	AN	M	'+' oder anderes Zeichen als Trennzeichen für Datenelemente
	Dezimalzeichen	1	AN	M	','
	Aufhebungszeichen	1	AN	M	'?' (für Steuerzeichen; Rücksetzung des nachfolgenden Sonderzeichens auf seine ursprüngliche Bedeutung. Z.B. ?: bedeutet, daß es sich um einen normalen Doppelpunkt handelt und nicht ein Trennzeichen für ein Gruppendatenelement.)
	Reserviert	1	AN	M	blank als Leerzeichen
	Segmentendezeichen	1	AN	M	''' (Kennzeichen für das Ende eines Segments.)

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.2 UNB - Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNB	Kopfsegment der Nutzdatendatei Trennung nach Kassenarten	3	AN	M	UNB
	Syntax			M	
	-- Syntax-Kennung	4	AN	M	z.B. Vereinbarte EDIFACT-Syntax; hier: „UNOC“ = Groß- und Kleinbuchstaben, Umlaute
	-- Syntax-Versionsnummer	1	N	M	Vereinbarte Version der Syntax; hier: „3“ (derzeit aktuell)
	Absender Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Absenders
	Empfänger Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Empfängers
	Datum/Uhrzeit			M	
	-- Datum	8	N	M	Erstelldatum der Datei JJJJMMTT
	-- Uhrzeit	4	N	M	Erstelluhrzeit der Datei HHMM
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	Für ein Absender-Empfänger-Paar und je DMP (z.B. Brustkrebs, Diab. mell. 2, Diab. mell. 1, KHK, ...) ist die Datenaustausch-referenz fortlaufend je Dateiübermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf (99999 + 1 = 00001) ist mit '00001' neu aufzusetzen. Die Zählung ist für Testverfahren und für Echtverfahren getrennt vorzunehmen.
	Dateiname	11	AN	M	Dateiname entsprechend Abschnitt 3.3 der Technischen Anlage

2.3.3 UNZ-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNZ	Endesegment der Nutzdatendatei	3	AN	M	UNZ
	Anzahl Nachrichten	...5	N	M	Anzahl UNHs in der Nutzdatendatei
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	wie in UNB

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.4 UNH - Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNH	Nachrichtentypkopfsegment	3	AN	M	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	einzutragen ist die fortlaufende Nummer der UNH-Segmente zwischen UNB und UNZ mit führenden Nullen, z.B. 00001 für 1. UNH
	Nachrichtenkenung -- Nachr-Typ-Kennung -- Versionsnummer	4 2	AN AN	M M M	z.B. "BREA:01" einzutragen ist z.B. „BREA“ einzutragen ist die Nummer der benutzten Version des Nachrichtentyps (z.B. „01“).
	KV-Bereich	2	N	M	Folgende Einträge sind zulässig: „00“ für unbestimmt „01“ für Schleswig-Holstein „02“ für Hamburg „03“ für Bremen „17“ für Niedersachsen „20“ für Westfalen-Lippe „38“ für Nordrhein „46“ für Hessen „47“ für Koblenz „48“ für Rheinhessen „49“ für Pfalz „50“ für Trier „55“ für Nordbaden „60“ für Südbaden „61“ für Nordwürttemberg „62“ für Südwürttemberg „71“ für Bayern „72“ für Berlin „73“ für Saarland „78“ für Mecklenburg-Vorpommern „83“ für Brandenburg „88“ für Sachsen-Anhalt „93“ für Thüringen „98“ für Sachsen
	Status Datensatz	1	N	M	„0“ = übermittelter Datensatz ist fehlerfrei „1“ = übermittelter Datensatz ist fehlerbehaftet

2.3.5 UNT - Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNT	Nachrichtentypendeselement	3	AN	M	UNT
	Anzahl Einheiten	6	N	M	Anzahl der Segmente in der Nachricht einschließlich der Segmente UNH und UNT mit führenden Nullen
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	Inhalt entsprechend dem Inhalt des Datenelements "Nachrichtenreferenznummer" aus UNH

3 Segmentfolge DMP - Daten Brustkrebs

Die Segmentfolge für die Übermittlung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung/Gemeinsame Einrichtung stellt sich ab dem 1. April 2008 wie folgt dar:

3.1 Datenübermittlung von der Datenstelle an die Krankenkasse

3.1.1 Erstdokumentation

BRKE = Nachrichtentyp Brustkrebs

INV	—	Segment: Information Versicherter
FAL	—	Segment: DMP-Fall
INL	—	Segment: Information Leistungserbringer
BEE	—	Segment: Einschreibung
BAA	—	Segment: Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
BBA	—	Segment: aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
BHP	—	Segment: Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
BLA	—	Segment: Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs lokoregionäres Rezidiv
BFA	—	Segment: Befunde und Therapie von Fernmetastasen
BSA	—	Segment: Sonstige Beratung und Behandlung
BAT	—	Segment: Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung
DAT	—	Segment: Unterschriftendatum

3.1.2 Folgedokumentation

BRKF = Nachrichtentyp Brustkrebs

INV	—	Segment: Information Versicherter
FAL	—	Segment: DMP-Fall
INL	—	Segment: Information Leistungserbringer
BEF	—	Segment: Einschreibung
BTH	—	Segment: Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
BRA	—	Segment: Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse Folgedokumentation
BEA	—	Segment: Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung
BCA	—	Segment: Sonstige Beratung und Behandlung
BAT	—	Segment: Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung
DAT	—	Segment: Unterschriftendatum

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

3.2 Datenübermittlung von der Datenstelle an die Kassenärztliche Vereinigung/Gemeinsame Einrichtung

3.2.1 Erstdokumentation

BREE = Nachrichtentyp Brustkrebs

FAL	–	Segment: DMP-Fall
INL	–	Segment: Information Leistungserbringer
BEE	–	Segment: Einschreibung
BAA	–	Segment: Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
BBA	–	Segment: aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
BHP	–	Segment: Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
BLA	–	Segment: Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs lokoregionäres Rezidiv
BFA	–	Segment: Befunde und Therapie von Fernmetastasen
BSA	–	Segment: Sonstige Beratung und Behandlung
BAT	–	Segment: Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung
DAT	–	Segment: Unterschriftendatum

3.2.2 Folgedokumentation

BREF = Nachrichtentyp Brustkrebs

FAL	–	Segment: DMP-Fall
INL	–	Segment: Information Leistungserbringer
BEF	–	Segment: Einschreibung
BTH	–	Segment: Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses
BRA	–	Segment: Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse Folgedokumentation
BEA	–	Segment: Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung
BCA	–	Segment: Sonstige Beratung und Behandlung
BAT	–	Segment: Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung
DAT	–	Segment: Unterschriftendatum

3.4 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.4.1 Rückmeldung Einschreibung

BRRM = Nachrichtentyp Brustkrebs Rückmeldung KrankenkasseEinschreibung

RDE – Segment Rückmeldedaten Einschreibung

3.4.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

BRDK = Nachrichtentyp Brustkrebs Rückmeldung Krankenkasse Kassennummer / Versichertennummer

RDK – Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segmente

4.1 INV-Segment Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INV	Segment Information Versicherter	3	AN	M	"INV"
	Name des Versicherten	..47	AN	M	
	Vorname des Versicherten	..30	AN	M	
	Geburtsdatum des Versicherten	8	N	M	JJJJMMTT (von der KVK/eGK zu übernehmen, ohne Prüfung auf ein logisches Kalenderdatum)
	Versicherten-Nr.	..12	AN	M	
	Datum	8	N	M	JJJJMMTT
	Versicherten-Status	5	AN	K	Versichertenstatus Vgl. Schlüsselverzeichnis gemäß Technischer Anlage Abschnitt 7. Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	VK gültig bis	4	N	K	JJMM Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	Geschlecht des Versicherten	1	N	K	Verpflichtend anzugeben (Ausnahme DMP Brustkrebs) ist eine von beiden Ziffern: "1" = weiblich "2" = männlich
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment INV ist fehlerfrei "1" = Segment INV ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.2 FAL-Segment DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikations-übergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 123456789000000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung FAL-Segment

	Einschreibung wegen Brustkrebs	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 1	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 2	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen KHK	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Asthma Bronchiale	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen COPD	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment FAL ist fehlerfrei "1" = Segment FAL ist fehlerbehaftet

Anmerkung zum Segment FAL: Die Datensatz-ID wird je Dokumentationsdatensatz nur einmal vergeben und ist im weiteren Verfahren (z. B. Korrekturdatensätze, Weiterleitung von Datensätzen, Rückmeldungen) als Referenz beizubehalten.

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.3 INL - Segment Information Leistungserbringer Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INL	Segment Information Leistungserbringer	3	AN	M	"INL"
	Betriebsstättennummer	9	AN	M	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Betriebsstättennummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	lebenslange Arztnummer	9	AN	M	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Arztnummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Krankenhaus-IK	9	N	M	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Pseudonymisierte Versichertennummer	21	N	M	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment INL ist fehlerfrei "1" = Segment INL ist fehlerbehaftet

Die gleichzeitige Übermittlung von Nullen in den Feldern „Betriebsstättennummer“ und „Krankenhaus-IK“ ist nicht zulässig.

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.4 DAT - Segment Unterschriftendatum Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
DAT	Segment Unterschriftendatum	3	AN	M	"DAT"
	Datum der Unterschrift (Arzt)	8	N	M	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
	Merkmal Unterschrift Arzt	1	AN	M	"J", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben unterschrieben hat "N", sofern der Arzt die Erstdokumentation Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben nicht unterschrieben hat. „0“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Datum der Unterschrift (Arzt) der letzten Korrektur	8	N	K	JJJJMMTT Das jüngste Unterschriftendatum Arzt ist anzugeben; das Datum muss im Falle einer vorangegangenen Korrektur übermittelt werden
	Merkmal Unterschrift Arzt Korrektur	1	AN	K	"J", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg unterschrieben hat "N", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg nicht unterschrieben hat. „0“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment DAT ist fehlerfrei "1" = Segment DAT ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.5 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDE	Segment Rückmeldedaten Einschreibung	3	AN	M	"RDE"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Versichertennummer	...12	AN	M	
	Einheitliche Versichertennummer	..12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	lebenslange Arztnummer	9	AN	K	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen.
	Betriebsstättennummer	9	AN	K	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen
	Krankenhaus-Nr.	9	N	K	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen.
	Versichertenverhältnis besteht zum Dokumentationszeitpunkt.	1	AN	K	„J“ = Versichertenverhältnis besteht „N“ = Versichertenverhältnis besteht nicht.
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.
	Einschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem der Versicherte bei der Kasse in das jeweilige DMP eingeschrieben wurde.
	Ausschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem die Teilnahme des Versicherten am jeweiligen DMP endet. Eine Angabe des Grundes ist nicht erforderlich.
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Kennzeichen „Storno/Löschung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall zu stornieren/löschen ist.
	Kennzeichen „Wiedereröffnung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall wiedereröffnet wurde.
	Kennzeichen „Beendigung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“ – unbekannt; „2“ – verstorben „3“ – Ausschluss „4“ – Beendigung durch den Patienten „5“ – Regelmäßige Beendigung des Programms

Das RDE - Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDE - Segment) darzustellen:

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heiti- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Bestätigung des Versichertenver- hältnisses nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („J“ ist anzugeben)	X (der jeweiligen ED)	X (sofern bekannt)		X (Kann)			
Negativmeldung zum Versicher- tenverhältnis nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweiligen ED)			X (Kann)			
Negativmeldung zum Versicher- tenverhältnis nach Erhalt einer FD	X	X	X	X	X (Kann)				X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweiligen ED)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- nummer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- datum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über Storno/Löschung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)	X		
Meldung über Wiedereröffnung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)		X	
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweiligen Doku)	X	X	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X	X (Kann)			X

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweiligen Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten)) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.6 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassenummer / Versichertennummer

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDK	Segment Rückmeldedaten Kassenummer/Versichertennummer	3	AN	M	"RDK"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr. alt	9	N	K	IK der Kasse alt
	Kassen-Nr. neu	9	N	K	IK der Kasse neu
	Kassen-Nr. alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Kassenummer alt“
	Kassen-Nr. neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Kassenummer neu“
	Versichertennummer alt	...12	AN	K	Versichertennummer alt
	Versichertennummer neu	...12	AN	K	Versichertennummer neu
	Versichertennummer alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Versichertennummer alt“
	Versichertennummer neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Versichertennummer neu“
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Einheitliche Versichertennummer	...12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.

Das RDK-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDK-Segment) darzustellen.

Sofern die Felder „Kassen-Nr. neu“/„Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ oder „Versichertennummer neu“/„Versichertennummer neu ist gültig ab“ gefüllt sind stellt die Datenstelle sicher, dass die Gültigkeit der bisherigen Kassen-/Versichertennummern beendet wird. Die **Beendigung der Gültigkeit erfolgt in der Systematik**: „Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ bzw. „Versichertennummer neu ist gültig ab“ **minus einem Tag**.

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wech- sel der Kranken- versicherten- nummer. MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X					X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der jeweili- gen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wech- sel der Kranken- versicherten- nummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X					X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der letzten Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wech- sel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens	X	X	X	X	X	X							

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens und Wechsel der Versicherten- nummer MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der jeweili- gen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens und Wechsel der Versicherten- nummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der letzten Doku)

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzdaten-Segmente (fachliche Daten Brustkrebs)

5.1 BEE – Segment: Einschreibung Erstdokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BEE	Segment: Einschreibung	3	AN	M	" BEE "
	Erstmanifestation des Primärtumors (Datum des histologischen Nachweises)	8	N	K	Format: JJJJMMTT
	Lokoregionäres Rezidiv (Datum des histologischen Nachweises)	8	N	K	Format: JJJJMMTT
	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	8	N	K	Format: JJJJMMTT
	Fernmetastasen erstmals gesichert	8	N	K	Format: JJJJMMTT
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BEE ist fehlerfrei "1" = Segment BEE ist fehlerbehaftet

5.2 BEF – Segment Einschreibung Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BEF	Segment: Einschreibung erfolgte wegen	3	AN	M	"BEF"
	Primärtumors	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lokoregionären Rezidivs	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kontralateralen Brustkrebs	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fernmetastasen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BEF ist fehlerfrei "1" = Segment BEF ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.3 BAA – Segment: Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses Erstdokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BAA	Segment: Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses	3	AN	M	"BAA"
	Betroffene Brust: rechts	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Betroffene Brust: links	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Betroffene Brust: beidseits	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt: Stanzbiopsie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt: Vakuumunterstützte Mammabiopsie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt: Offene Biopsie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt: Mammographie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt: Sonographie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt: Andere	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen: OP geplant	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen: OP nicht geplant	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen: Postoperativ	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Art der erfolgten operativen Therapie: BET	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Art der erfolgten operativen Therapie: Mastektomie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Art der erfolgten operativen Therapie: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Art der erfolgten operativen Therapie: Axilläre Lymphonodektomie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Art der erfolgten operativen Therapie: Anderes Vorgehen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Art der erfolgten operativen Therapie: keine OP	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BAA ist fehlerfrei "1" = Segment BAA ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.4 BBA– Segment: Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses Erstdokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BBA	Segment: Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses	3	AN	M	"BBA"
	pT: Tis	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pT: 0	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pT: 1	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pT: 2	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pT: 3	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pT: 4	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pT: X	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pT: Keine OP	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pN: 0	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pN: 1	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pN: 2	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pN: 3	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pN: X	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	pN: Keine OP	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	M: 0	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	M: 1	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	M: X	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Grading: 1	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Grading: 2	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Grading: 3	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Grading: Unbekannt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Resektionsstatus: R0	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Resektionsstatus: R1	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

	Resektionsstatus: R2	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Resektionsstatus:Unbekannt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Resektionsstatus: Keine OP	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron): Positiv	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron): Negativ	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron): Unbekannt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Anzahl der entfernten Lymphknoten: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Anzahl der entfernten Lymphknoten: Sentinel-Lymphknoten	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Anzahl der entfernten Lymphknoten: <10	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Anzahl der entfernten Lymphknoten ≥10	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Anzahl der befallenen Lymphknoten: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Anzahl der befallenen Lymphknoten: Sentinel-Lymphknoten negativ	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Anzahl der befallenen Lymphknoten: 1-3	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Anzahl der befallenen Lymphknoten: ≥4	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Anzahl der befallenen Lymphknoten: Unbekannt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	AN	M	"0" = Segment BBA ist fehlerfrei "1" = Segment BBA ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.5 BHP–Segment: Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses Erstdokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BHP	Segment: Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses Erstdokumentation	3	AN	M	"BHP"
	Strahlentherapie: Geplant	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Strahlentherapie: Andauernd	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Strahlentherapie: Regulär abgeschlossen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Strahlentherapie: Vorzeitig beendet	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Strahlentherapie: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Geplant	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Andauernd	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Regulär abgeschlossen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Vorzeitig beendet	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Geplant	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Andauernd	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Regulär abgeschlossen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Vorzeitig beendet	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	AN	M	"0" = Segment BHP ist fehlerfrei "1" = Segment BHP ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.6 BLA-Segment: Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs Erstdokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BLA	Segment: Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs	3	AN	M	"BLA"
	Lokalisation: Intramammär	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lokalisation: Thoraxwand	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lokalisation: Axilla	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Andauernde oder abgeschlossene Therapie: Präoperativ	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Andauernde oder abgeschlossene Therapie: Exzision	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Andauernde oder abgeschlossene Therapie: Mastektomie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Andauernde oder abgeschlossene Therapie: Strahlentherapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Andauernde oder abgeschlossene Therapie: Chemotherapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Andauernde oder abgeschlossene Therapie: Endokrine Therapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Andauernde oder abgeschlossene Therapie: Anderes Vorgehen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Andauernde oder abgeschlossene Therapie: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BLA ist fehlerfrei "1" = Segment BLA ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.7 BFA-Segment: Befunde und Therapie von Fernmetastasen Erstdokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BFA	Segment: Befunde und Therapie von Fernmetastasen	3	AN	M	"BFA"
	Lokalisation: Leber	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lokalisation: Lunge	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lokalisation: Knochen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lokalisation: Andere	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie: Operativ	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie: Strahlentherapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie: Chemotherapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie: Endokrine Therapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie: Andere	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: Kontraindikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BFA ist fehlerfrei "1" = Segment BFA ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.8 BSA–Segment: Sonstige Beratung und Behandlung Erstdokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BSA	Segment: Sonstige Beratung und Behandlung	3	AN	M	" BSA "
	Lymphödem: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lymphödem: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Systematische Tumorschmerztherapie: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Systematische Tumorschmerztherapie: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Systematische Tumorschmerztherapie: Nicht erforderlich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: Abgelehnt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BSA ist fehlerfrei "1" = Segment BSA ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.9 BTH–Segment: Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BTH	Segment: Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses	3	AN	M	"BTH"
	Adjuvante Therapie abgeschlossen: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Adjuvante Therapie abgeschlossen: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Strahlentherapie: Geplant	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Strahlentherapie: Andauernd	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Strahlentherapie: Regulär abgeschlossen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Strahlentherapie: Vorzeitig beendet	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Strahlentherapie: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Geplant	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Andauernd	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Regulär abgeschlossen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Vorzeitig beendet	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Chemotherapie: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Geplant	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Andauernd	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Regulär abgeschlossen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Vorzeitig beendet	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Endokrine Therapie: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BTH ist fehlerfrei "1" = Segment BTH ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.10 BRA–Segment: Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BRA	Segment: Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse	3	AN	M	"BRA"
	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs (Datum des histologischen Nachweises)	8	N	K	Format: JJJJMMTT
	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: Intramammär	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: Thoraxwand	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: Axilla	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	8	N	K	Format: JJJJMMTT
	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung)	8	N	K	Format: JJJJMMTT
	Manifestation von Fernmetastasen: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Manifestation von Fernmetastasen: Leber	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Manifestation von Fernmetastasen: Lunge	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Manifestation von Fernmetastasen: Knochen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Manifestation von Fernmetastasen: Andere	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lymphödem: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lymphödem: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BRA ist fehlerfrei "1" = Segment BRA ist fehlerbehaftet

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.11 BEA–Segment: Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen) Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BEA	Segment: Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv / Fernmetastasen)	3	AN	M	"BEA"
	Aktueller Behandlungsstatus: Vollremission	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Aktueller Behandlungsstatus: Teilremission	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Aktueller Behandlungsstatus: No change	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Aktueller Behandlungsstatus: Progress	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Präoperativ	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Exzision	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Mastektomie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Strahlentherapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Chemotherapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Endokrine Therapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Anderes Vorgehen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie der Fernmetastasen: Operativ	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie der Fernmetastasen: Strahlentherapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie der Fernmetastasen: Chemotherapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie der Fernmetastasen: Endokrine Therapie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

Anhang 1 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

	Therapie der Fernmetastasen: Andere	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Therapie der Fernmetastasen: keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Bisphosphonat Therapie bei Knochenmetastasen: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Bisphosphonat Therapie bei Knochenmetastasen: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Bisphosphonat Therapie bei Knochenmetastasen: Kontraindikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BEA ist fehlerfrei "1" = Segment BEA ist fehlerbehaftet

5.12 BCA–Segment: Sonstige Beratung und Behandlung Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BCA	Segment: Sonstige Beratung und Behandlung	3	AN	M	"BCA"
	Systematische Tumorschmerztherapie: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Systematische Tumorschmerztherapie: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Systematische Tumorschmerztherapie: Nicht erforderlich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt: Nicht erforderlich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt: Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt: Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt: Abgelehnt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BCA ist fehlerfrei "1" = Segment BCA ist fehlerbehaftet

5.13 BAT–Segment: Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
BAT	Segment: Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	3	AN	M	"BAT"
	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	8	N	K	Format: JJJJMMTT
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment BAT ist fehlerfrei "1" = Segment BAT ist fehlerbehaftet

**Anhang 2 (Diabetes mellitus Typ 1 und 2)
zu der Technischen Anlage**

zur

**Übermittlung der Dokumentationsdaten
strukturierter
Behandlungsprogramme (DMP)**

Grundlage:	17. RSAV gültig ab 01.07.2008
-------------------	--

Version des Anhangs:	04
Version anzuwenden ab:	01.07.2008

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Inhalt:	Seite
0 Grundlage	3
1 Übersicht der Nachrichtentypen	4
2 Austauschformate	7
2.1 Allgemeines	7
2.2 Dateiaufbau	8
2.3 Beschreibung der Servicesegmente	10
2.3.1 UNA - Segment	10
2.3.2 UNB - Segment	11
2.3.3 UNZ - Segment	11
2.3.4 UNH - Segment	12
2.3.5 UNT - Segment	12
3 Segmentfolge DMP-Daten Diabetes mellitus Typ 1 und 2	13
3.1 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen	13
3.2 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/Gemeinsame Einrichtung	13
3.3 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle	13
4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente	15
4.1 INV - Segment Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation	15
4.2 FAL - Segment DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation	16
4.3 INL - Segment Information Leistungserbringer Erst- und Folgedokumentation	17
4.4 DAT - Segment Unterschriftendatum Erst- u. Folgedokumentation	19
4.5 AAB – Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten	20
4.6 ABP – Segment Allgemeiner Behandlungsplan	21
4.7 RDE - Segment Rückmeldedaten der Krankenkasse	22
4.8 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	27
5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten Diabetes mellitus Typ 1 und 2)	29
5.1 AAM – Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	29
5.2 ASP – Segment Schulung und Behandlungsplanung	32

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anlage 2 – indikationsübergreifender Dokumentation - und die Anlage 8 – indikationsspezifische Dokumentation Diabetes mellitus Typ I und II - der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung. Weiterentwicklungen der RSAV machen ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente erforderlich.

In den Nutzdaten-Segmenten wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte beziehungsweise Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Dokumentationsdaten unabdingbar. Sofern die Information eines Muss-feldes fehlt bzw. bereits von der Datenstelle als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie auf dem Dokumentationsbogen ausgefüllt wurden. Aufgrund medizinischer Indikationen besteht jedoch bei diesen Feldern die Möglichkeit unterschiedlicher Feldkombinationen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle der Krankenkassen.

In diesem Anhang werden diagnoseübergreifende und diagnosebezogene Nutzdaten-Segmente beschrieben. Die diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segmente kommen in mehreren Anhängen der Technischen Anlage vor. Eine Änderung eines diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segments betrifft damit alle Anhänge, in denen das Segment vorhanden ist, und zwar unabhängig von ihren ggf. unterschiedlichen Versions-Nummern.

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

1 Übersicht der Nachrichtentypen

Den Nachrichtentypen liegt die RSAV in der jeweils gültigen Fassung zugrunde.
Folgende Nachrichtentypen sind zu verwenden:

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
DMKK	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen
DMGE	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/Gemeinsame Einrichtung
DZEA	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 2a der RSAV).
	02	01.07.2004	30.11.2005	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DZBA	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Lfd.Nrn. 1-13, Anlage 2b der RSAV)
	02	01.07.2004	30.11.2005	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkasse im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DZBB	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Lfd.Nrn. 14ff., Anlage 2b der RSAV)
	02	01.07.2004	30.11.2005	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkasse im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DZFA	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 2a der RSAV).
	02	01.07.2004	30.11.2005	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV
	03	01.12.2005	30.06.2008	

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
DZFB	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 2b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkasse im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 RSAV
	02	01.07.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DZBE	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 Anlage 2b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
	02	01.07.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DZEG	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 2a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
	02	01.07.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DZFE	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 2b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
	02	01.07.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DZFG	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 2a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
	02	01.07.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DZEK	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 2a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.
	02	01.07.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2008	

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
DZFK	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 2a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.
	02	01.07.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DZRM	01	23.04.2003	30.06.2004	Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 2 Rückmeldung Krankenkasse
	02	01.07.2004	30.11.2005	
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DMRM	01	01.07.2008		Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 1 und 2 Rückmeldung Krankenkasse
DZDK	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 2 Rückmeldung Krankenkasse Kassen-/Versichertennummer
	03	01.12.2005	30.06.2008	
DMDK	01	01.07.2008		Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 1 und 2 Rückmeldung Krankenkasse Kassen-/Versichertennummer
DZDS	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 2 Rückmeldung Datenstelle Arztnummer
	03	01.12.2005	30.06.2008	

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2. Austauschformate

2.1 Allgemeines

Zur Minimierung des Austauschvolumens wird eine Strukturierung verwendet, die es erlaubt, dass nur die tatsächlich benötigten Inhalte übermittelt werden. Die Datensätze (Segmente) und Datenfelder (Datenelemente) sind in ihrer Länge variabel. Ihr Inhalt muss im Gegensatz zu Datensätzen fester Länge nicht mit Leerzeichen oder Nullen gefüllt werden.

Eine Übermittlungsdatei besteht aus Nachrichten. Nachrichten bestehen aus Segmenten. Segmente bestehen aus Datenelementen und/oder Datenelementgruppen. Datenelementgruppen bestehen aus Datenelementen.

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

- eines Absenders für einen Empfänger oder
- eines Absenders zur Verteilung über eine Annahmestelle an mehrere Empfänger (Nutzer) oder
- eines oder mehrerer Absender; die von einer Annahmestelle an die endgültigen Empfänger (Nutzer) weiterzuleiten sind. Innerhalb einer Übermittlungsdatei ist die Reihenfolge der Nachrichten beliebig.

Die Nachricht ist eine Zusammenfassung aller Segmente, die zur Darstellung eines Geschäftsvorfalles erforderlich sind. Innerhalb einer Nachricht stehen die Segmente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Segment ist die Zusammenfassung von logisch zusammenhängenden Datenelementen und/oder Datenelementgruppen (z.B. Versicherteninformationen, Beträge). Es ist vergleichbar mit einem Datensatz. Innerhalb eines Segments stehen die Datenelemente und/oder Datenelementgruppen in einer fest definierten Reihenfolge.

Die Datenelementgruppe ist eine Zusammenfassung von Datenelementen mit Informationen, die in einem sachlichen oder logischen Zusammenhang stehen (z.B. Datum und Uhrzeit, Version und Versionsnummer). Innerhalb einer Datenelementgruppe stehen die Datenelemente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Datenelement ist die kleinste Einheit, die eine Information darstellt. Es ist vergleichbar mit einem Datenfeld.

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.2 Dateiaufbau

Jede Datei und jede Nachricht wird von Servicesegmenten eingeschlossen, die im wesentlichen dem Konzept von Vor- und Nachlaufsätzen entsprechen.

Jedes Segment beginnt mit einem Datenelement zur Segmentbezeichnung, endet mit einem Segmentendekennzeichen und ist mit Carriage Return + Line Feed abzuschließen (CR+LF). Als Segmentendekennzeichen ist das Hochkomma (') zu verwenden. Das Segmentendekennzeichen ist unmittelbar nach dem letzten mit Inhalt belegten Datenelement anzugeben. Segmente, für die kein Inhalt vorhanden ist, können, sofern sie Kann-Segmente sind, ausgelassen werden.

Datenelemente oder Datenelementgruppen werden durch ein Pluszeichen (+) voneinander getrennt. Anstelle von Kann-Datenelementen, für die kein Inhalt vorhanden ist, ist das Pluszeichen (+) anzugeben.

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: + Inhalt Musselement + Inhalt Kannelement + Inhalt Musselement

Darstellung bei Auslassung des Kannelements: + Inhalt Musselement ++ Inhalt Musselement

Steht das Kann-Datenelement am Ende eines Segments und ist kein Inhalt vorhanden, ist anstelle des Kann-Datenelements das Segmentendekennzeichen anzugeben. Als Entwerter ist das Fragezeichen (?) zu verwenden. Innerhalb einer Datenelementgruppe sind die Datenelemente durch einen Doppelpunkt (:) voneinander zu trennen.

Muss-Datenelemente sind in der jeweiligen Datensatzbeschreibung als Feld-Art 'M' und Kann-Datenelemente als Feld-Art 'K'.

Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ 'N' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen '0' - '9' zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Ist ein Betrag kleiner eins, kann er mit Komma, Ziffer, Ziffer (z.B. +,15+) dargestellt werden. Als Dezimalzeichen gilt das Komma (z.B. +5,55+), es wird nicht als Stelle mitgezählt. Minuszeichen sind nicht zulässig.

Als Inhalt von alphanummerischen Feldern (Feld-Typ 'AN' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen 'A' - 'Z' und die Zeichen '0' - '9' zulässig.

Die Anzahl Stellen der Felder ergibt sich aus der jeweiligen Datensatzbeschreibung. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. '5') die erforderliche Anzahl Stellen angibt; zwei Punkte und eine Zahl (z.B. '..35') die maximale Stellenbelegung.

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

Segment-bez.	Hierarchie-ebene	Segment-art	Segment-typ	Wiederholungs-faktor	Erläuterung
UNA	1	K	Service	1	Festlegungssegment einer Datei und dient zur Festlegung der in der Datei verwendeten Trennzeichen. Das Segment wird nur bei Bedarf (z.B. Änderung der festgelegten Trennzeichen) übertragen.
UNB	1	M	Service	1	Kopfsegment einer Datei und dient zur Eröffnung, Identifizierung und Beschreibung der Datei.
UNH	2	M	Service	N	Kopfsegment einer Nachricht und dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, zu identifizieren und zu beschreiben.
	3	M	Nutzdaten		Segmente eines Nachrichtentyps gemäß Beschreibung (s. Anhänge)
UNT	2	M	Service	N	Endesegment einer Nachricht. Beendet eine Nachricht und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.
UNZ	1	M	Service	1	Endesegment einer Datei. Beendet eine Datei und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNA	Festlegungssegment	3	AN	M	= UNA
	TZ innerh. Datenelemente	1	AN	M	‘:’ (Trennzeichen innerhalb zusammengesetzter Datenelemente)
	TZ Datenelemente	1	AN	M	‘+’ oder anderes Zeichen als Trennzeichen für Datenelemente
	Dezimalzeichen	1	AN	M	‘.’
	Aufhebungszeichen	1	AN	M	‘?’ (für Steuerzeichen; Rücksetzung des nachfolgenden Sonderzeichens auf seine ursprüngliche Bedeutung. Z.B. ? : bedeutet, daß es sich um einen normalen Doppelpunkt handelt und nicht ein Trennzeichen für ein Gruppendatenelement.)
	Reserviert	1	AN	M	blank als Leerzeichen
	Segmentendezeichen	1	AN	M	‘’ (Kennzeichen für das Ende eines Segments.)

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.2 UNB-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNB	Kopfsegment der Nutzdatendatei Trennung nach Kassenarten	3	AN	M	UNB
	Syntax -- Syntax-Kennung	4	AN	M	z.B. Vereinbarte EDIFACT-Syntax; hier: „UNOC“ = Groß- und Kleinbuchstaben, Umlaute Vereinbarte Version der Syntax; hier: „3“ (derzeit aktuell)
	-- Syntax-Versionsnummer	1	N	M	
	Absender Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Absenders
	Empfänger Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Empfängers
	Datum/Uhrzeit -- Datum	8	N	M	Erstelldatum der Datei JJJJMMTT Erstelluhrzeit der Datei HHMM
	-- Uhrzeit	4	N	M	
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	Für ein Absender-Empfänger-Paar und je DMP (z.B. Brustkrebs, Diab. mell. 2, Diab. mell. 1, KHK, ...) ist die Datenaustauschreferenz fortlaufend je Dateiübermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf (99999 + 1 = 00001) ist mit '00001' neu aufzusetzen. Die Zählung ist für Testverfahren und für Echtverfahren getrennt vorzunehmen.
	Dateiname	11	AN	M	Dateiname entsprechend Abschnitt 3.3 der Technischen Anlage

2.3.3 UNZ-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNZ	Endesegment der Nutzdatendatei	3	AN	M	UNZ
	Anzahl Nachrichten	...5	N	M	Anzahl UNHs in der Nutzdatendatei
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	wie in UNB

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.4 UNH-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNH	Nachrichtentypkopfsegment	3	AN	M	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	einzutragen ist die fortlaufende Nummer der UNH-Segmente zwischen UNB und UNZ mit führenden Nullen, z.B. 00001 für 1. UNH
	Nachrichtenkennung -- Nachr-Typ-Kennung -- Versionsnummer	4 2	AN AN	M M M	z.B. "BREA:01" einzutragen ist z.B. „BREA“ einzutragen ist die Nummer der benutzten Version des Nachrichtentyps (z.B. „01“).
	KV-Bereich	2	N	M	Folgende Einträge sind zulässig: „00“ für unbestimmt „01“ für Schleswig-Holstein „02“ für Hamburg „03“ für Bremen „17“ für Niedersachsen „20“ für Westfalen-Lippe „38“ für Nordrhein „46“ für Hessen „47“ für Koblenz „48“ für Rheinhessen „49“ für Pfalz „50“ für Trier „55“ für Nordbaden „60“ für Südbaden „61“ für Nordwürttemberg „62“ für Südwürttemberg „71“ für Bayern „72“ für Berlin „73“ für Saarland „78“ für Mecklenburg-Vorpommern „83“ für Brandenburg „88“ für Sachsen-Anhalt „93“ für Thüringen „98“ für Sachsen
	Status Datensatz	1	N	M	„0“ = übermittelter Datensatz ist fehlerfrei „1“ = übermittelter Datensatz ist fehlerbehaftet

2.3.5 UNT-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNT	Nachrichtentypendeselement	3	AN	M	UNT
	Anzahl Einheiten	6	N	M	Anzahl der Segmente in der Nachricht einschließlich der Segmente UNH und UNT mit führenden Nullen
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	Inhalt entsprechend dem Inhalt des Datenelements "Nachrichtenreferenznummer" aus UNH

3 Segmentfolge DMP-Daten Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Die Segmentfolge für die Übermittlung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung/Gemeinsame Einrichtung stellt sich ab dem 1. April 2008 wie folgt dar:

3.1 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen

DMKK = Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 1 und 2

INV	Information Versicherter
FAL	DMP-Fall
INL	Information Leistungserbringer
AAB	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	Allgemeiner Behandlungsplan
AAM	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
ASP	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	Unterschriftendatum

3.2 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung

DMGE = Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 1 und 2

FAL	DMP-Fall
INL	Information Leistungserbringer
AAB	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	Allgemeiner Behandlungsplan
AAM	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
ASP	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	Unterschriftendatum

3.3 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.3.1 Rückmeldung Einschreibung

DMRM = Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 1 und 2 Rückmeldung Einschreibung

RDE – Rückmeldedaten Einschreibung

3.3.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

DMDK = Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 1 und 2 Rückmeldung Krankenkasse Kassennummer/Versichertennummer

RDK – Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente

4.1 INV-Segment - Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INV	Segment Information Versicherter	3	AN	M	"INV"
	Name des Versicherten	..47	AN	M	
	Vorname des Versicherten	..30	AN	M	
	Geburtsdatum des Versicherten	8	N	M	JJJJMMTT (von der KVK/eGK zu übernehmen, ohne Prüfung auf ein logisches Kalenderdatum)
	Versicherten-Nr.	..12	AN	M	
	Datum	8	N	M	JJJJMMTT
	Versicherten-Status	5	AN	K	Versichertenstatus Vgl. Schlüsselverzeichnis gemäß Technischer Anlage Abschnitt 7. Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	VK gültig bis	4	N	K	JJMM Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	Geschlecht des Versicherten	1	N	K	Verpflichtend anzugeben (Ausnahme DMP Brustkrebs) ist eine von beiden Ziffern: „1“ = weiblich „2“ = männlich
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	„0“ = Segment INV ist fehlerfrei „1“ = Segment INV ist fehlerbehaftet

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.2 FAL-Segment - Information DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikations- übergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 1234567890000000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung FAL-Segment

	Einschreibung wegen Brustkrebs	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 1	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 2	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen KHK	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Asthma Bronchiale	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen COPD	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment FAL ist fehlerfrei "1" = Segment FAL ist fehlerbehaftet

Anmerkung zum Segment FAL: Die Datensatz-ID wird je Dokumentationsdatensatz nur einmal vergeben und ist im weiteren Verfahren (z. B. Korrekturdatensätze, Weiterleitung von Datensätzen, Rückmeldungen) als Referenz beizubehalten.

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.3 INL-Segment - Information Leistungserbringer Erstdokumentation und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INL	Segment Information Leistungserbringer	3	AN	M	"INL"
	Betriebsstättennummer	9	AN	M	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Betriebsstättennummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	lebenslange Arztnummer	9	AN	M	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Arztnummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Krankenhaus-IK	9	N	M	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Pseudonymisierte Versichertennummer	21	N	M	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment INL ist fehlerfrei "1" = Segment INL ist fehlerbehaftet

Die gleichzeitige Übermittlung von Nullen in den Feldern „Betriebsstättennummer“ und „Krankenhaus-IK“ ist nicht zulässig.

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.4 DAT-Segment - Unterschriftendatum Arzt Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
DAT	Segment Unterschriftendatum	3	AN	M	"DAT"
	Datum der Unterschrift (Arzt)	8	N	M	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
	Merkmal Unterschrift Arzt	1	AN	M	"J", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben unterschrieben hat "N", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Datum der Unterschrift (Arzt) der letzten Korrektur	8	N	K	JJJJMMTT Das jüngste Unterschriftendatum Arzt ist anzugeben; das Datum muss im Falle einer vorangegangenen Korrektur übermittelt werden
	Merkmal Unterschrift Arzt Korrektur	1	AN	K	"J", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg unterschrieben hat "N", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment DAT ist fehlerfrei "1" = Segment DAT ist fehlerbehaftet

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.5 AAB – Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten (Erst und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
AAB	Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten	3	AN	M	"AAB"
	Körpergröße	3,2	AN	K	Format x,xx In Metern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
	Körpergewicht	...3	N	K	Format xxx Angabe in kg
	Blutdruck systolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Blutdruck diastolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Raucher: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Raucher: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Arterielle Hypertonie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Fettstoffwechselstörung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Diabetes mellitus	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen KHK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen AVK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Schlaganfall	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Chronische Herzinsuffizienz	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Asthma bronchiale	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen COPD	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Keine der genannten Erkrankungen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Serum Kreatinin in mg/dl	4,2	AN	K	in mg/dl; mit vorangestellter "0" mit zwei Nachkommastellen, Format: xx,xx
	Serum Kreatinin in µmol/l	4	AN	K	in µmol/l, 4-stellig mit führender 0
	Serum Kreatinin nicht bestimmt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment AAB ist fehlerfrei "1" = Segment AAB ist fehlerbehaftet

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.6 ABP – Segment Allgemeiner Behandlungsplan (Erst- und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
ABP	Segment Allgemeiner Behandlungsplan	3	AN	M	"ABP"
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Tabakverzicht	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Ernährungsberatung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Körperliches Training	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Quartalsweise	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Jedes zweite Quartal	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nächste Dokumentationserstellung geplant am	8	N	K	JJJJMMTT
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment ABP ist fehlerfrei "1" = Segment ABP ist fehlerbehaftet

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.7 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDE	Segment Rückmeldedaten Einschreibung	3	AN	M	"RDE"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Versichertennummer	...12	AN	M	
	Einheitliche Versichertennummer	..12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	lebenslange Arztnummer	9	AN	K	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen.
	Betriebsstättennummer	9	AN	K	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen
	Krankenhaus-Nr.	9	N	K	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen.
	Versichertenverhältnis besteht zum Dokumentationszeitpunkt.	1	AN	K	„J“ = Versichertenverhältnis besteht „N“ = Versichertenverhältnis besteht nicht.
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.
	Einschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem der Versicherte bei der Kasse in das jeweilige DMP eingeschrieben wurde.
	Ausschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem die Teilnahme des Versicherten am jeweiligen DMP endet. Eine Angabe des Grundes ist nicht erforderlich.
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Kennzeichen „Storno/Löschung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall zu stornieren/löschen ist.
	Kennzeichen „Wiedereröffnung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall wiedereröffnet wurde.
	Kennzeichen „Beendigung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“ – unbekannt; „2“ – verstorben „3“ – Ausschluss „4“ – Beendigung durch den Patienten „5“ – Regelmäßige Beendigung des Programms

Das RDE-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDE-Segment) darzustellen:

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Bestätigung des Versichertenver- hältnisses nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („J“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)	X (sofern bekannt)		X (Kann)			
Negativmeldung zum Versicher- tenverhältnis nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)			X (Kann)			
Negativmeldung zum Versicher- tenverhältnis nach Erhalt einer FD	X	X	X	X	X (Kann)				X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- nummer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- datum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über Storno/Löschung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)	X		
Meldung über Wiedereröffnung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)		X	
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweiligen Doku)	X	X	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X	X (Kann)			X

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweiligen Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten)) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.8 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDK	Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	3	AN	M	"RDK"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr. alt	9	N	K	IK der Kasse alt
	Kassen-Nr. neu	9	N	K	IK der Kasse neu
	Kassen-Nr. alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Kassennummer alt“
	Kassen-Nr. neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Kassennummer neu“
	Versichertennummer alt	...12	AN	K	Versichertennummer alt
	Versichertennummer neu	...12	AN	K	Versichertennummer neu
	Versichertennummer alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Versichertennummer alt“
	Versichertennummer neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Versichertennummer neu“
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Einheitliche Versichertennummer	...12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.

Das RDK-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDK-Segment) darzustellen.

Sofern die Felder „Kassen-Nr. neu“/„Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ oder „Versichertennummer neu“/„Versichertennummer neu ist gültig ab“ gefüllt sind stellt die Datenstelle sicher, dass die Gültigkeit der bisherigen Kassen-/Versichertennummern beendet wird. **Die Beendigung der Gültigkeit erfolgt in der Systematik:** „Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ bzw. „Versichertennummer neu ist gültig ab“ **minus einem Tag.**

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten- satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kranken- versicherten- nummer. MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X					X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der jewei- ligen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kranken- versicherten- nummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X					X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der letzten Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens	X	X	X	X	X	X							

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten- satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens und Wechsel der Versicherten- nummer MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der jeweili- gen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens und Wechsel der Versicherten- nummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der letzten Doku)

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten Diabetes mellitus Typ 1 und 2

5.1 AAM-Segment – Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
AAM	Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	3	AN	M	„AAM“
	HbA1c-Wert	3,1	AN	K	Wert in Prozent; mit vorangestellter "0" mit einer Nachkommastelle, Format: xx,x
	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung – Nicht untersucht	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Pulsstatus – Unauffällig	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Pulsstatus – Auffällig	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Pulsstatus – Nicht erhoben	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Sensibilitätsprüfung – Unauffällig	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Sensibilitätsprüfung – Auffällig	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Sensibilitätsprüfung – Nicht durchgeführt	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Unauffällig	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Auffällig – Wagner-Stadium 0	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Auffällig – Wagner-Stadium 1	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Auffällig – Wagner-Stadium 2	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Auffällig – Wagner-Stadium 3	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Auffällig – Wagner-Stadium 4	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Auffällig – Wagner-Stadium 5	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung AAM-Segment

	Fußstatus: Auffällig – Armstrong-Klassifikation A	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Auffällig – Armstrong-Klassifikation B	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Auffällig – Armstrong-Klassifikation C	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Auffällig – Armstrong-Klassifikation D	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fußstatus: Nicht erhoben	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Spätfolgen – Diabetische Nephropathie	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Spätfolgen – Diabetische Neuropathie	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Spätfolgen – Diabetische Retinopathie	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Relevante Ereignisse – Nierenersatztherapie	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Relevante Ereignisse – Erblindung	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Relevante Ereignisse – Amputation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Relevante Ereignisse – Herzinfarkt	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Relevante Ereignisse – Keine der genannten Ereignisse	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich
	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Stationäre Aufenthalte wegen Nicht- erreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich
	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letz- ten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich
	Insulin oder Insulinanaloge – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Insulin oder Insulinanaloge – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung AAM-Segment

	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige orale antidiabetische Medikation – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige orale antidiabetische Medikation – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Thrombozytenaggregationshemmer – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Thrombozytenaggregationshemmer – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Thrombozytenaggregationshemmer – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Betablocker – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Betablocker – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Betablocker – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	ACE-Hemmer – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	ACE-Hemmer – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	ACE-Hemmer – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Sonstige antihypertensive Medikation – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Sonstige antihypertensive Medikation – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	„0“ = Segment AAM ist fehlerfrei „1“ = Segment AAM ist fehlerbehaftet

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.2 ASP-Segment – Schulung und Behandlungsplanung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
ASP	Segment Schulung und Behandlungsplanung	3	AN	M	„ASP“
	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Diabetes-Schulung	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Hypertonie-Schulung	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Keine	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Diabetes-Schulung Ja	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Diabetes-Schulung Nein	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Diabetes-Schulung War aktuell nicht möglich	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Hypertonie-Schulung Ja	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Hypertonie-Schulung Nein	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Hypertonie-Schulung War aktuell nicht möglich	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Diabetes-Schulung Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Hypertonie-Schulung Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Zielvereinbarung HbA1c – Aktuellen Wert halten	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Zielvereinbarung HbA1c – Aktuellen Wert senken	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Zielvereinbarung HbA1c – Aktuellen Wert anheben	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung – Durchgeführt	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung – Nicht durchgeführt	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung – Veranlasst	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt

Anhang 2 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung ASP-Segment

	Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Nein	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Zur qualifizierten Einrichtung für das diabetologische Fußsyndrom	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Zum diabetologisch qualifizierten Arzt bzw. zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Sonstige	1	AN	K	„J“= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	„0“ = Segment ASP ist fehlerfrei „1“ = Segment ASP ist fehlerbehaftet

**Anhang 3 (Koronare Herzkrankheit - KHK)
zu der Technischen Anlage**

zur

**Übermittlung der
Dokumentationsdaten strukturierter Behand-
lungsprogramme (DMP)**

Grundlage: 17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version des Anhangs: 04
Version anzuwenden ab: 01.07.2008

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Inhalt:

0	Grundlage	3
1	Übersicht der Nachrichtentypen	4
2	Austauschformate	7
2.1	Allgemeines	7
2.2	Dateiaufbau	9
2.3	Beschreibung der Servicesegmente	10
2.3.1	UNA - Segment	10
2.3.2	UNB - Segment	11
2.3.3	UNZ - Segment	11
2.3.4	UNH - Segment	12
2.3.5	UNT - Segment	12
3	Segmentfolge DMP-Daten Koronare Herzkrankheit - KHK	13
3.1	Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen	13
3.2	Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/Gemeinsame Einrichtung	13
3.3	Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle	13
4	Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente	14
4.1	INV - Segment Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation	14
4.2	FAL - Segment DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation	15
4.3	INL - Segment Information Leistungserbringer Erst- und Folgedokumentation	17
4.4	DAT - Segment Unterschriftendatum Erst- u. Folgedokumentation	18
4.5	AAB – Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten	19
4.6	ABP – Segment Allgemeiner Behandlungsplan	20
4.7	RDE - Segment Rückmeldedaten der Krankenkasse	21
4.8	RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	25
5	Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten KHK)	28
5.1	KAM – Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	28
5.2	KSP – Segment Schulung und Behandlungsplanung	30

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anlage 2 – indikationsübergreifender Dokumentation - und die Anlage 6 – indikationsspezifische Dokumentation KHK - der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung. Weiterentwicklungen der RSAV machen ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente erforderlich.

In den Nutzdaten-Segmenten wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte beziehungsweise Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Dokumentationsdaten unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. bereits von der Datenstelle als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie auf dem Dokumentationsbogen ausgefüllt wurden. Aufgrund medizinischer Indikationen besteht jedoch bei diesen Feldern die Möglichkeit unterschiedlicher Feldkombinationen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle der Krankenkassen.

In diesem Anhang werden diagnoseübergreifende und diagnosebezogene Nutzdaten-Segmente beschrieben. Die diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segmente kommen in mehreren Anhängen der Technischen Anlage vor. Eine Änderung eines diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segments betrifft damit alle Anhänge, in denen das Segment vorhanden ist, und zwar unabhängig von ihren ggf. unterschiedlichen Versions-Nummern.

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

1 Übersicht der Nachrichtentypen

Den Nachrichtentypen liegt die RSAV in der jeweils gültigen Fassung zugrunde.
Folgende Nachrichtentypen sind zu verwenden:

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
KHKK	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen
KHGE	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung
KHEA	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP KHK (Anlage 6a der RSAV).
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/ Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
KHBA	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP KHK (Lfd.Nr. 1-12, Anlage 6b der RSAV)
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
KHBB	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP KHK (Lfd.Nr. 13 ff., Anlage 6b der RSAV)
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
KHFA	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP KHK (Anlage 6a der RSAV).
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/ Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV.

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
KHFB	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP KHK (Anlage 6b der RSAV)
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
KHBE	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP KHK Anlage 6b der RSAV).
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
KHEG	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP KHK (Anlage 6a der RSAV).
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
KHFE	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP KHK (Anlage 6b der RSAV).
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
KHFG	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP KHK (Anlage 6a der RSAV).
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
KHEK	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP KHK (Anlage 6a der RSAV).
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
KHFK	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP KHK (Anlage 6a der RSAV).
	03	01.12.2005	30.06.2008	Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.
KHRM	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp KHK Rückmeldung Einschreibung (Krankenkasse an Datenstelle)
	03	01.12.2005	30.06.2008	
	04	01.07.2008		
KHDK	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp KHK Rückmeldung Kassen-/Versichertennummer (Krankenkassen an Datenstelle)
	03	01.12.2005	30.06.2008	
	04	01.07.2008		
KHDS	02	01.07.2004	30.11.2005	Nachrichtentyp KHK Rückmeldung Arztnummer (Datenstelle an Krankenkasse)
	03	01.12.2005	30.06.2008	

2 Austauschformate

2.1 Allgemeines

Zur Minimierung des Austauschvolumens wird eine Strukturierung verwendet, die es erlaubt, dass nur die tatsächlich benötigten Inhalte übermittelt werden. Die Datensätze (Segmente) und Datenfelder (Datenelemente) sind in ihrer Länge variabel. Ihr Inhalt muss im Gegensatz zu Datensätzen fester Länge nicht mit Leerzeichen oder Nullen gefüllt werden.

Eine Übermittlungsdatei besteht aus Nachrichten. Nachrichten bestehen aus Segmenten. Segmente bestehen aus Datenelementen und/oder Datenelementgruppen. Datenelementgruppen bestehen aus Datenelementen.

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

- eines Absenders für einen Empfänger oder
- eines Absenders zur Verteilung über eine Annahmestelle an mehrere Empfänger (Nutzer) oder
- eines oder mehrerer Absender; die von einer Annahmestelle an die endgültigen Empfänger (Nutzer) weiterzuleiten sind. Innerhalb einer Übermittlungsdatei ist die Reihenfolge der Nachrichten beliebig.

Die Nachricht ist eine Zusammenfassung aller Segmente, die zur Darstellung eines Geschäftsvorfalles erforderlich sind. Innerhalb einer Nachricht stehen die Segmente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Segment ist die Zusammenfassung von logisch zusammenhängenden Datenelementen und/oder Datenelementgruppen (z.B. Versicherteninformationen, Beträge). Es ist vergleichbar mit einem Datensatz. Innerhalb eines Segments stehen die Datenelemente und/oder Datenelementgruppen in einer fest definierten Reihenfolge.

Die Datenelementgruppe ist eine Zusammenfassung von Datenelementen mit Informationen, die in einem sachlichen oder logischen Zusammenhang stehen (z.B. Datum und Uhrzeit, Version und Versionsnummer). Innerhalb einer Datenelementgruppe stehen die Datenelemente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Datenelement ist die kleinste Einheit, die eine Information darstellt. Es ist vergleichbar mit einem Datenfeld.

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.2 Dateiaufbau

Jede Datei und jede Nachricht wird von Servicesegmenten eingeschlossen, die im wesentlichen dem Konzept von Vor- und Nachlaufsätzen entsprechen.

Jedes Segment beginnt mit einem Datenelement zur Segmentbezeichnung, endet mit einem Segmentendekennzeichen und ist mit Carriage Return + Line Feed abzuschließen (CR+LF). Als Segmentendekennzeichen ist das Hochkomma (') zu verwenden. Das Segmentendekennzeichen ist unmittelbar nach dem letzten mit Inhalt belegten Datenelement anzugeben. Segmente, für die kein Inhalt vorhanden ist, können, sofern sie Kann-Segmente sind, ausgelassen werden.

Datenelemente oder Datenelementgruppen werden durch ein Pluszeichen (+) voneinander getrennt. Anstelle von Kann-Datenelementen, für die kein Inhalt vorhanden ist, ist das Pluszeichen (+) anzugeben.

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: +Inhalt Musselement+Inhalt Kannelement+Inhalt Musselement

Darstellung bei Auslassung des Kannelements: +Inhalt Musselement++Inhalt Musselement

Steht das Kann-Datenelement am Ende eines Segments und ist kein Inhalt vorhanden, ist anstelle des Kann-Datenelements das Segmentendekennzeichen anzugeben. Als Entwerfer ist das Fragezeichen (?) zu verwenden. Innerhalb einer Datenelementgruppe sind die Datenelemente durch einen Doppelpunkt (:) voneinander zu trennen.

Muss-Datenelemente sind in der jeweiligen Datensatzbeschreibung als Feld-Art 'M' und Kann-Datenelemente als Feld-Art 'K'.

Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ 'N' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen '0' - '9' zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Ist ein Betrag kleiner eins, kann er mit Komma, Ziffer, Ziffer (z.B. +,15+) dargestellt werden. Als Dezimalzeichen gilt das Komma (z.B. +5,55+), es wird nicht als Stelle mitgezählt. Minuszeichen sind nicht zulässig.

Als Inhalt von alphanumerischen Feldern (Feld-Typ 'AN' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen 'A' - 'Z' und die Zeichen '0' - '9' zulässig.

Die Anzahl Stellen der Felder ergibt sich aus der jeweiligen Datensatzbeschreibung. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. '5') die erforderliche Anzahl Stellen angibt; zwei Punkte und eine Zahl (z.B. '..35') die maximale Stellenbelegung.

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

Segment-bez.	Hierarchie-ebene	Segment-art	Segment-typ	Wiederholungs-faktor	Erläuterung
UNA	1	K	Service	1	Festlegungssegment einer Datei und dient zur Festlegung der in der Datei verwendeten Trennzeichen. Das Segment wird nur bei Bedarf (z.B. Änderung der festgelegten Trennzeichen) übertragen.
UNB	1	M	Service	1	Kopfsegment einer Datei und dient zur Eröffnung, Identifizierung und Beschreibung der Datei.
UNH	2	M	Service	N	Kopfsegment einer Nachricht und dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, zu identifizieren und zu beschreiben.
	3	M	Nutzdaten		Segmente eines Nachrichtentyps gemäß Beschreibung (s. Anhänge)
UNT	2	M	Service	N	Endesegment einer Nachricht. Beendet eine Nachricht und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.
UNZ	1	M	Service	1	Endesegment einer Datei. Beendet eine Datei und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNA	Festlegungssegment	3	AN	M	= UNA
	TZ innerh. Datenelemente	1	AN	M	':' (Trennzeichen innerhalb zusammengesetzter Daten-elemente)
	TZ Datenelemente	1	AN	M	'+' oder anderes Zeichen als Trennzeichen für Datenelemente
	Dezimalzeichen	1	AN	M	','
	Aufhebungszeichen	1	AN	M	'?' (für Steuerzeichen; Rücksetzung des nachfolgenden Sonderzeichens auf seine ursprüngliche Bedeutung. Z.B. ? : bedeutet, daß es sich um einen normalen Doppelpunkt handelt und nicht ein Trennzeichen für ein Gruppendatenelement.)
	Reserviert	1	AN	M	blank als Leerzeichen
	Segmentendezeichen	1	AN	M	''' (Kennzeichen für das Ende eines Segments.)

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.2 UNB-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNB	Kopfsegment der Nutzdatendatei Trennung nach Kassenarten	3	AN	M	UNB
	Syntax -- Syntax-Kennung	4	AN	M	z.B. Vereinbarte EDIFACT-Syntax; hier: „UNOC“ = Groß- und Kleinbuchstaben, Umlaute Vereinbarte Version der Syntax; hier: „3“ (derzeit aktuell)
	-- Syntax-Versionsnummer	1	N	M	
	Absender Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Absenders
	Empfänger Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Empfängers
	Datum/Uhrzeit -- Datum	8	N	M	Erstelldatum der Datei JJJJMMTT Erstelluhrzeit der Datei HHMM
	-- Uhrzeit	4	N	M	
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	Für ein Absender-Empfänger-Paar und je DMP (z.B. Brustkrebs, Diab. mell. 2, Diab. mell. 1, KHK, ...) ist die Datenaustausch-referenz fortlaufend je Datei-übermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf (99999 + 1 = 00001) ist mit '00001' neu aufzusetzen. Die Zählung ist für Testverfahren und für Echtverfahren getrennt vorzunehmen.
	Dateiname	11	AN	M	Dateiname entsprechend Abschnitt 3.3 der Technischen Anlage

2.3.3 UNZ-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNZ	Endesegment der Nutzdatendatei	3	AN	M	UNZ
	Anzahl Nachrichten	...5	N	M	Anzahl UNHs in der Nutzdatendatei
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	wie in UNB

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.4 UNH-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNH	Nachrichtentypkopfsegment	3	AN	M	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	einzutragen ist die fortlaufende Nummer der UNH-Segmente zwischen UNB und UNZ mit führenden Nullen, z.B. 00001 für 1. UNH
	Nachrichtenkennung -- Nachr-Typ-Kennung -- Versionsnummer	4 2	AN AN	M M	z.B. "BREA:01" einzutragen ist z.B. „BREA“ einzutragen ist die Nummer der benutzten Version des Nachrichtentyps (z.B. „01“).
	KV-Bereich	2	N	M	Folgende Einträge sind zulässig: „00“ für unbestimmt „01“ für Schleswig-Holstein „02“ für Hamburg „03“ für Bremen „17“ für Niedersachsen „20“ für Westfalen-Lippe „38“ für Nordrhein „46“ für Hessen „47“ für Koblenz „48“ für Rheinhessen „49“ für Pfalz „50“ für Trier „55“ für Nordbaden „60“ für Südbaden „61“ für Nordwürttemberg „62“ für Südwürttemberg „71“ für Bayern „72“ für Berlin „73“ für Saarland „78“ für Mecklenburg-Vorpommern „83“ für Brandenburg „88“ für Sachsen-Anhalt „93“ für Thüringen „98“ für Sachsen
	Status Datensatz	1	N	M	„0“ = übermittelter Datensatz ist fehlerfrei „1“ = übermittelter Datensatz ist fehlerbehaftet

2.3.5 UNT-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNT	Nachrichtentypendeselement	3	AN	M	UNT
	Anzahl Einheiten	6	N	M	Anzahl der Segmente in der Nachricht einschließlich der Segmente UNH und UNT mit führenden Nullen
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	Inhalt entsprechend dem Inhalt des Datenelements "Nachrichtenreferenznummer" aus UNH

3 Segmentfolge DMP-Daten KHK

Die Segmentfolge für die Übermittlung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung/Gemeinsame Einrichtung stellt sich ab dem 1. April 2008 wie folgt dar:

3.1 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen

KHKK = Nachrichtentyp KHK

INV	-	Information Versicherter
FAL	-	DMP-Fall
INL	-	Information Leistungserbringer
AAB	-	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	-	Allgemeiner Behandlungsplan
KAM	-	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
KSP	-	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	-	Unterschriftendatum

3.2 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung

KHGE = Nachrichtentyp KHK

FAL	-	DMP-Fall
INL	-	Information Leistungserbringer
AAB	-	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	-	Allgemeiner Behandlungsplan
KAM	-	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
KSP	-	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	-	Unterschriftendatum

3.3 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.3.1 Rückmeldung Einschreibung

KHRM = Nachrichtentyp KHK Rückmeldung Einschreibung

RDE - Segment Rückmeldedaten Einschreibung

3.3.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

KHDK = Nachrichtentyp KHK Rückmeldung Kassen-/Versichertennummer

RDK - Segment Rückmeldedaten Kassen-/Versichertennummer

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente

4.1 INV-Segment - Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INV	Segment Information Versicherter	3	AN	M	"INV"
	Name des Versicherten	..47	AN	M	
	Vorname des Versicherten	..30	AN	M	
	Geburtsdatum des Versicherten	8	N	M	JJJJMMTT (von der KVK/eGK zu übernehmen, ohne Prüfung auf ein logisches Kalenderdatum)
	Versicherten-Nr.	..12	AN	M	
	Datum	8	N	M	JJJJMMTT
	Versicherten-Status	5	AN	K	Versichertenstatus Vgl. Schlüsselverzeichnis gemäß Technischer Anlage Abschnitt 7. Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	VK gültig bis	4	N	K	JJMM Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	Geschlecht des Versicherten	1	N	K	Verpflichtend anzugeben (Ausnahme DMP Brustkrebs) ist eine von beiden Ziffern: „1“ = weiblich „2“ = männlich
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	„0“ = Segment INV ist fehlerfrei „1“ = Segment INV ist fehlerbehaftet

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.2 FAL-Segment - Information DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikations- übergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 123456789000000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung FAL-Segment

	Einschreibung wegen Brustkrebs	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 1	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 2	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen KHK	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Asthma Bronchiale	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen COPD	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment FAL ist fehlerfrei "1" = Segment FAL ist fehlerbehaftet

Anmerkung zum Segment FAL: Die Datensatz-ID wird je Dokumentationsdatensatz nur einmal vergeben und ist im weiteren Verfahren (z. B. Korrekturdatensätze, Weiterleitung von Datensätzen, Rückmeldungen) als Referenz beizubehalten.

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.3 INL-Segment - Information Leistungserbringer Erstdokumentation und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INL	Segment Information Leistungserbringer	3	AN	M	"INL"
	Betriebsstättennummer	9	AN	M	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Betriebsstättennummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	lebenslange Arztnummer	9	AN	M	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Arztnummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Krankenhaus-IK	9	N	M	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Pseudonymisierte Versichertennummer	21	N	M	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment INL ist fehlerfrei "1" = Segment INL ist fehlerbehaftet

Die gleichzeitige Übermittlung von Nullen in den Feldern „Betriebsstättennummer“ und „Krankenhaus-IK“ ist nicht zulässig.

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.4 DAT-Segment - Unterschriftendatum Arzt Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
DAT	Segment Unterschriftendatum	3	AN	M	"DAT"
	Datum der Unterschrift (Arzt)	8	N	M	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
	Merkmal Unterschrift Arzt	1	AN	M	"J", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben unterschrieben hat "N", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Datum der Unterschrift (Arzt) der letzten Korrektur	8	N	K	JJJJMMTT Das jüngste Unterschriftendatum Arzt ist anzugeben; das Datum muss im Falle einer vorangegangenen Korrektur übermittelt werden
	Merkmal Unterschrift Arzt Korrektur	1	AN	K	"J", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg unterschrieben hat "N", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment DAT ist fehlerfrei "1" = Segment DAT ist fehlerbehaftet

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.5 AAB – Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten (Erst und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
AAB	Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten	3	AN	M	"AAB"
	Körpergröße	3,2	AN	K	Format x,xx In Metern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
	Körpergewicht	...3	N	K	Format xxx Angabe in kg
	Blutdruck systolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Blutdruck diastolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Raucher: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Raucher: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Arterielle Hypertonie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Fettstoffwechselstörung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Diabetes mellitus	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen KHK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen AVK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Schlaganfall	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Chronische Herzinsuffizienz	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Asthma bronchiale	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen COPD	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Keine der genannten Erkrankungen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Serum Kreatinin in mg/dl	4,2	AN	K	in mg/dl; mit vorangestellter "0" mit zwei Nachkommastellen, Format: xx,xx
	Serum Kreatinin in µmol/l	4	AN	K	in µmol/l, 4-stellig mit führender 0
	Serum Kreatinin nicht bestimmt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment AAB ist fehlerfrei "1" = Segment AAB ist fehlerbehaftet

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.6 ABP – Segment Allgemeiner Behandlungsplan (Erst- und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
ABP	Segment Allgemeiner Behandlungsplan	3	AN	M	"ABP"
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Tabakverzicht	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Ernährungsberatung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Körperliches Training	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Quartalsweise	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Jedes zweite Quartal	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nächste Dokumentationserstellung geplant am	8	N	K	JJJJMMTT
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment ABP ist fehlerfrei "1" = Segment ABP ist fehlerbehaftet

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.7 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDE	Segment Rückmeldedaten Einschreibung	3	AN	M	"RDE"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Versichertennummer	...12	AN	M	
	Einheitliche Versichertennummer	..12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	lebenslange Arztnummer	9	AN	K	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen.
	Betriebsstättennummer	9	AN	K	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen
	Krankenhaus-Nr.	9	N	K	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen.
	Versichertenverhältnis besteht zum Dokumentationszeitpunkt.	1	AN	K	„J“ = Versichertenverhältnis besteht „N“ = Versichertenverhältnis besteht nicht.
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.
	Einschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem der Versicherte bei der Kasse in das jeweilige DMP eingeschrieben wurde.
	Ausschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem die Teilnahme des Versicherten am jeweiligen DMP endet. Eine Angabe des Grundes ist nicht erforderlich.
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Kennzeichen „Storno/Löschung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall zu stornieren/löschen ist.
	Kennzeichen „Wiedereröffnung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall wiedereröffnet wurde.
	Kennzeichen „Beendigung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“ – unbekannt; „2“ – verstorben „3“ – Ausschluss „4“ – Beendigung durch den Patienten „5“ – Regelmäßige Beendigung des Programms

Das RDE-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDE-Segment) darzustellen:

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- nummer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Bestätigung des Versichertenver- hältnisses nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („J“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)	X (sofern bekannt)		X (Kann)			
Negativmeldung zum Versiche- tenverhältnis nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)			X (Kann)			
Negativmeldung zum Versiche- tenverhältnis nach Erhalt einer FD	X	X	X	X	X (Kann)				X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- datum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über Storno/Löschung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)	X		
Meldung über Wiedereröffnung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)		X	
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweil- igen Doku)	X	X	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X	X (Kann)			X

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweiligen Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten)) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.8 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDK	Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	3	AN	M	"RDK"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr. alt	9	N	K	IK der Kasse alt
	Kassen-Nr. neu	9	N	K	IK der Kasse neu
	Kassen-Nr. alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Kassennummer alt“
	Kassen-Nr. neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Kassennummer neu“
	Versichertennummer alt	...12	AN	K	Versichertennummer alt
	Versichertennummer neu	...12	AN	K	Versichertennummer neu
	Versichertennummer alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Versichertennummer alt“
	Versichertennummer neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Versichertennummer neu“
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Einheitliche Versichertennummer	...12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.

Das RDK-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDK-Segment) darzustellen.

Sofern die Felder „Kassen-Nr. neu“/„Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ oder „Versichertennummer neu“/„Versichertennummer neu ist gültig ab“ gefüllt sind stellt die Datenstelle sicher, dass die Gültigkeit der bisherigen Kassen-/Versichertennummern beendet wird. Die **Beendigung der Gültigkeit erfolgt in der Systematik**: „Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ bzw. „Versichertennummer neu ist gültig ab“ **minus einem Tag**.

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten- satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kranken- versicherten- nummer. MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X				X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der jeweili- gen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kranken- versicherten- nummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X				X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der letzten Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens	X	X	X	X	X	X							

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen-IK	KV-Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versichertennummer alt	Versichertennummer neu	Versichertennummer alt gültig bis	Versichertennummer neu gültig ab	Versichertenpseudonym	Einheitliche Versichertennummer	Daten-satz-ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens und Wechsel der Versichertennummer MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der jeweiligen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens und Wechsel der Versichertennummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der letzten Doku)

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten KHK)

5.1 KAM-Segment – Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
KAM	Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	3	AN	M	"KAM"
	Angina pectoris – Typisch	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Angina pectoris – Atypisch	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Angina pectoris – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Serum-Elektrolyte – Bestimmt	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Serum-Elektrolyte – Nicht bestimmt	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Akutes Koronarsyndrom – Herzinfarkt	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Akutes Koronarsyndrom – Andere Form des akuten Koronarsyndroms	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Akutes Koronarsyndrom – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention – Koronarangiographie	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention – Koronartherapeutische Intervention	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention – Keine	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind zulässig.
	Thrombozytenaggregationshemmer – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Thrombozytenaggregationshemmer – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Thrombozytenaggregationshemmer – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung KAM-Segment

	Betablocker – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Betablocker – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Betablocker – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	ACE-Hemmer – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	ACE-Hemmer – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	ACE-Hemmer – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer – Kontraindikation	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Sonstige Medikation – Ja	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Sonstige Medikation – Nein	1	AN	K	„J“ = sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment KAM ist fehlerfrei "1" = Segment KAM ist fehlerbehaftet

Anhang 3 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.2 KSP-Segment – Schulung und Behandlungsplanung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
KSP	Segment Schulung und Behandlungsplanung	3	AN	M	"KSP"
	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Diabetes-Schulung	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Hypertonie-Schulung	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Keine	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Diabetes-Schulung Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Diabetes-Schulung Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Diabetes-Schulung War aktuell nicht möglich	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Hypertonie-Schulung Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Hypertonie-Schulung Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Hypertonie-Schulung War aktuell nicht möglich	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Diabetes-Schulung Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen– Hypertonie-Schulung Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen – Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen – Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen – Nicht erforderlich	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment KSP ist fehlerfrei "1" = Segment KSP ist fehlerbehaftet

Anhang 5 (Asthma bronchiale) zu der Technischen Anlage

zur

Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behand- lungsprogramme (DMP)

Grundlage:	17. RSAV gültig ab 01.07.2008
-------------------	--

Version des Anhangs:	02
Version anzuwenden ab:	01.07.2008

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Inhalt:

0	Grundlage	3
1	Übersicht der Nachrichtentypen	4
2	Austauschformate	7
2.1	Allgemeines	7
2.2	Dateiaufbau	8
2.3	Beschreibung der Servicesegmente	10
2.3.1	UNA - Segment	10
2.3.2	UNB - Segment	11
2.3.3	UNZ - Segment	11
2.3.4	UNH - Segment	12
2.3.5	UNT - Segment	12
3	Segmentfolge DMP-Daten Asthma bronchiale	13
3.1	Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen	13
3.2	Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung	13
3.3	Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle	13
4	Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente	14
4.1	INV - Segment Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation	14
4.2	FAL - Segment DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation	15
4.3	INL - Segment Information Leistungserbringer Erst- und Folgedokumentation	17
4.4	DAT - Segment Unterschriftendatum Erst- u. Folgedokumentation	18
4.5	AAB – Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten	19
4.6	ABP – Segment Allgemeiner Behandlungsplan	20
4.7	RDE - Segment Rückmeldedaten der Krankenkasse	21
4.8	RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	25
5	Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten Asthma bronchiale gemäß	28
5.1	HMA – Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	28
5.2	HSP – Segment Schulung und Behandlungsplanung	30

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anlage 2 – indikationsübergreifender Dokumentation - und die Anlage 10 – indikationsspezifische Dokumentation Asthma Bronchiale - der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung. Weiterentwicklungen der RSAV machen ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente erforderlich.

In den Nutzdaten-Segmenten wird zwischen Mussfeldern ("M") und Kannfeldern ("K") unterschieden.

Die Inhalte beziehungsweise Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Dokumentationsdaten unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. bereits von der Datenstelle als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie auf dem Dokumentationsbogen ausgefüllt wurden. Aufgrund medizinischer Indikationen besteht jedoch bei diesen Feldern die Möglichkeit unterschiedlicher Feldkombinationen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle der Krankenkassen.

In diesem Anhang werden diagnoseübergreifende und diagnosebezogene Nutzdaten-Segmente beschrieben. Die diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segmente kommen in mehreren Anhängen der Technischen Anlage vor. Eine Änderung eines diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segments betrifft damit alle Anhänge, in denen das Segment vorhanden ist, und zwar unabhängig von ihren ggf. unterschiedlichen Versions-Nummern.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

1 Übersicht der Nachrichtentypen

Den Nachrichtentypen liegt die RSAV in der jeweils gültigen Fassung zugrunde.
Folgende Nachrichtentypen sind zu verwenden:

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
ASKK	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen
ASGE	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung
ASEA	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Asthma bronchiale (Anlage 10a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/ Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
ASBA	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation Asthma bronchiale (Lfd.Nrn. 1-17, Anlage 10b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
ASBB	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation Asthma bronchiale (Lfd.Nrn. 18ff., Anlage 10b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
ASFA	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation Asthma bronchiale (Anlage 10a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
ASFB	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Asthma bronchiale (Anlage 10b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
ASBE	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Asthma bronchiale (Anlage 10b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
ASEG	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Asthma bronchiale (Anlage 10a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 2 RSAV
ASFE	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Asthma bronchiale (Anlage 10b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
ASFG	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Asthma bronchiale (Anlage 10a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
ASEK	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP Asthma bronchiale (Anlage 10a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
ASFK	01	01.12.2005	31.03.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP Asthma bronchiale (Anlage 10a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.
ASRM	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Asthma bronchiale Rückmeldung Einschreibung(Krankenkasse an Datenstelle)
ASRM	02	01.07.2008		Nachrichtentyp Asthma bronchiale Rückmeldung Einschreibung(Krankenkasse an Datenstelle)
ASDK	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Asthma bronchiale Rückmeldung Kassenummer/Versichertennummer (Krankenkasse an Datenstelle)
ASDK	02	01.07.2008		Nachrichtentyp Asthma bronchiale Rückmeldung Kassenummer/Versichertennummer (Krankenkasse an Datenstelle)
ASDS	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Asthma bronchiale Rückmeldung Arztnummer (Datenstelle an Krankenkasse)

2 Austauschformate

2.1 Allgemeines

Zur Minimierung des Austauschvolumens wird eine Strukturierung verwendet, die es erlaubt, dass nur die tatsächlich benötigten Inhalte übermittelt werden. Die Datensätze (Segmente) und Datenfelder (Datenelemente) sind in ihrer Länge variabel. Ihr Inhalt muss im Gegensatz zu Datensätzen fester Länge nicht mit Leerzeichen oder Nullen gefüllt werden.

Eine Übermittlungsdatei besteht aus Nachrichten. Nachrichten bestehen aus Segmenten. Segmente bestehen aus Datenelementen und/oder Datenelementgruppen. Datenelementgruppen bestehen aus Datenelementen.

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

- eines Absenders für einen Empfänger oder
- eines Absenders zur Verteilung über eine Annahmestelle an mehrere Empfänger (Nutzer) oder
- eines oder mehrerer Absender; die von einer Annahmestelle an die endgültigen Empfänger (Nutzer) weiterzuleiten sind. Innerhalb einer Übermittlungsdatei ist die Reihenfolge der Nachrichten beliebig.

Die Nachricht ist eine Zusammenfassung aller Segmente, die zur Darstellung eines Geschäftsvorfalles erforderlich sind. Innerhalb einer Nachricht stehen die Segmente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Segment ist die Zusammenfassung von logisch zusammenhängenden Datenelementen und/oder Datenelementgruppen (z.B. Versicherteninformationen, Beträge). Es ist vergleichbar mit einem Datensatz. Innerhalb eines Segments stehen die Datenelemente und/oder Datenelementgruppen in einer fest definierten Reihenfolge.

Die Datenelementgruppe ist eine Zusammenfassung von Datenelementen mit Informationen, die in einem sachlichen oder logischen Zusammenhang stehen (z.B. Datum und Uhrzeit, Version und Versionsnummer). Innerhalb einer Datenelementgruppe stehen die Datenelemente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Datenelement ist die kleinste Einheit, die eine Information darstellt. Es ist vergleichbar mit einem Datenfeld.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.2 Dateiaufbau

Jede Datei und jede Nachricht wird von Servicesegmenten eingeschlossen, die im wesentlichen dem Konzept von Vor- und Nachlaufsätzen entsprechen.

Jedes Segment beginnt mit einem Datenelement zur Segmentbezeichnung, endet mit einem Segmentendekennzeichen und ist mit Carriage Return + Line Feed abzuschließen (CR+LF). Als Segmentendekennzeichen ist das Hochkomma (') zu verwenden. Das Segmentendekennzeichen ist unmittelbar nach dem letzten mit Inhalt belegten Datenelement anzugeben. Segmente, für die kein Inhalt vorhanden ist, können, sofern sie Kann-Segmente sind, ausgelassen werden.

Datenelemente oder Datenelementgruppen werden durch ein Pluszeichen (+) voneinander getrennt. Anstelle von Kann-Datenelementen, für die kein Inhalt vorhanden ist, ist das Pluszeichen (+) anzugeben.

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: +Inhalt Musselement+Inhalt Kannelement+Inhalt Musselement

Darstellung bei Auslassung des Kannelements: +Inhalt Musselement++Inhalt Musselement

Steht das Kann-Datenelement am Ende eines Segments und ist kein Inhalt vorhanden, ist anstelle des Kann-Datenelements das Segmentendekennzeichen anzugeben. Als Entwurfszeichen ist das Fragezeichen (?) zu verwenden. Innerhalb einer Datenelementgruppe sind die Datenelemente durch einen Doppelpunkt (:) voneinander zu trennen.

Muss-Datenelemente sind in der jeweiligen Datensatzbeschreibung als Feld-Art 'M' und Kann-Datenelemente als Feld-Art 'K'.

Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ 'N' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen '0' - '9' zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Ist ein Betrag kleiner eins, kann er mit Komma, Ziffer, Ziffer (z.B. +,15+) dargestellt werden. Als Dezimalzeichen gilt das Komma (z.B. +5,55+), es wird nicht als Stelle mitgezählt. Minuszeichen sind nicht zulässig.

Als Inhalt von alphanumerischen Feldern (Feld-Typ 'AN' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen 'A' - 'Z' und die Zeichen '0' - '9' zulässig.

Die Anzahl Stellen der Felder ergibt sich aus der jeweiligen Datensatzbeschreibung. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. '5') die erforderliche Anzahl Stellen angibt; zwei Punkte und eine Zahl (z.B. '..35') die maximale Stellenbelegung.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

Segment-bez.	Hierarchie-ebene	Segment-art	Segment-typ	Wiederholungs-faktor	Erläuterung
UNA	1	K	Service	1	Festlegungssegment einer Datei und dient zur Festlegung der in der Datei verwendeten Trennzeichen. Das Segment wird nur bei Bedarf (z.B. Änderung der festgelegten Trennzeichen) übertragen.
UNB	1	M	Service	1	Kopfsegment einer Datei und dient zur Eröffnung, Identifizierung und Beschreibung der Datei.
UNH	2	M	Service	N	Kopfsegment einer Nachricht und dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, zu identifizieren und zu beschreiben.
	3	M	Nutzdaten		Segmente eines Nachrichtentyps gemäß Beschreibung (s. Anhänge)
UNT	2	M	Service	N	Endesegment einer Nachricht. Beendet eine Nachricht und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.
UNZ	1	M	Service	1	Endesegment einer Datei. Beendet eine Datei und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNA	Festlegungssegment	3	AN	M	= UNA
	TZ innerh. Datenelemente	1	AN	M	‘:’ (Trennzeichen innerhalb zusammengesetzter Daten-elemente)
	TZ Datenelemente	1	AN	M	‘+’ oder anderes Zeichen als Trennzeichen für Datenelemente
	Dezimalzeichen	1	AN	M	‘,’
	Aufhebungszeichen	1	AN	M	‘?’ (für Steuerzeichen; Rücksetzung des nachfolgenden Sonderzeichens auf seine ursprüngliche Bedeutung. Z.B. ?: bedeutet, daß es sich um einen normalen Doppelpunkt handelt und nicht ein Trennzeichen für ein Gruppendatenelement.)
	Reserviert	1	AN	M	blank als Leerzeichen
	Segmentendezeichen	1	AN	M	‘’’ (Kennzeichen für das Ende eines Segments.)

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.2 UNB-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNB	Kopfsegment der Nutzdatendatei Trennung nach Kassenarten	3	AN	M	UNB
	Syntax -- Syntax-Kennung	4	AN	M	z.B. Vereinbarte EDIFACT-Syntax; hier: „UNOC“ = Groß- und Kleinbuchstaben, Umlaute Vereinbarte Version der Syntax; hier: „3“ (derzeit aktuell)
	-- Syntax-Versionsnummer	1	N	M	
	Absender Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Absenders
	Empfänger Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Empfängers
	Datum/Uhrzeit -- Datum	8	N	M	Erstelldatum der Datei JJJJMMTT Erstelluhrzeit der Datei HHMM
	-- Uhrzeit	4	N	M	
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	Für ein Absender-Empfänger-Paar und je DMP (z.B. Brustkrebs, Diab. mell. 2, Diab. mell. 1, KHK, ...) ist die Datenaustausch-referenz fortlaufend je Datei-übermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf (99999 + 1 = 00001) ist mit '00001' neu aufzusetzen. Die Zählung ist für Testverfahren und für Echtverfahren getrennt vorzunehmen.
	Dateiname	11	AN	M	Dateiname entsprechend Abschnitt 3.3 der Technischen Anlage

2.3.3 UNZ-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNZ	Endesegment der Nutzdatendatei	3	AN	M	UNZ
	Anzahl Nachrichten	...5	N	M	Anzahl UNHs in der Nutzdatendatei
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	wie in UNB

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.4 UNH-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNH	Nachrichtentypkopfsegment	3	AN	M	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	einzutragen ist die fortlaufende Nummer der UNH-Segmente zwischen UNB und UNZ mit führenden Nullen, z.B. 00001 für 1. UNH
	Nachrichtenkennung -- Nachr-Typ-Kennung -- Versionsnummer	4 2	AN AN	M M M	z.B. "BREA:01" einzutragen ist z.B. „BREA“ einzutragen ist die Nummer der benutzten Version des Nachrichtentyps (z.B. „01“).
	KV-Bereich	2	N	M	Folgende Einträge sind zulässig: „00“ für unbestimmt „01“ für Schleswig-Holstein „02“ für Hamburg „03“ für Bremen „17“ für Niedersachsen „20“ für Westfalen-Lippe „38“ für Nordrhein „46“ für Hessen „47“ für Koblenz „48“ für Rheinhessen „49“ für Pfalz „50“ für Trier „55“ für Nordbaden „60“ für Südbaden „61“ für Nordwürttemberg „62“ für Südwürttemberg „71“ für Bayern „72“ für Berlin „73“ für Saarland „78“ für Mecklenburg-Vorpommern „83“ für Brandenburg „88“ für Sachsen-Anhalt „93“ für Thüringen „98“ für Sachsen
	Status Datensatz	1	N	M	„0“ = übermittelter Datensatz ist fehlerfrei „1“ = übermittelter Datensatz ist fehlerbehaftet

2.3.5 UNT-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNT	Nachrichtentypendeselement	3	AN	M	UNT
	Anzahl Einheiten	6	N	M	Anzahl der Segmente in der Nachricht einschließlich der Segmente UNH und UNT mit führenden Nullen
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	Inhalt entsprechend dem Inhalt des Datenelements "Nachrichtenreferenznummer" aus UNH

3 Segmentfolge DMP-Daten Asthma bronchiale

Die Segmentfolge für die Übermittlung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung/Gemeinsame Einrichtung stellt sich ab dem 1. April 2008 wie folgt dar:

3.1 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen

ASKK = Nachrichtentyp Asthma bronchiale

INV	-	Information Versicherter
FAL	-	DMP-Fall
INL	-	Information Leistungserbringer
AAB	-	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	-	Allgemeiner Behandlungsplan
HMA	-	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
HSP	-	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	-	Unterschriftendatum

3.2 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung

ASGE = Nachrichtentyp Asthma bronchiale

FAL	-	DMP-Fall
INL	-	Information Leistungserbringer
AAB	-	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	-	Allgemeiner Behandlungsplan
HMA	-	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
HSP	-	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	-	Unterschriftendatum

3.3 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.3.1 Rückmeldung Einschreibung

ASRM = Nachrichtentyp Asthma bronchiale Rückmeldung Einschreibung

RDE - Segment Rückmeldedaten Einschreibung

3.3.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

ASDK = Nachrichtentyp Asthma bronchiale Rückmeldung Krankenkasse Kassennummer/Versichertennummer

RDK - Segment Rückmeldedaten Kassen-/Versichertennummer

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente

4.1 INV-Segment - Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INV	Segment Information Versicherter	3	AN	M	"INV"
	Name des Versicherten	..47	AN	M	
	Vorname des Versicherten	..30	AN	M	
	Geburtsdatum des Versicherten	8	N	M	JJJJMMTT (von der KVK/eGK zu übernehmen, ohne Prüfung auf ein logisches Kalenderdatum)
	Versicherten-Nr.	..12	AN	M	
	Datum	8	N	M	JJJJMMTT
	Versicherten-Status	5	AN	K	Versichertenstatus Vgl. Schlüsselverzeichnis gemäß Technischer Anlage Abschnitt 7. Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	VK gültig bis	4	N	K	JJMM Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	Geschlecht des Versicherten	1	N	K	Verpflichtend anzugeben (Ausnahme DMP Brustkrebs) ist eine von beiden Ziffern: „1“ = weiblich „2“ = männlich
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	„0“ = Segment INV ist fehlerfrei „1“ = Segment INV ist fehlerbehaftet

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.2 FAL-Segment - Information DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikations- übergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 123456789000000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung FAL-Segment

	Einschreibung wegen Brustkrebs	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 1	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 2	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen KHK	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Asthma Bronchiale	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen COPD	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment FAL ist fehlerfrei "1" = Segment FAL ist fehlerbehaftet

Anmerkung zum Segment FAL: Die Datensatz-ID wird je Dokumentationsdatensatz nur einmal vergeben und ist im weiteren Verfahren (z. B. Korrekturdatensätze, Weiterleitung von Datensätzen, Rückmeldungen) als Referenz beizubehalten.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.3 INL-Segment - Information Leistungserbringer Erstdokumentation und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INL	Segment Information Leistungserbringer	3	AN	M	"INL"
	Betriebsstättennummer	9	AN	M	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Betriebsstättennummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	lebenslange Arztnummer	9	AN	M	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Arztnummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Krankenhaus-IK	9	N	M	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Pseudonymisierte Versichertennummer	21	N	M	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment INL ist fehlerfrei "1" = Segment INL ist fehlerbehaftet

Die gleichzeitige Übermittlung von Nullen in den Feldern „Betriebsstättennummer“ und „Krankenhaus-IK“ ist nicht zulässig.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.4 DAT-Segment - Unterschriftendatum Arzt Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
DAT	Segment Unterschriftendatum	3	AN	M	"DAT"
	Datum der Unterschrift (Arzt)	8	N	M	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
	Merkmal Unterschrift Arzt	1	AN	M	"J", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben unterschrieben hat "N", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Datum der Unterschrift (Arzt) der letzten Korrektur	8	N	K	JJJJMMTT Das jüngste Unterschriftendatum Arzt ist anzugeben; das Datum muss im Falle einer vorangegangenen Korrektur übermittelt werden
	Merkmal Unterschrift Arzt Korrektur	1	AN	K	"J", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg unterschrieben hat "N", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment DAT ist fehlerfrei "1" = Segment DAT ist fehlerbehaftet

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.5 AAB – Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten (Erst und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
AAB	Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten	3	AN	M	"AAB"
	Körpergröße	3,2	AN	K	Format x,xx In Metern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
	Körpergewicht	...3	N	K	Format xxx Angabe in kg
	Blutdruck systolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Blutdruck diastolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Raucher: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Raucher: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Arterielle Hypertonie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Fettstoffwechselstörung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Diabetes mellitus	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen KHK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen AVK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Schlaganfall	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Chronische Herzinsuffizienz	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Asthma bronchiale	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen COPD	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Keine der genannten Erkrankungen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Serum Kreatinin in mg/dl	4,2	AN	K	in mg/dl; mit vorangestellter "0" mit zwei Nachkommastellen, Format: xx,xx
	Serum Kreatinin in µmol/l	4	AN	K	in µmol/l, 4-stellig mit führender 0
	Serum Kreatinin nicht bestimmt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment AAB ist fehlerfrei "1" = Segment AAB ist fehlerbehaftet

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.6 ABP – Segment Allgemeiner Behandlungsplan (Erst- und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
ABP	Segment Allgemeiner Behandlungsplan	3	AN	M	"ABP"
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Tabakverzicht	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Ernährungsberatung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Körperliches Training	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Quartalsweise	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Jedes zweite Quartal	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nächste Dokumentationserstellung geplant am	8	N	K	JJJJMMTT
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment ABP ist fehlerfrei "1" = Segment ABP ist fehlerbehaftet

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.7 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDE	Segment Rückmeldedaten Einschreibung	3	AN	M	"RDE"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Versichertennummer	...12	AN	M	
	Einheitliche Versichertennummer	..12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	lebenslange Arztnummer	9	AN	K	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen.
	Betriebsstättennummer	9	AN	K	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen
	Krankenhaus-Nr.	9	N	K	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen.
	Versichertenverhältnis besteht zum Dokumentationszeitpunkt.	1	AN	K	„J“ = Versichertenverhältnis besteht „N“ = Versichertenverhältnis besteht nicht.
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.
	Einschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem der Versicherte bei der Kasse in das jeweilige DMP eingeschrieben wurde.
	Ausschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem die Teilnahme des Versicherten am jeweiligen DMP endet. Eine Angabe des Grundes ist nicht erforderlich.
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Kennzeichen „Storno/Löschung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall zu stornieren/löschen ist.
	Kennzeichen „Wiedereröffnung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall wiedereröffnet wurde.
	Kennzeichen „Beendigung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“ – unbekannt; „2“ – verstorben „3“ – Ausschluss „4“ – Beendigung durch den Patienten „5“ – Regelmäßige Beendigung des Programms

Das RDE-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDE-Segment) darzustellen:

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus- IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreib- bedatum der Kasse	Aus- schreib- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Bestätigung des Versichertenver- hältnisses nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („J“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)	X (sofern bekannt)		X (Kann)			
Negativmeldung zum Versicher- tenverhältnis nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)			X (Kann)			
Negativmeldung zum Versicher- tenverhältnis nach Erhalt einer FD	X	X	X	X	X (Kann)				X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- chen- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- nummer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus- IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über Storno/Löschung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)	X		
Meldung über Wiedereröffnung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)		X	
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jewei- ligen Doku)	X	X	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X	X (Kann)			X

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus- IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweili- gen Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.8 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDK	Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	3	AN	M	"RDK"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr. alt	9	N	K	IK der Kasse alt
	Kassen-Nr. neu	9	N	K	IK der Kasse neu
	Kassen-Nr. alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Kassennummer alt“
	Kassen-Nr. neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Kassennummer neu“
	Versichertennummer alt	...12	AN	K	Versichertennummer alt
	Versichertennummer neu	...12	AN	K	Versichertennummer neu
	Versichertennummer alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Versichertennummer alt“
	Versichertennummer neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Versichertennummer neu“
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Einheitliche Versichertennummer	...12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.

Das RDK-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDK-Segment) darzustellen.

Sofern die Felder „Kassen-Nr. neu“/„Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ oder „Versichertennummer neu“/„Versichertennummer neu ist gültig ab“ gefüllt sind stellt die Datenstelle sicher, dass die Gültigkeit der bisherigen Kassen-/Versichertennummern beendet wird. Die **Beendigung der Gültigkeit erfolgt in der Systematik**: „Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ bzw. „Versichertennummer neu ist gültig ab“ **minus einem Tag**.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten- satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kranken- versichererten- nummer. MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X					X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der jewei- ligen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Kranken- versichererten- nummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X					X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der letzten Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens	X	X	X	X		X							

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten- satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens und Wechsel der Versicherten- nummer MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der jeweili- gen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens und Wechsel der Versicherten- nummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der letzten Doku)

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten Asthma bronchiale)

5.1 HMA-Segment – Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
HMA	Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	3	AN	M	"HMA"
	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Täglich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Wöchentlich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Seltener als wöchentlich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Aktueller Peakflow-Wert – Wert	...3	N	K	Angabe in Litern/Minute Zulässiger Wertebereich 40 bis 999
	Aktueller Peakflow-Wert– Nicht durchgeführt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind zulässig. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
	Inhalative Glukokortikosteroide – Bei Bedarf	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalative Glukokortikosteroide – Dauermedikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalative Glukokortikosteroide – Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalative Glukokortikosteroide – Kontraindikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Bei Bedarf	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Kontraindikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung HMA-Segment

	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Bei Bedarf	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Kontraindikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige asthmaspezifische Medikation – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige asthmaspezifische Medikation – Systemische Glukokortikosteroide	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige asthmaspezifische Medikation – Andere	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalationstechnik überprüft – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalationstechnik überprüft – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment HMA ist fehlerfrei "1" = Segment HMA ist fehlerbehaftet

Anhang 5 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.2 HSP-Segment - Schulung und Behandlungsplanung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
HSP	Segment Schulung und Behandlungsplanung	3	AN	M	"HSP"
	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – War aktuell nicht möglich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Nicht durchführbar	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment HSP ist fehlerfrei "1" = Segment HSP ist fehlerbehaftet

**Anhang 6 (COPD)
zu der Technischen Anlage**

zur

**Übermittlung der
Dokumentationsdaten strukturierter Behand-
lungsprogramme (DMP)**

Grundlage: 17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version des Anhangs: 02
Version anzuwenden ab: 01.07.2008

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Inhalt:

0	Grundlage	3
1	Übersicht der Nachrichtentypen	4
2	Austauschformate	7
2.1	Allgemeines	7
2.2	Dateiaufbau	8
2.3	Beschreibung der Servicesegmente	10
2.3.1	UNA - Segment	10
2.3.2	UNB - Segment	11
2.3.3	UNZ - Segment	11
2.3.4	UNH - Segment	12
2.3.5	UNT - Segment	12
3	Segmentfolge DMP-Daten COPD	13
3.1	Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen	13
3.2	Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/Gemeinsame Einrichtung	13
3.3	Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle	13
4	Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente	14
4.1	INV - Segment Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation	14
4.2	FAL - Segment DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation	15
4.3	INL - Segment Information Leistungserbringer Erst- und Folgedokumentation	17
4.4	DAT - Segment Unterschriftendatum Erst- u. Folgedokumentation	18
4.5	AAB – Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten	19
4.6	ABP – Segment Allgemeiner Behandlungsplan	20
4.7	RDE - Segment Rückmeldedaten der Krankenkasse	21
4.9	RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	25
5	Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten COPD)	28
5.1	CAM – Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	28
5.2	CSP – Segment Schulung und Behandlungsplanung	30

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anlage 2 – indikationsübergreifender Dokumentation - und die Anlage 12 – indikationsspezifische Dokumentation COPD - der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung. Weiterentwicklungen der RSAV machen ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente erforderlich.

In den Nutzdaten-Segmenten wird zwischen Mussfeldern ("M") und Kannfeldern ("K") unterschieden.

Die Inhalte beziehungsweise Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Dokumentationsdaten unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. bereits von der Datenstelle als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie auf dem Dokumentationsbogen ausgefüllt wurden. Aufgrund medizinischer Indikationen besteht jedoch bei diesen Feldern die Möglichkeit unterschiedlicher Feldkombinationen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die zuständige Annahmestelle der Krankenkassen.

In diesem Anhang werden diagnoseübergreifende und diagnosebezogene Nutzdaten-Segmente beschrieben. Die diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segmente kommen in mehreren Anhängen der Technischen Anlage vor. Eine Änderung eines diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segments betrifft damit alle Anhänge, in denen das Segment vorhanden ist, und zwar unabhängig von ihren ggf. unterschiedlichen Versions-Nummern.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

1 Übersicht der Nachrichtentypen

Den Nachrichtentypen liegt die RSAV in der jeweils gültigen Fassung zugrunde.
Folgende Nachrichtentypen sind zu verwenden:

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
CSKK	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen
CSGE	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung
CSEA	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/ Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
CSBA	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation COPD (Lfd.Nrn. 1-11, Anlage 12b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
CSBB	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation COPD (Lfd.Nrn. 12ff., Anlage 12b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
CSFA	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
CSFB	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP COPD (Anlage 12b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
CSBE	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP COPD (Anlage 12b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
CSEG	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 2 RSAV
CSFE	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP COPD (Anlage 12b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
CSFG	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
CSEK	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
CSFK	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.
CSRM	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Einschreibung(Krankenkasse an Datenstelle)
CSRM	02	01.07.2008		Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Einschreibung(Krankenkasse an Datenstelle)
CSDK	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer (Krankenkasse an Datenstelle)
CSDK	02	01.07.2008		Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer (Krankenkasse an Datenstelle)
CSDS	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Arztnummer (Datenstelle an Krankenkasse)

2 Austauschformate

2.1 Allgemeines

Zur Minimierung des Austauschvolumens wird eine Strukturierung verwendet, die es erlaubt, dass nur die tatsächlich benötigten Inhalte übermittelt werden. Die Datensätze (Segmente) und Datenfelder (Datenelemente) sind in ihrer Länge variabel. Ihr Inhalt muss im Gegensatz zu Datensätzen fester Länge nicht mit Leerzeichen oder Nullen gefüllt werden.

Eine Übermittlungsdatei besteht aus Nachrichten. Nachrichten bestehen aus Segmenten. Segmente bestehen aus Datenelementen und/oder Datenelementgruppen. Datenelementgruppen bestehen aus Datenelementen.

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

- eines Absenders für einen Empfänger oder
- eines Absenders zur Verteilung über eine Annahmestelle an mehrere Empfänger (Nutzer) oder
- eines oder mehrerer Absender; die von einer Annahmestelle an die endgültigen Empfänger (Nutzer) weiterzuleiten sind. Innerhalb einer Übermittlungsdatei ist die Reihenfolge der Nachrichten beliebig.

Die Nachricht ist eine Zusammenfassung aller Segmente, die zur Darstellung eines Geschäftsvorfalles erforderlich sind. Innerhalb einer Nachricht stehen die Segmente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Segment ist die Zusammenfassung von logisch zusammenhängenden Datenelementen und/oder Datenelementgruppen (z.B. Versicherteninformationen, Beträge). Es ist vergleichbar mit einem Datensatz. Innerhalb eines Segments stehen die Datenelemente und/oder Datenelementgruppen in einer fest definierten Reihenfolge.

Die Datenelementgruppe ist eine Zusammenfassung von Datenelementen mit Informationen, die in einem sachlichen oder logischen Zusammenhang stehen (z.B. Datum und Uhrzeit, Version und Versionsnummer). Innerhalb einer Datenelementgruppe stehen die Datenelemente in einer fest definierten Reihenfolge.

Das Datenelement ist die kleinste Einheit, die eine Information darstellt. Es ist vergleichbar mit einem Datenfeld.

2.2 Dateiaufbau

Jede Datei und jede Nachricht wird von Servicesegmenten eingeschlossen, die im wesentlichen dem Konzept von Vor- und Nachlaufsätzen entsprechen.

Jedes Segment beginnt mit einem Datenelement zur Segmentbezeichnung, endet mit einem Segmentendekennzeichen und ist mit Carriage Return + Line Feed abzuschließen (CR+LF). Als Segmentendekennzeichen ist das Hochkomma (') zu verwenden. Das Segmentendekennzeichen ist unmittelbar nach dem letzten mit Inhalt belegten Datenelement anzugeben. Segmente, für die kein Inhalt vorhanden ist, können, sofern sie Kann-Segmente sind, ausgelassen werden.

Datenelemente oder Datenelementgruppen werden durch ein Pluszeichen (+) voneinander getrennt. Anstelle von Kann-Datenelementen, für die kein Inhalt vorhanden ist, ist das Pluszeichen (+) anzugeben.

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: +Inhalt Musselement+Inhalt Kannelement+Inhalt Musselement

**Darstellung bei Auslassung
des Kannelements:** +Inhalt Musselement++Inhalt Musselement

Steht das Kann-Datenelement am Ende eines Segments und ist kein Inhalt vorhanden, ist anstelle des Kann-Datenelements das Segmentendekennzeichen anzugeben. Als Entwerter ist das Fragezeichen (?) zu verwenden. Innerhalb einer Datenelementgruppe sind die Datenelemente durch einen Doppelpunkt (:) voneinander zu trennen.

Muss-Datenelemente sind in der jeweiligen Datensatzbeschreibung als Feld-Art 'M' und Kann-Datenelemente als Feld-Art 'K'.

Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ 'N' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen '0' - '9' zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Ist ein Betrag kleiner eins, kann er mit Komma, Ziffer, Ziffer (z.B. +,15+) dargestellt werden. Als Dezimalzeichen gilt das Komma (z.B. +5,55+), es wird nicht als Stelle mitgezählt. Minuszeichen sind nicht zulässig.

Als Inhalt von alphanumerischen Feldern (Feld-Typ 'AN' in der jeweiligen Datensatzbeschreibung) sind die Zeichen 'A' - 'Z' und die Zeichen '0' - '9' zulässig.

Die Anzahl Stellen der Felder ergibt sich aus der jeweiligen Datensatzbeschreibung. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. '5') die erforderliche Anzahl Stellen angibt; zwei Punkte und eine Zahl (z.B. '..35') die maximale Stellenbelegung.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

Segment-bez.	Hierarchie-ebene	Segment-art	Segment-typ	Wiederholungs-faktor	Erläuterung
UNA	1	K	Service	1	Festlegungssegment einer Datei und dient zur Festlegung der in der Datei verwendeten Trennzeichen. Das Segment wird nur bei Bedarf (z.B. Änderung der festgelegten Trennzeichen) übertragen.
UNB	1	M	Service	1	Kopfsegment einer Datei und dient zur Eröffnung, Identifizierung und Beschreibung der Datei.
UNH	2	M	Service	N	Kopfsegment einer Nachricht und dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, zu identifizieren und zu beschreiben.
	3	M	Nutzdaten		Segmente eines Nachrichtentyps gemäß Beschreibung (s. Anhänge)
UNT	2	M	Service	N	Endesegment einer Nachricht. Beendet eine Nachricht und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.
UNZ	1	M	Service	1	Endesegment einer Datei. Beendet eine Datei und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNA	Festlegungssegment	3	AN	M	= UNA
	TZ innerh. Datenelemente	1	AN	M	‘:’ (Trennzeichen innerhalb zusammengesetzter Daten-elemente)
	TZ Datenelemente	1	AN	M	‘+’ oder anderes Zeichen als Trennzeichen für Datenelemente
	Dezimalzeichen	1	AN	M	‘,’
	Aufhebungszeichen	1	AN	M	‘?’ (für Steuerzeichen; Rücksetzung des nachfolgenden Sonderzeichens auf seine ursprüngliche Bedeutung. Z.B. ?: bedeutet, daß es sich um einen normalen Doppelpunkt handelt und nicht ein Trennzeichen für ein Gruppendatenelement.)
	Reserviert	1	AN	M	blank als Leerzeichen
	Segmentendezeichen	1	AN	M	‘’’ (Kennzeichen für das Ende eines Segments.)

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.2 UNB-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNB	Kopfsegment der Nutzdatendatei Trennung nach Kassenarten	3	AN	M	UNB
	Syntax -- Syntax-Kennung	4	AN	M	z.B. Vereinbarte EDIFACT-Syntax; hier: „UNOC“ = Groß- und Kleinbuchstaben, Umlaute Vereinbarte Version der Syntax; hier: „3“ (derzeit aktuell)
	-- Syntax-Versionsnummer	1	N	M	
	Absender Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Absenders
	Empfänger Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Empfängers
	Datum/Uhrzeit -- Datum	8	N	M	Erstelldatum der Datei JJJJMMTT Erstelluhrzeit der Datei HHMM
	-- Uhrzeit	4	N	M	
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	Für ein Absender-Empfänger-Paar und je DMP (z.B. Brustkrebs, Diab. mell. 2, Diab. mell. 1, KHK, ...) ist die Datenaustausch-referenz fortlaufend je Datei-übermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf (99999 + 1 = 00001) ist mit '00001' neu aufzusetzen. Die Zählung ist für Testverfahren und für Echtverfahren getrennt vorzunehmen.
	Dateiname	11	AN	M	Dateiname entsprechend Abschnitt 3.3 der Technischen Anlage

2.3.3 UNZ-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNZ	Endesegment der Nutzdatendatei	3	AN	M	UNZ
	Anzahl Nachrichten	...5	N	M	Anzahl UNHs in der Nutzdatendatei
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	wie in UNB

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.4 UNH-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNH	Nachrichtentypkopfsegment	3	AN	M	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	einzutragen ist die fortlaufende Nummer der UNH-Segmente zwischen UNB und UNZ mit führenden Nullen, z.B. 00001 für 1. UNH
	Nachrichtenkennung -- Nachr-Typ-Kennung -- Versionsnummer	4 2	AN AN	M M M	z.B. "BREA:01" einzutragen ist z.B. „BREA“ einzutragen ist die Nummer der benutzten Version des Nachrichtentyps (z.B. „01“).
	KV-Bereich	2	N	M	Folgende Einträge sind zulässig: „00“ für unbestimmt „01“ für Schleswig-Holstein „02“ für Hamburg „03“ für Bremen „17“ für Niedersachsen „20“ für Westfalen-Lippe „38“ für Nordrhein „46“ für Hessen „47“ für Koblenz „48“ für Rheinhessen „49“ für Pfalz „50“ für Trier „55“ für Nordbaden „60“ für Südbaden „61“ für Nordwürttemberg „62“ für Südwürttemberg „71“ für Bayern „72“ für Berlin „73“ für Saarland „78“ für Mecklenburg-Vorpommern „83“ für Brandenburg „88“ für Sachsen-Anhalt „93“ für Thüringen „98“ für Sachsen
	Status Datensatz	1	N	M	„0“ = übermittelter Datensatz ist fehlerfrei „1“ = übermittelter Datensatz ist fehlerbehaftet

2.3.5 UNT-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNT	Nachrichtentypendeselement	3	AN	M	UNT
	Anzahl Einheiten	6	N	M	Anzahl der Segmente in der Nachricht einschließlich der Segmente UNH und UNT mit führenden Nullen
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	Inhalt entsprechend dem Inhalt des Datenelements "Nachrichtenreferenznummer" aus UNH

3 Segmentfolge DMP-Daten COPD

Die Segmentfolge für die Übermittlung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung/Gemeinsame Einrichtung stellt sich ab dem 1. April 2008 wie folgt dar:

3.1 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen

CSKK = Nachrichtentyp COPD

INV	-	Information Versicherter
FAL	-	DMP-Fall
INL	-	Information Leistungserbringer
AAB	-	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	-	Allgemeiner Behandlungsplan
CAM	-	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
CSP	-	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	-	Unterschriftendatum

3.2 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung

CSGE = Nachrichtentyp COPD

FAL	-	DMP-Fall
INL	-	Information Leistungserbringer
AAB	-	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	-	Allgemeiner Behandlungsplan
CAM	-	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
CSP	-	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	-	Unterschriftendatum

3.3 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.3.1 Rückmeldung Einschreibung

CSRM = Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Einschreibung

RDE - Segment Rückmeldedaten Einschreibung

3.3.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

CSDK = Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Krankenkasse Kassennummer/Versichertennummer

RDK - Segment Rückmeldedaten Kassen-/Versichertennummer

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente

4.1 INV-Segment - Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INV	Segment Information Versicherter	3	AN	M	"INV"
	Name des Versicherten	..47	AN	M	
	Vorname des Versicherten	..30	AN	M	
	Geburtsdatum des Versicherten	8	N	M	JJJJMMTT (von der KVK/eGK zu übernehmen, ohne Prüfung auf ein logisches Kalenderdatum)
	Versicherten-Nr.	..12	AN	M	
	Datum	8	N	M	JJJJMMTT
	Versicherten-Status	5	AN	K	Versichertenstatus Vgl. Schlüsselverzeichnis gemäß Technischer Anlage Abschnitt 7. Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	VK gültig bis	4	N	K	JJMM Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	Geschlecht des Versicherten	1	N	K	Verpflichtend anzugeben (Ausnahme DMP Brustkrebs) ist eine von beiden Ziffern: „1“ = weiblich „2“ = männlich
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	„0“ = Segment INV ist fehlerfrei „1“ = Segment INV ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.2 FAL-Segment - Information DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikations- übergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 123456789000000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung FAL-Segment

	Einschreibung wegen Brustkrebs	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 1	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 2	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen KHK	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen Asthma Bronchiale	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Einschreibung wegen COPD	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment FAL ist fehlerfrei "1" = Segment FAL ist fehlerbehaftet

Anmerkung zum Segment FAL: Die Datensatz-ID wird je Dokumentationsdatensatz nur einmal vergeben und ist im weiteren Verfahren (z. B. Korrekturdatensätze, Weiterleitung von Datensätzen, Rückmeldungen) als Referenz beizubehalten.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.3 INL-Segment - Information Leistungserbringer Erstdokumentation und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INL	Segment Information Leistungserbringer	3	AN	M	"INL"
	Betriebsstättennummer	9	AN	M	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Betriebsstättennummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	lebenslange Arztnummer	9	AN	M	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Arztnummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Krankenhaus-IK	9	N	M	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Pseudonymisierte Versichertennummer	21	N	M	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment INL ist fehlerfrei "1" = Segment INL ist fehlerbehaftet

Die gleichzeitige Übermittlung von Nullen in den Feldern „Betriebsstättennummer“ und „Krankenhaus-IK“ ist nicht zulässig.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.4 DAT-Segment - Unterschriftendatum Arzt Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
DAT	Segment Unterschriftendatum	3	AN	M	"DAT"
	Datum der Unterschrift (Arzt)	8	N	M	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
	Merkmal Unterschrift Arzt	1	AN	M	"J", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben unterschrieben hat "N", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Datum der Unterschrift (Arzt) der letzten Korrektur	8	N	K	JJJJMMTT Das jüngste Unterschriftendatum Arzt ist anzugeben; das Datum muss im Falle einer vorangegangenen Korrektur übermittelt werden
	Merkmal Unterschrift Arzt Korrektur	1	AN	K	"J", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg unterschrieben hat "N", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment DAT ist fehlerfrei "1" = Segment DAT ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.5 AAB – Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten (Erst und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
AAB	Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten	3	AN	M	"AAB"
	Körpergröße	3,2	AN	K	Format x,xx In Metern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
	Körpergewicht	...3	N	K	Format xxx Angabe in kg
	Blutdruck systolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Blutdruck diastolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Raucher: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Raucher: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Arterielle Hypertonie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Fettstoffwechselstörung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Diabetes mellitus	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen KHK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen AVK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Schlaganfall	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Chronische Herzinsuffizienz	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Asthma bronchiale	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen COPD	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Keine der genannten Erkrankungen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Serum Kreatinin in mg/dl	4,2	AN	K	in mg/dl; mit vorangestellter "0" mit zwei Nachkommastellen, Format: xx,xx
	Serum Kreatinin in µmol/l	4	AN	K	in µmol/l, 4-stellig mit führender 0
	Serum Kreatinin nicht bestimmt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment AAB ist fehlerfrei "1" = Segment AAB ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.6 ABP – Segment Allgemeiner Behandlungsplan (Erst- und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
ABP	Segment Allgemeiner Behandlungsplan	3	AN	M	"ABP"
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Tabakverzicht	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Ernährungsberatung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Körperliches Training	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Quartalsweise	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Jedes zweite Quartal	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nächste Dokumentationserstellung geplant am	8	N	K	JJJJMMTT
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment ABP ist fehlerfrei "1" = Segment ABP ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.7 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDE	Segment Rückmeldedaten Einschreibung	3	AN	M	"RDE"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Versichertennummer	...12	AN	M	
	Einheitliche Versichertennummer	..12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	lebenslange Arztnummer	9	AN	K	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen.
	Betriebsstättennummer	9	AN	K	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen
	Krankenhaus-Nr.	9	N	K	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen.
	Versichertenverhältnis besteht zum Dokumentationszeitpunkt.	1	AN	K	„J“ = Versichertenverhältnis besteht „N“ = Versichertenverhältnis besteht nicht.
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.
	Einschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem der Versicherte bei der Kasse in das jeweilige DMP eingeschrieben wurde.
	Ausschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem die Teilnahme des Versicherten am jeweiligen DMP endet. Eine Angabe des Grundes ist nicht erforderlich.
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Kennzeichen „Storno/Löschung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall zu stornieren/löschen ist.
	Kennzeichen „Wiedereröffnung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall wiedereröffnet wurde.
	Kennzeichen „Beendigung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“ – unbekannt; „2“ – verstorben „3“ – Ausschluss „4“ – Beendigung durch den Patienten „5“ – Regelmäßige Beendigung des Programms

Das RDE-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDE-Segment) darzustellen:

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- nummer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Bestätigung des Versichertenver- hältnisses nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („J“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)	X (sofern bekannt)		X (Kann)			
Negativmeldung zum Versiche- tenverhältnis nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)			X (Kann)			
Negativmeldung zum Versiche- tenverhältnis nach Erhalt einer FD	X	X	X	X	X (Kann)				X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweili- gen ED)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- nummer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- datum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über Storno/Löschung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)	X		
Meldung über Wiedereröffnung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)		X	
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	X (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweiligen Doku)	X	X	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X	X (Kann)			X

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- nummer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus-IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweiligen Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versi- cherten)) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.8 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDK	Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	3	AN	M	"RDK"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr. alt	9	N	K	IK der Kasse alt
	Kassen-Nr. neu	9	N	K	IK der Kasse neu
	Kassen-Nr. alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Kassennummer alt“
	Kassen-Nr. neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Kassennummer neu“
	Versichertennummer alt	...12	AN	K	Versichertennummer alt
	Versichertennummer neu	...12	AN	K	Versichertennummer neu
	Versichertennummer alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Versichertennummer alt“
	Versichertennummer neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Versichertennummer neu“
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Einheitliche Versichertennummer	...12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.

Das RDK-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDK-Segment) darzustellen.

Sofern die Felder „Kassen-Nr. neu“/„Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ oder „Versichertennummer neu“/„Versichertennummer neu ist gültig ab“ gefüllt sind stellt die Datenstelle sicher, dass die Gültigkeit der bisherigen Kassen-/Versichertennummern beendet wird. Die **Beendigung der Gültigkeit erfolgt in der Systematik:** „Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ bzw. „Versichertennummer neu ist gültig ab“ **minus einem Tag.**

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Daten- stellen- IK	KV- Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten- satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wech- sel der Kranken- versicherten- nummer. MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X					X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der jeweili- gen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wech- sel der Kranken- versicherten- nummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X					X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der letzten Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wech- sel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens	X	X	X	X		X							

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Bereich	Kassen-IK alt	Kassen-IK neu	Kassen-IK alt gültig bis	Kassen-IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten- satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens und Wechsel der Versicherten- nummer MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der jeweili- gen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Kranken- kassen- Institutionskenn- zeichens und Wechsel der Versicherten- nummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der letzten Doku)

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten COPD)

5.1 CAM-Segment - Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
CAM	Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	3	AN	M	"CAM"
	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate) – Liter	3,2	AN	K	Format x,xx In Litern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate) – Nicht durchgeführt	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld wird ausschließlich bei Folgedokumentationsdatensätzen übermittelt.
	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld wird ausschließlich bei Folgedokumentationsdatensätzen übermittelt.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – bei Bedarf	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Dauermedikation	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Keine	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Kontraindikation	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – bei Bedarf	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Keine	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Kontraindikation	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung CAM-Segment

	Lang wirksame Anticholinergika – bei Bedarf	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Anticholinergika – Dauermedikation	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Anticholinergika – Keine	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Anticholinergika – Kontraindikation	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalationstechnik überprüft – Ja	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalationstechnik überprüft – Nein	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Nein	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Theophyllin	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Inhalative Glukokortikosteroide	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Systemische Glukokortikosteroide	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Andere	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	“0” = Segment CAM ist fehlerfrei “1” = Segment CAM ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.2 CSP-Segment – Schulung und Behandlungsplanung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
CSP	Segment Schulung und Behandlungsplanung	3	AN	M	"CSP"
	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – War aktuell nicht möglich	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment CSP ist fehlerfrei "1" = Segment CSP ist fehlerbehaftet

Anlage 2 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name des Versicherten	Familiename, Vorname
3	Geburtsdatum des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträger	Name der Krankenkasse
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK / Diabetes mellitus Typ 1 / Diabetes mellitus Typ 2 / Asthma bronchiale / COPD
11	Modul-Teilnahme ¹	Chronische Herzinsuffizienz ² : Ja / Nein
12	Geschlecht	Männlich / Weiblich
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck ³	mm Hg
16	Raucher	Ja / Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie / Fettstoffwechselstörung / Diabetes mellitus / KHK / AVK / Schlaganfall / Chronische Herzinsuffizienz / Asthma bronchiale / COPD / Keine der genannten Erkrankungen
18	Serum-Kreatinin ⁴	mg/dl / µmol/l / nicht bestimmt
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote	Tabakverzicht / Ernährungsberatung / Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
21	Nächste Dokumentationserstellung geplant am (optionales Feld)	TT.MM.JJJJ

¹ Nur bei DMP KHK auszufüllen

² Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40%

³ Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen

⁴ Bei KHK, Asthma bronchiale und COPD nur optional auszufüllen

Anlage 4 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Brustkrebs - Dokumentation		
Lfd. N r.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin/vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	Nummer
6	Versicherten-Nr.	Nummer
7	Vertragsarzt-Nr.	Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.		
10	Erstmanifestation des Primärtumors (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
11	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
12	Lokoregionäres Rezidiv (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
13	Fernmetastasen erstmals gesichert ^e)	TT.MM.JJJJ
• Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 28 auszufüllen. • Bei Einschreibung wegen eines lokoregionären Rezidivs sind die Zeilen 29 bis 30 auszufüllen. • Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 31 bis 33 auszufüllen.		
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
14	Betroffene Brust ²⁾	Re. / Li. / Beidseits
15	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt?	Stanzbiopsie / Vakuumunterstützte Mammabiopsie / Offene Biopsie / Mammographie / Sonographie / Andere (Mehrfachnennung möglich)
16	Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	OP geplant ³⁾ / OP nicht geplant / Postoperativ
17	Art der erfolgten operativen Therapie	BET / Mastektomie / Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / Keine OP (Mehrfachnennung möglich)

1) Hinweis für Ausfüllanleitung: Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen muss eines der Felder 10 bis 12 zumindest mit einer Jahreszahl ausgefüllt werden.

2) Hinweis für Ausfüllanleitung: Bei Mammakarzinom beidseits soll der prognoseleitende Tumorbefund eingetragen werden (Felder 18 bis 25).

3) Hinweis für Ausfüllanleitung: Im Falle einer präoperativen Einschreibung müssen die fehlenden Daten der Erstdokumentation nachgeliefert werden.

Brustkrebs — Erstdokumentation		
Lfd. N r.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
18	pT	X/Tis ⁴⁾ /0/1/2/3/4/KeineOP
19	pN	X/0/1/2/3/KeineOP
20	M	X/0/1
21	Grading	1/2/3/Unbekannt
22	Resektionsstatus	RO/R1/R2/Unbekannt/KeineOP
23	Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)	Positiv/Negativ/Unbekannt
24	Anzahl der entfernten Lymphknoten	Keine/Sentinel-Lymphknoten/<10/≥10 (Mehrfachnennung möglich)
25	Anzahl der befallenen Lymphknoten	Keine/Sentinel-Lymphknoten negativ/1-3/≥4/ Unbekannt
Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses⁵⁾		
26	Strahlentherapie	Geplant/Andauernd/Regulär abgeschlossen/ Vorzeitig beendet/Keine
27	Chemotherapie	Geplant/Andauernd/Regulär abgeschlossen/ Vorzeitig beendet/Keine
28	Endokrine Therapie	Geplant/Andauernd/Regulär abgeschlossen/ Vorzeitig beendet/Keine
Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs		
29	Lokalisation	Intramammär/Thoraxwand/Axilla (Mehrfachnennung möglich)
30	Andauernde oder abgeschlossene Therapie	Keine/Präoperativ/Exzision/Mastektomie/ Strahlentherapie/Chemotherapie/Endokrine Therapie/Anderes Vorgehen (Mehrfachnennung möglich)
Befunde und Therapie von Fernmetastasen		
31	Lokalisation	Leber/Lunge/Knochen/Andere (Mehrfachnennung möglich)
32	Therapie	Operativ/Strahlentherapie/Chemotherapie/ Endokrine Therapie/Andere/Keine (Mehrfachnennung möglich)
33	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja/Nein/Kontraindikation
Sonstige Beratung und Behandlung		
34	Lymphödem	Ja/Nein
35	Systematische Tumorschmerztherapie	Ja/Nein/Nicht erforderlich
36	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	Ja/Nein/Abgelehnt
37	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

4) Hinweis für Ausfüllanleitung: Tis beinhaltet nur DCIS-Fälle.

5) Hinweis für Ausfüllanleitung: Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren „Anteil behandelter Patientinnen nach brusterhaltender Therapie bei Invasivem Karzinom“, „Anteil adjuvanter endokriner Therapien bei hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom“ und „Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie von allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem invasivem Tumor“ werden nur die adjuvanten Therapien berücksichtigt.

Brustkrebs - Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	Nummer
6	Versicherten-Nr.	Nummer
7	Vertragsarzt-Nr.	Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung erfolgte wegen	Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses / Lokoregionären Rezidivs / Fernmetastasen
Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/kontelateralen Brustkrebses ⁶⁾		
11	Adjuvante Therapie abgeschlossen	Ja / Nein
12	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
13	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
14	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse		
15	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Intramammär / Thoraxwand / Axilla / Nein
16	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Nein
17	Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung)	TT.MM.JJJJ / Leber / Lunge / Knochen / Andere / Nein (Mehrfachnennung möglich)
18	Lymphödem	Ja / Nein
Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen ⁷⁾		
19	ller Behandlungsstatus	Vollremission / Teilremission / No change / Progress
20	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs	Keine / Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere Vorgehen (Mehrfachnennung möglich)
21	Therapie der Fernmetastasen	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)
22	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation

6) Hinweis für Ausfüllanleitung: Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren „Anteil bestrahlter Patientinnen nach brusterhaltender Therapie bei Invasivem Karzinom“, „Anteil adjuvanter endokriner Therapien bei hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom“ und „Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie von allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem Invasivem Tumor“ werden nur die adjuvanten Therapien berücksichtigt.

7) Hinweis für Ausfüllanleitung: Zeilen 19bis 22sind nur auszufüllen bei bereits bestehender oder neu festgestellter fortgeschrittener Erkrankung.

Brustkrebs — Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Sonstige Beratung und Behandlung		
23	Systematische Tumorschmerztherapie	Ja / Nein / Nicht erforderlich
24	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt	Ja / Nein / Nicht erforderlich
25	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	Ja / Nein / Abgelehnt
26	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Anlage 6 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Koronare Herzkrankheit — Dokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Angina pectoris	Typisch/Atypisch/Nein
2	Serum-Elektrolyte ^{1 2}	Bestimmt/Nicht bestimmt
Relevante Ereignisse		
3	Akutes Koronarsyndrom ³	Herzinfarkt/Andere Form des akuten Koronarsyndroms/Nein
4	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention ³	Koronarangiographie/Koronartherapeutische Intervention ⁴ /Keine
5	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation ^{5 6}	Anzahl
Medikamente		
6	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
7	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
8	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation ⁷
9	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
10	Sonstige Medikation ^{8 9}	Ja/Nein
Schulung		
11	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
12	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
13	KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst ⁵	Ja/Nein
14	Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen? ²	Ja/Nein/Nicht erforderlich

¹ Natrium und Kalium im Serum.

² Nur bei Modul Chronische Herzinsuffizienz.

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der 2. und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

⁴ PTCA oder Bypass-Operation.

⁵ Einschließlich Herzinsuffizienz.

⁶ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der 2. und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

⁷ Gilt auch für ACE-Hemmer-Husten.

⁸ Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder eines arteriellen Hypertonus.

⁹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß RSAV-Text hingewiesen werden.

Anlage 8 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Diabetes mellitus Typ 1 und 2		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	HbA1c-Wert	Wert in %
2	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung	Nicht untersucht / Nein / Ja
3	Fußstatus	Pulsstatus: Unauffällig / Auffällig / Nicht erhoben Sensibilitätsprüfung: Unauffällig / Auffällig / Nicht durchgeführt Fußstatus: Unauffällig / Auffällig / Nicht erhoben Wenn Fußstatus auffällig: ¹ Wagner-Stadium: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 Armstrong-Klassifikation: A / B / C / D
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie / Diabetische Neuropathie / Diabetische Retinopathie
Relevante Ereignisse		
5	Relevante Ereignisse ²	Nierenersatztherapie / Erblindung / Amputation / Herzinfarkt / Keine der genannten Ereignisse
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation ³	Anzahl
7	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Stationäre Aufenthalte wegen Nicht-erreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation ³	Anzahl
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation ³	Anzahl
Medikamente		
9	Insulin oder Insulin-Analoga	Ja / Nein
10	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid	Ja / Nein / Kontraindikation
11	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin	Ja / Nein / Kontraindikation
12	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige orale antidiabetische Medikation ⁴	Ja / Nein
13	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
14	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation
15	ACE-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
17	Sonstige antihypertensive Medikation ⁵	Ja / Nein

¹ Angabe des schwerer betroffenen Fußes

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß RSAV-Text hingewiesen werden.

Schulung		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
20	Zielvereinbarung HbA1c	Aktuellen Wert: Halten / Senken / Anheben
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	Durchgeführt / Nicht durchgeführt / Veranlasst
22	Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Nein / Zur qualifizierten Einrichtung für das diabet. Fußsyndrom / Zum diabetologisch qualifizierten Arzt bzw. zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung / Sonstige

⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Einschließlich Diuretika

Anlage 10: (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Asthma bronchiale		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen ¹	Täglich / Wöchentlich / Seltener als wöchentlich / Keine
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Systemische Glukokortikosteroide / Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein / Nicht durchführbar
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

¹ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Anlage 12 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate)	X,XX Liter / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
2	Häufigkeit von Exazerbationen ¹ seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein / Theophyllin / Inhalative Glukokortikosteroide / Systemische Glukokortikosteroide / Andere
Schulung		
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: „Exazerbation“ (z.B. „akute Verschlechterung der Symptomatik, die eine Veränderung der Medikation erfordert“) in der Ausfüllanleitung definieren.

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung Brustkrebs

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für Brustkrebs

020CH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.
- mich mein koordinierender Arzt bzw. mein Arzt im Krankenhaus bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie.
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich in erforderlichem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann.
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 14.05.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung bereit ist.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Brustkrebs

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

[illegible]

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

T T M M I I I I

T T M M I I I I

T T M M I I I I

T T M M I I I

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Brustkrebs

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

[illegible]

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

T T M M I I I I

T T M M I I I I

T T M M I I I I

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Eine Information für Patientinnen

Diagnose Brustkrebs – in dieser schwierigen Situation möchte Sie Ihre Krankenkasse unterstützen. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms wollen wir Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden und Ihre Situation zu überblicken. Durch die Teilnahme an diesem Programm werden Sie optimal behandelt, gut informiert und umfassend betreut.

Das Hauptziel im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs ist es, dafür zu sorgen, dass Sie eine auf Ihre individuelle Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Dazu gehört unter anderem auch, dass alle beteiligten Ärzte und Therapeuten sektorenübergreifend reibungslos zusammenarbeiten und Sie optimal behandelt und umfassend betreut werden. Intensive Beratung und umfassende Informationen sollen Sie in die Lage versetzen, die Behandlungsschritte gemeinsam mit Ihrem Arzt des Vertrauens zu besprechen und so aktiv am Behandlungsprozess mitwirken zu können. Weitere Ziele sind die Verbesserung der Versorgungsqualität und Umsetzung einer evidenzbasierten Therapie und Nachsorge.

Die Inhalte des Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft. Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser können nur am Programm teilnehmen, wenn sie die entsprechenden Qualitätsanforderungen erfüllen. Sie verpflichten sich beispielsweise zu regelmäßigen Fortbildungen und zur Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln, mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung der Brustkrebs-Patientinnen ständig zu verbessern.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen des Programms sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Dazu gehört beispielsweise, dass

- der koordinierende Arzt sich vergewissert, dass vor Einleitung der Primärtherapie die Diagnose durch klinische Untersuchung, Röntgenbilder (alternativ: Mammographie) in zwei Ebenen und Gewebeentnahme gesichert wurde,
- Sie nach dem besten gesicherten medizinischen Wissen behandelt werden, z.B. soll der Anteil der brusterhaltenden Operationen gesteigert werden,
- alle an Ihrer Therapie beteiligten Spezialisten reibungslos zusammenarbeiten und dass
- eine strukturierte Nachsorge stattfindet, die Ihnen helfen soll, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden. Die Nachsorge umfasst insbesondere die mindestens halbjährliche körperliche Untersuchung und die jährliche Röntgenuntersuchung der Brust. Sie ist an Ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Darüber hinaus übernimmt Ihr Arzt in den unterschiedlichen Behandlungsphasen die nötige Abstimmung mit Krankenhausärzten, anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Wesentliche Therapiephasen der Brustkrebserkrankung werden im Krankenhaus behandelt, vor allem die Operation, aber häufig erfolgen auch Chemo- und Strahlentherapie im Krankenhaus. Ihr koordinierender Arzt übernimmt für Sie die Einweisung in ein in das DMP vertraglich eingebundenes Krankenhaus. Nach der Behandlung im Krankenhaus werden Sie weiterhin von Ihrem Arzt betreut. Im weiteren Behandlungsprozess prüft Ihr Arzt, ob Sie eine Behandlung durch weitere qualifizierte Spezialisten (z.B. zur Lymphdrainage oder Krankengymnastik) benötigen.

Beratungsgespräche versetzen Sie in die Lage, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken

Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem koordinierenden Arzt über jeden Schritt der Diagnose und Therapie. Ihr behandelnder Arzt berät Sie insbesondere über psychosoziale Hilfsangebote und informiert Sie über Selbsthilfegruppen und weitere spezielle Beratungseinrichtungen. Hierfür sieht das Behandlungsprogramm jeweils ein Intensivgespräch vor der Einweisung in die stationäre Behandlung und nach Entlassung zwischen Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt vor. Daneben werden auch

während der stationären Behandlung Gespräche durch den jeweiligen Krankenhausarzt geführt. Die in den Gesprächen gegebenen Informationen sollen Sie in die Lage versetzen, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken. Auch in der Nachsorgezeit führt Ihr koordinierender Arzt halbjährlich ein zusätzliches Beratungsgespräch mit Ihnen, in dem er Ihren individuellen Nachsorgeplan mit Ihnen bespricht. Darüber hinaus sind auch weitere Beratungsgespräche möglich.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- Ihre Brustkrebserkrankung bzw. das Wiederauftreten der Erkrankung ist eindeutig diagnostiziert, die Diagnosestellung liegt bei Ihnen nicht länger als fünf Jahre zurück, es sei denn, Sie sind zwischenzeitlich wieder erkrankt oder bei Ihnen liegen Fernmetastasen der Brustkrebserkrankung vor, Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung. Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem niedergelassenen Arzt, betreuenden Krankenhausarzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre Teilnahme endet automatisch, wenn fünfeinhalb Jahre nach der Diagnosestellung keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben. Die Teilnahme am Programm kann jedoch auch jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen. Ihre aktive Mitarbeit ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie vorzeitig aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn beispielsweise zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingehen, weil beispielshalber die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse möchte Sie gemeinsam mit den Ärzten Ihres Vertrauens in Ihrem Kampf gegen den Brustkrebs unterstützen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

0308H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

0308H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

030BH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M I I I

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen.

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei koronarer Herzerkrankung sind, dass

- Ihr Herzinfarktrisiko gesenkt,
- die Entwicklung von Herzbeschwerden vermieden wird und
- Ihre Belastungsfähigkeit erhalten bleibt.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören:

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

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Koronare Herzkrankheiten und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen, Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Dabei geht es z. B. um die Blutdruck-Selbstkontrolle, die Interpretation der Werte und die richtigen Folgerungen aus den Messungen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Diabetes mellitus

**zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus**

□ Typ 1

oder

□ Typ 2

Krankenhaus-IK	
----------------	--

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

[illegible]

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M I I I I

--	--	--	--	--	--	--	--

T	T	M	M	I	I	I
---	---	---	---	---	---	---

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele sind:

- Vermeidung typischer Diabetessymptome wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen,
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung),
- Senkung des Schlaganfall- oder Herzinfarktrisikos,
- Vermeidung der Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können,
- Vermeidung von Nervenschädigungen und des diabetischen Fußsyndroms.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Grundlegende Bestandteile der Therapie können sein:

- Ernährungsberatung, Tabakverzicht, vermehrte körperliche Aktivität.
- Je nach Art der Blutzucker senkenden Therapie eine Stoffwechselselbstkontrolle.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören beispielsweise:

- Zur Senkung des Blutzuckers:
Insuline, Glibenclamid (bei nicht übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2) und Metformin (bei übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2)
- Zur Senkung des Blutdrucks:
Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer.
- Zur Beeinflussung des Fettstoffwechsels bei erhöhtem Risiko eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts:
Statine wie Simvastatin, Pravastatin oder Atorvastatin.
- Zur Linderung von Beschwerden, die durch Nervenschädigungen infolge des Diabetes hervorgerufen werden:
Antidepressiva und Antiepileptika, soweit sie hierfür zugelassen sind.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine verein-

baren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten. So ist beispielsweise eine regelmäßige augenärztliche Untersuchung im Programm vorgesehen.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
 - die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
 - Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
 - Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
 - Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.
- Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung Asthma

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für Asthma

050AH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung Asthma

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für Asthma

050AH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung Asthma

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für Asthma

050AH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei Asthma bronchiale sind:

1. Vermeidung/Reduktion von

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle, Exazerbationen = plötzlich auftretende, anhaltende, in der Regel reversible Verschlechterung des Krankheitsbildes bzw. der Ausbruch eines Krankheitsschubes),
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag
- einem Voranschreiten der Krankheit und
- unerwünschten Wirkungen der Therapie
- bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität

2. Reduktion der asthmabedingten Sterblichkeit.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören:

Medikamente zur Dauertherapie:

- inhalative Glukokortikosteroide (zur Basistherapie)
- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (als Erweiterung der Basistherapie)

und in begründeten Fällen:

- systemische Glukokortikosteroide
- Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)

Medikamente der Bedarfstherapie:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)

und in begründeten Fällen:

- kurz wirksame Anticholinergika
- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)
- systemische Glukokortikosteroide (maximal 1 – 2 Wochen)

Medikamente der Bedarfstherapie werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind.

Weitere wichtige Behandlungsbestandteile sind u. a. Schulungen und Informationen, wodurch Sie besser über Ihre individuelle Behandlung mitentscheiden können, die Aufklärung über die Vermeidung von auslösenden Faktoren Ihrer Erkrankung und die Förderung des körperlichen Trainings, sowie die Prüfung einer Hyposensibilisierung bei allergischem Asthma.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
 - die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
 - Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
 - Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
 - Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.
- Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für COPD

OBDAH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

OBDAH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten
Behandlungsprogramm für COPD

OBDAH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei COPD sind:

1. Vermeidung/Reduktion von

- akuten und chronischen Beeinträchtigungen (z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag und
- einem raschen Voranschreiten der Erkrankung

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie

2. Reduktion der COPD-bedingten Sterblichkeit

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen.

Bei COPD gehören zu den vorrangig zu verwendenden Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffen:

Medikamente zur Dauertherapie:

- lang wirksame Anticholinergika
- lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika

und in begründeten Einzelfällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- inhalative Glukokortikosteroide (bei mittelschwerer und schwerer COPD)
- systemische Glukokortikosteroide

Medikamente der Bedarfstherapie:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika
- kurz wirksame Anticholinergika
- Kombination von kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

und in begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)

Medikamente der Bedarfstherapie werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind.

Weitere wichtige Behandlungsbestandteile sind u. a. Schulungen und Informationen, wodurch Sie besser über Ihre individuelle Behandlung mitentscheiden können, die Aufklärung über die Vermeidung von auslösenden Faktoren Ihrer Erkrankung und die Förderung des körperlichen Trainings.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. COPD und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
 - die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
 - Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
 - Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
 - Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.
- Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

- ☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2
- ☐ Koronare Herzkrankheit
- ☐ Asthma oder ☐ COPD

070H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist/sind und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

- ☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2
- ☐ Koronare Herzkrankheit
- ☐ Asthma oder ☐ COPD

070H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist/sind und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

- ☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2
- ☐ Koronare Herzkrankheit
- ☐ Asthma oder ☐ COPD

070H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

[illegible]

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M I I I I

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist/sind und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Diagram illustrating the components of the model:

- Two boxes labeled T and T .
- Two boxes labeled M and M .
- Four boxes labeled I , I , I , and I .

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
Vermeidung von – typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen – Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können – von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom – Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) Senkung Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos	Senkung des Risikos eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden Erhaltung Ihrer Belastungsfähigkeit.	Vermeidung/Reduktion von – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen (bei Asthma) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit – unerwünschten Wirkungen der Therapie Normalisierung (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität Reduktion der Sterblichkeit

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Hierzu gehören z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
– Insulin – Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2) bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)	– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten – ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS)	Medikamente zur Dauertherapie: – Glukokortikosteroide zum Inhalieren – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)	Medikamente zur Dauertherapie vorwiegend: – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – lang wirksame Anticholinergika im Bedarfsfall (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) – kurz wirksame Anticholinergika – eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z.B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Von jeder Dokumentation erhalten Sie zu Ihrer Information einen Ausdruck. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z.B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingehen, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA200EA und SA200FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (vor der 9. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs.

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs vom 21.12.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	31.08.2006
Anzuwenden ab:	01.01.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_____“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 200EA – Erstdokumentation, alter Dokumentationsbogen (vor 9. RSAV, gültig bis 30.06.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200EA
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses
9	Datum des histologischen bzw. des gesicherten Nachweises Datum Erstmanifestation	73	80	8	1	N	JJJJMMTT
10	Datum des histologischen bzw. des gesicherten Nachweises Datum Lokalrezidiv	82	89	8	1	N	JJJJMMTT
11	Fernmetastasen gesichert	91	98	8	1	N	JJJJMMTT
12	1. Art der Sicherung der Diagnose – Feinnadelbiopsie	100	100	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	2. Art der Sicherung der Diagnose – Stanzbiopsie	102	102	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	3. Art der Sicherung der Diagnose – Offene Biopsie	104	104	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	4. Art der Sicherung der Diagnose – Sonstige Biopsie	106	106	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	5. Art der Sicherung der Diagnose – Mammographie	108	108	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

17	6. Art der Sicherung der Diagnose – Sonographie	110	110	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	1. Primär betroffene Mamma – rechts	112	112	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	2. Primär betroffene Mamma – links	114	114	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	3. Primär betroffene Mamma – beidseitig	116	116	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	M	118	118	1	1	N	0 = 0 oder "1" = 1 oder "6" = x oder 9 = „keine Angabe vorhanden“
22	1. Lokalisation der Metastasen - Leber	120	120	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	2. Lokalisation der Metastasen – Lunge	122	122	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	3. Lokalisation der Metastasen – Knochen	124	124	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	4. Lokalisation der Metastasen - andere	126	126	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Menopausenstatus	128	128	1	1	N	1 = prämenopausal oder „2“ = postmenopausal
27	1. Aktueller Behandlungsstatus – präoperativ	130	130	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	2. Aktueller Behandlungsstatus – postoperativ	132	132	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	3. Aktueller Behandlungsstatus – adjuvante Therapie	134	134	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	4. Aktueller Behandlungsstatus – Nachsorge	136	136	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	5. Aktueller Behandlungsstatus – derzeit kein operatives Vorgehen geplant	138	138	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	Statusfeld Ablage Dokumentation	140	140	1	1	N	"1" = Erstdokumentation in der Datenstelle archiviert oder "2" = Erstdokumentation in der Arztpraxis archiviert oder "3" = Erstdokumentation in der Krankenkasse archiviert
33	Ergebnis nach abgeschlossener Primärtherapie	142	142	1	1	N	1 = Vollremission oder "2" = Teilremission oder "3" = no change oder "4" = Progress oder "5" = Therapie noch nicht abgeschlossen
34	1. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – BET	144	144	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	2. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – Mastektomie	146	146	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	3. Art der erfolgten chirurgischen Therapie	148	148	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	pie – Onkoplastische OP						
37	4. Art der erfolgten chirurgischen Therapie - Axilläre Lymphonodektomie	150	150	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	5. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – anderes Vorgehen	152	152	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	6. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – kein operatives Vorgehen	154	154	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	1. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mamma rechts	156	156	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	2. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mamma links	158	158	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	3. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Brustwand rechts	160	160	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	4. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Brustwand links	162	162	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	5. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Lymphabflusswege (supraclavikulär)	164	164	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	6. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mammaria interna	166	166	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	7. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – andere	168	168	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	8. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlen-	170	170	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	therapie - keine						
48	1. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – Anthrazyklinhaltig	172	172	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	2. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – CMF	174	174	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	3. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – andere	176	176	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	4. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie - keine	178	178	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	1. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie - Antiöstrogene	180	180	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	2. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – GNRH-Analoga	182	182	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	3. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Aromatasehemmer	184	184	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	4. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Gestagene	186	186	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	5. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Ovariectomie	188	188	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	6. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – andere	190	190	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	7. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie - keine	192	192	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	1. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – regulär	194	194	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	2. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Tumorprogress	196	196	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	3. Gründe für die	198	198	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo-

	Beendigung der adjuvanten Therapie – Toxizität						gen angekreuzt wurde
62	4. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Ablehnung der Therapie	200	200	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	5. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie - andere	202	202	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	1. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	204	204	1	1	N	1 = ja
65	2. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	206	206	1	1	N	2 = ja, gemeinsam mit Person des Vertrauens oder "3" = nein oder "4" = abgelehnt
66	Dokumentationszeitraum 6 Monate	208	208	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	Wiedervorstellungstermin vereinbart	210	210	1	1	N	1 = nein, plausibler Grund liegt vor oder "2" = ohne Begründung abgelehnt - Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt.
68	Datum Wiedervorstellungstermin	212	219	8	1	N	JJJJMMTT - Feld ist zu übermitteln, sofern ein Datum auf dem Dokumentationsbogen angegeben wurde.
69	1. Komplikationen der OP – keine	221	221	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	2. Komplikationen der OP – Nachblutung	223	223	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	3. Komplikationen der OP – Wundheilungsstörung	225	225	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	4. Komplikationen der OP - andere	227	227	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	Anzahl entfernter Lymphknoten	229	229	1	1	N	1 = 1-9 oder "2" = > 10 oder "3" = keine - Feld ist zu übermitteln, sofern die Anzahl entfernter Lymphknoten auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
74	Anzahl befallener Lymphknoten	231	231	1	1	N	1 = 1-3 oder "2" = > 4 oder "3" = keine - Feld ist zu übermitteln, sofern die Anzahl befallener Lymphknoten auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
75	Tumortyp	233	233	1	1	N	1 = invasiv oder "2" = mikroinvasiv oder "3" = andere - Feld ist zu übermitteln, sofern der Tumortyp auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
76	Rezeptorstatus	235	235	1	1	N	1 = positiv oder "2" = negativ oder "3" = unbekannt - Feld ist zu übermitteln, sofern Rezeptor-

							status auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
77	Resektion	237	237	1	1	N	1 = R0 oder "2" = R1 oder "3" = R2 oder "4" = unbekannt - Feld ist zu übermitteln, sofern die Resektion auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
78	Grading (nach Elston und Ellis)	239	239	1	1	N	1 = 1 oder "2" = 2 oder "3" = 3 oder "4" = nicht beurteilbar - Feld ist zu übermitteln, sofern das Grading auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
79	pT	241	241	1	1	N	0 = 0 oder "1" = 1 oder "2" = 2 oder "3" = 3 oder "4" = 4 oder "5" = ls oder "6" = X - Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt. 9 = „keine Angabe vorhanden“
80	pN	243	243	1	1	N	0 = 0 oder "1" = 1 oder "2" = 2 oder "3" = 3 oder "6" = x - Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt. 9 = „keine Angabe vorhanden“

1 SA 200FA – Folgedokumentation, alter Dokumentationsbogen (vor 9. RSAV, gültig bis 30.06.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200FA
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses
9	Patientin befindet sich zur Zeit in stationärer oder anderweitiger Behandlung	73	73	1	1	AN	J = Ja oder "N" = Nein
10	Primärtherapie abgeschlossen	75	75	1	1	AN	J = Ja oder "N" = Nein
11	Aktueller Tumorstatus	77	77	1	1	N	1 = Vollremission oder "2" = Teilremission oder "3" = no change "4" = Progress
12	1. Lymphödem – rechts	79	79	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	2. Lymphödem – links	81	81	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	3. Lymphödem - kein	83	83	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	Lokalrezidiv	85	85	1	1	AN	J = Ja oder "N" = Nein (54)
16	1. Fernmetastasen – Leber	87	87	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	2. Fernmetastasen – Lunge	89	89	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	3. Fernmetastasen – Knochen	91	91	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	4. Fernmetastasen – andere	93	93	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	5. Fernmetastasen - keine	95	95	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Ende des Follow up	97	97	1	1	N	1 = regulär oder "2" = Wunsch der Patientin oder "3" = andere - Feld ist zu übermitteln, sofern ein

							Ende des Follow up auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
22	Statusfeld Ablage Dokumentation	99	99	1	1	N	"1" = Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert oder "2" = Folgedokumentation in der Arztpraxis oder "3" = Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
23	1. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mamma rechts	101	101	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	2. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mamma links	103	103	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	3. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Brustwand rechts	105	105	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	4. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Brustwand links	107	107	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	5. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Lymphabflusswege (supraclaviculär)	109	109	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	6. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mammaria interna	111	111	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	7. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – andere	113	113	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	8. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie - keine	115	115	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	1. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – Anthrazyklinhaltig	117	117	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	2. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – CMF	119	119	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	3. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – andere	121	121	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	4. Art der ggf. andauernden Chemotherapie keine	123	123	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

35	1. Art der ggf. andauernden Hormontherapie - Antiöstrogene	125	125	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	2. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – GNRH-Analoga	127	127	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	3. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Aromatasehemmer	129	129	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	4. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Gestagene	131	131	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	5. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Ovariectomie	133	133	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	6. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – andere	135	135	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	7. Art der ggf. andauernden Hormontherapie - keine	137	137	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	1. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – regulär	139	139	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	2. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Tumorprogress	141	141	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	3. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Toxizität	143	143	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	4. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Ablehnung der Therapie	145	145	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	5. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – andere	147	147	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	1. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	149	149	1	1	N	1 = ja
48	2. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	151	151	1	1	N	2 = ja, gemeinsam mit Person des Vertrauens oder "3" = nein oder "4" = abgelehnt

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinhessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwestfalen
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA200EN und SA200FN

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (nach der 9. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs.

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs vom 21.12.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	31.08.2006
Anzuwenden ab:	01.01.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_ _ _ _ _“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 200EN – Erstdokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 9. RSAV, gültig ab 01.07.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellen-anzahl	FT Stellen-anzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200EN
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Datum des histologischen bzw. des gesicherten Nachweises - Datum Erstmanifestation	73	80	8	1	N	JJJJMMTT
10	Datum des histologischen bzw. des gesicherten Nachweises - Datum Lokalrezidiv	82	89	8	1	N	JJJJMMTT
11	Fernmetastasen gesichert	91	98	8	1	N	JJJJMMTT
12	1. Art der Sicherung der Diagnose – Feinnadelbiopsie	100	100	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	2. Art der Sicherung der Diagnose – Stanzbiopsie	102	102	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	3. Art der Sicherung der Diagnose – Offene Biopsie	104	104	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	4. Art der Sicherung der Diagnose – Sont-	106	106	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	tige Biopsie						
16	5. Art der Sicherung der Diagnose – Mammographie	108	108	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	6. Art der Sicherung der Diagnose – Sonographie	110	110	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	1. Primär betroffene Mamma – rechts	112	112	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	2. Primär betroffene Mamma – links	114	114	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	3. Primär betroffene Mamma – beidseitig	116	116	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	M	118	118	1	1	N	0 = 0 - "1" = 1 - "6" = x oder 9 = „keine Angabe vorhanden“
22	1. Lokalisation der Metastasen - Leber	120	120	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	2. Lokalisation der Metastasen – Lunge	122	122	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	3. Lokalisation der Metastasen – Knochen	124	124	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	4. Lokalisation der Metastasen - andere	126	126	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Menopausenstatus	128	128	1	1	N	1 = prämenopausal - "2" = postmenopausal
27	1. Aktueller Behandlungsstatus – präoperativ	130	130	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	2. Aktueller Behandlungsstatus – postoperativ	132	132	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	3. Aktueller Behandlungsstatus – adjuvante Therapie	134	134	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	4. Aktueller Behandlungsstatus – Nachsorge	136	136	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	5. Aktueller Behandlungsstatus – derzeit kein operatives Vorgehen geplant	138	138	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	Ergebnis nach abgeschlossener Primärtherapie	140	141	2	1	N	1 = Vollremission - "2" = Teilremission - "3" = no change - "4" = Progress - "5" = Therapie noch nicht abgeschlossen "6" = Vollremission + Therapie noch nicht abgeschlossen "7" = Vollremission + no change "8" = Teilremission + no change "9" = Teilremission + Therapie noch nicht abgeschlossen "10" = no change + Therapie noch nicht abgeschlossen

							"11" = Vollremission + no change + Therapie noch nicht abgeschlossen "12" = Teilremission + no change + Therapie noch nicht abgeschlossen
33	1. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – BET	143	143	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	2. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – Mastektomie	145	145	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	3. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – Onkoplastische OP	147	147	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	4. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – Axilläre Lymphonodektomie	149	149	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	5. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – anderes Vorgehen	151	151	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	6. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – kein operatives Vorgehen	153	153	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	1. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mamma rechts	155	155	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	2. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mamma links	157	157	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	3. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Brustwand rechts	159	159	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	4. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Brustwand links	161	161	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	5. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Lymphabflusswege (supraclavicular)	163	163	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

44	6. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mammaria interna	165	165	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	7. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – andere	167	167	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	8. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie - keine	169	169	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	1. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – Anthrazyklinhaltig	171	171	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	2. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – CMF	173	173	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	3. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – andere	175	175	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	4. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie - keine	177	177	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	1. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie - Antiöstrogene	179	179	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	2. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – GNRH-Analoga	181	181	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	3. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Aromatasehemmer	183	183	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	4. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Gestagene	185	185	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	5. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Ovariectomie	187	187	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	6. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – andere	189	189	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	7. Art der erfolgten	191	191	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo-

	oder andauernden Hormontherapie – keine						gen angekreuzt wurde
58	1. Gründe für die Beendigung der adju- vanten Therapie – regulär	193	193	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
59	2. Gründe für die Beendigung der adju- vanten Therapie – Tumorprogress	195	195	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
60	3. Gründe für die Beendigung der adju- vanten Therapie – Toxizität	197	197	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
61	4. Gründe für die Beendigung der adju- vanten Therapie – Ablehnung der Thera- pie	199	199	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
62	5. Gründe für die Beendigung der adju- vanten Therapie - andere	201	201	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
63	1. Beratung und In- formation über Er- krankung und Thera- pieoption erfolgt	203	203	1	1	N	1 = ja
64	2. Beratung und In- formation über Er- krankung und Thera- pieoption erfolgt	205	205	1	1	N	2 = ja, gemeinsam mit Person des Vertrauens - "3" = nein - "4" = abgelehnt
65	Dokumentationszeit- raum 6 Monate	207	207	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
66	Wiedervorstellungs- termin vereinbart	209	209	1	1	N	1 = nein, plausibler Grund liegt vor - "2" = ohne Begründung abgelehnt - Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen ange- kreuzt.
67	Datum Wiedervorstel- lungstermin	211	218	8	1	N	JJJJMMTT - Feld ist zu übermitteln, sofern ein Datum auf dem Dokumentationsbogen angege- ben wurde.
68	1. Komplikationen der OP – keine	220	220	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
69	2. Komplikationen der OP – Nachblutung	222	222	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
70	3. Komplikationen der OP – Wundheilungs- störung	224	224	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
71	4. Komplikationen der OP - andere	226	226	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
72	Anzahl entfernter Lymphknoten	228	228	1	1	N	1 = 1-9 "2" = > 10 "3" = keine - Feld ist zu übermitteln, sofern die Anzahl entfernter Lymph-

							knoten auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
73	Anzahl befallener Lymphknoten	230	230	1	1	N	1 = 1-3 "2" = > 4 "3" = keine - Feld ist zu übermitteln, sofern die Anzahl befallener Lymphknoten auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
74	Tumortyp	232	232	1	1	N	1 = invasiv - "2" = mikroinvasiv - "3" = andere - Feld ist zu übermitteln, sofern der Tumortyp auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
75	Rezeptorstatus	234	234	1	1	N	1 = positiv - "2" = negativ - "3" = unbekannt - Feld ist zu übermitteln, sofern Rezeptorstatus auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
76	Resektion	236	236	1	1	N	1 = R0, "2" = R1, "3" = R2, "4" = unbekannt- Feld ist zu übermitteln, sofern die Resektion auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
77	Grading (nach Elston und Ellis)	238	238	1	1	N	1 = 1, "2" = 2, "3" = 3, "4" = nicht beurteilbar Feld ist zu übermitteln, sofern das Grading auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
78	pT	240	240	1	1	N	„0“ = 0, „1“ = 1, „2“ = 2, „3“ = 3, „4“ = 4, „5“ = 5 „6“ = X Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt. 9 = „keine Angabe vorhanden“
79	pN	242	242	1	1	N	„0“ = 0, „1“ = 1, „2“ = 2, „3“ = 3, „6“ = x Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt. 9 = „keine Angabe vorhanden“

1 SA 200FN – Folgedokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 9. RSAV, gültig ab 01.07.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200FN
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Patientin befindet sich zur Zeit in stationärer oder anderweitiger Behandlung	73	73	1	1	AN	J = Ja - "N" = Nein
10	Primärtherapie abgeschlossen	75	75	1	1	AN	J = Ja - "N" = Nein
11	Aktueller Tumorstatus	77	77	1	1	N	1 = Vollremission - "2" = Teilremission - "3" = no change - "4" = Progress – „5" = Vollremission + no change - „6" = Teilremission + no change
12	1. Lymphödem – rechts	79	79	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	2. Lymphödem – links	81	81	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	3. Lymphödem - kein	83	83	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	Lokalrezidiv	85	85	1	1	AN	J = Ja - "N" = Nein)
16	1. Femmetastasen – Leber	87	87	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	2. Femmetastasen – Lunge	89	89	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	3. Femmetastasen – Knochen	91	91	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	4. Femmetastasen –	93	93	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo-

Formatiert: Englisch (Großbritannien)

	andere						gen angekreuzt wurde
20	5. Fernmetastasen - keine	95	95	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Ende des Follow up	97	97	1	1	N	1 = regulär - "2" = Wunsch der Patientin - "3" = andere - Feld ist zu übermitteln, sofern ein Ende des Follow up auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
22	1. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mamma rechts	99	99	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	2. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mamma links	101	101	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	3. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Brustwand rechts	103	103	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	4. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Brustwand links	105	105	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	5. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Lymphabflusswege (supraclaviculär)	107	107	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	6. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mammaria interna	109	109	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	7. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – andere	111	111	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	8. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie - keine	113	113	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	1. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – Anthrazyklinhaltig	115	115	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	2. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – CMF	117	117	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	3. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – andere	119	119	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	4. Art der ggf. andauernden Chemotherapie	121	121	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	pie keine						
34	1. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Antiöstrogene	123	123	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	2. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – GNRH-Analoga	125	125	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	3. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Aromatasehemmer	127	127	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	4. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Gestagene	129	129	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	5. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Ovariectomie	131	131	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	6. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – andere	133	133	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	7. Art der ggf. andauernden Hormontherapie - keine	135	135	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	1. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – regulär	137	137	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	2. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Tumorprogress	139	139	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	3. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Toxizität	141	141	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	4. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Ablehnung der Therapie	143	143	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	5. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – andere	145	145	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	1. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	147	147	1	1	N	1 = ja
47	2. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	149	149	1	1	N	2 = ja, gemeinsam mit Person des Vertrauens - "3" = nein - "4" = abgelehnt

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinhessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwestfalen
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA200EB und SA200FB

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (nach der 13. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs.

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs vom 21.12.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	01.12.2006
Anzuwenden ab:	01.07.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_ _ _ _ _“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 200EB– Erstdokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 13. RSAV, gültig ab 01.07.2006)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200EB
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift des Arztes
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Datum der Erstmanifestation des Primärtumors (histologischer Nachweis)	73	80	8	1	N	JJJJMMTT
10	Datum des Nachweises des lokoregionären Rezidivs (histologisch)	82	89	8	1	N	JJJJMMTT
11	Datum der Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (histologischer Nachweis)	91	98	8	1	N	JJJJMMTT
12	Datum der erstmaligen gesicherten Diagnose von Fernmetastasen	100	107	8	1	N	JJJJMMTT
13	betroffene Brust: rechts	109	109	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	betroffene Brust: links	111	111	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	betroffene Brust: beidseits	113	113	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

16	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: Stanzbiopsie	115	115	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: vakuumunterstützte Mammabiopsie	117	117	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: offene Biopsie	119	119	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: Mammographie	121	121	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: Sonographie	123	123	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: andere	125	125	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
22	OP-Planung (aktueller Behandlungsstatus bezgl. operativem Vorgehen)	127	127	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Keine OP-Planung (aktueller Behandlungsstatus bezgl. operativem Vorgehen)	129	129	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	postoperativ (aktueller Behandlungsstatus bezgl. operativem Vorgehen)	131	131	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	BET (Art der erfolgten operativen Therapie)	133	133	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Mastektomie (Art der erfolgten operativen Therapie)	135	135	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (Art der erfolgten operativen Therapie)	137	137	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	Axilläre Lymphonodektomie (Art der erfolgten operativen Therapie)	139	139	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	anderes Vorgehen (Art der erfolgten operativen Therapie)	141	141	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	keine OP (Art der erfolgten operativen Therapie)	143	143	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	pT: Tis	145	145	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

							gen angekreuzt wurde
32	pT:0	147	147	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	pT:1	149	149	2	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	pT:2	151	151	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	pT:3	153	153	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	pT:4	155	155	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	pT:X	157	157	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	pT: keine OP	159	159	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	pN:0	161	161	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	pN:1	163	163	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	pN:2	165	165	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	pN:3	167	167	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	pN:X	169	169	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	pN: keine OP	171	171	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	M:0	173	173	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	M:1	175	175	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	M:X	177	177	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	Grading:1	179	179	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Grading:2	181	181	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Grading:3	183	183	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Grading: unbekannt	185	185	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	Resektionsstatus: R0	187	187	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Resektionsstatus: R1	189	189	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	Resektionsstatus: R2	191	191	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Resektionsstatus: unbekannt	193	193	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Resektionsstatus: keine OP	195	195	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

57	Rezeptorstatus: (Östrogen und /oder Progesteron): positiv	197	197	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Rezeptorstatus: (Östrogen und /oder Progesteron): Negativ	199	199	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Rezeptorstatus: (Östrogen und /oder Progesteron): unbekannt	201	201	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Anzahl der entfernten Lymphknoten: keine	205	205	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Anzahl der entfernten Lymphknoten: Sentinel-Lymphknoten	207	207	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	Anzahl der entfernten Lymphknoten: <10	209	209	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	Anzahl der entfernten Lymphknoten: >10	211	211	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	Anzahl der befallenen Lymphknoten: keine	213	213	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
65	Anzahl der befallenen Lymphknoten: Sentinel-Lymphknoten	215	215	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	Anzahl der befallenen Lymphknoten: 1-3	217	217	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	Anzahl der befallenen Lymphknoten: >4	219	219	8	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	Anzahl der befallenen Lymphknoten: unbekannt	221	221	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	Strahlentherapie: geplant	223	223	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	Strahlentherapie: andauernd	225	225	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	Strahlentherapie: regulär abgeschlossen	227	227	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	Strahlentherapie: vorzeitig beendet	229	229	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	Strahlentherapie: keine	231	231	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	Chemotherapie: geplant	233	233	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
75	Chemotherapie: andauernd	235	235	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
76	Chemotherapie: regulär abgeschlossen	237	237	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
77	Chemotherapie: vorzeitig beendet	239	239	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
78	Chemotherapie: keine	241	241	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

79	endokrine Therapie: geplant	243	243	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
80	endokrine Therapie: andauernd	245	245	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
81	endokrine Therapie: regulär abgeschlossen	247	247	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
82	endokrine Therapie: vorzeitig beendet	249	249	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
83	endokrine Therapie: keine	251	251	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
84	Lokalisation: intramammär	253	253	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
85	Lokalisation: Thoraxwand	255	255	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
86	Lokalisation: Axilla	257	257	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
87	andauernde oder abgeschlossene Therapie: präoperativ	259	259	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
88	andauernde oder abgeschlossene Therapie: Exzision	261	261	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
89	andauernde oder abgeschlossene Therapie: Mastektomie	263	263	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
90	andauernde oder abgeschlossene Therapie: Strahlentherapie	265	265	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
91	andauernde oder abgeschlossene Therapie: Chemotherapie	267	267	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
92	andauernde oder abgeschlossene Therapie: endokrine Therapie	269	269	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
93	andauernde oder abgeschlossene Therapie: anderes Vorgehen	271	271	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
94	andauernde oder abgeschlossene Therapie: keine	273	273	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
95	Lokalisation: Leber	275	275	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
96	Lokalisation: Lunge	277	277	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
97	Lokalisation: Knochen	279	279	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
98	Lokalisation: andere	281	281	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

							gen angekreuzt wurde
99	Therapie: operativ	283	283	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
100	Therapie: Strahlentherapie	285	285	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
101	Therapie: Chemotherapie	287	287	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
102	Therapie: endokrine Therapie	289	289	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
103	Therapie: andere	291	291	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
104	Therapie: keine	293	293	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
105	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: ja	295	295	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
106	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: nein	297	297	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
107	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: Kontraindikation	299	299	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
108	Lymphödem: ja	301	301	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
109	Lymphödem: nein	303	303		1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
110	systematische Tumorschmerztherapie: ja	305	305	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
111	systematische Tumorschmerztherapie: nein	307	307	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
112	systematische Tumorschmerztherapie: nicht erforderlich	309	309	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
113	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: ja	311	311	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
114	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: nein	313	313	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
115	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: abgelehnt	315	315	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

1 SA 200FB – Folgedokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 13. RSAV, gültig ab01.07.2007)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200FB
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Arztunterschrift
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Primärtumor	73	73	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
10	lokoregionäres Rezidiv	75	75	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
11	kontralateraler Brustkrebs	77	77	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
12	Fernmetastasen	79	79	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	adjuvante Therapie abgeschlossen: ja	81	81	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	adjuvante Therapie abgeschlossen: nein	83	83	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	Strahlentherapie: geplant	85	85	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	Strahlentherapie: andauernd	87	87	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	Strahlentherapie: regulär abgeschlossen	89	89	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	Strahlentherapie: vorzeitig beendet	91	91	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	Strahlentherapie: keine	93	93	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	Chemotherapie: geplant	95	95	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Chemotherapie: an-	97	97	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo-

	dauernd						gen angekreuzt wurde
22	Chemotherapie: regulär abgeschlossen	99	99	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Chemotherapie: vorzeitig beendet	101	101	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	Chemotherapie: keine	103	103	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	endokrine Therapie: geplant	105	105	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	endokrine Therapie: andauernd	107	107	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	endokrine Therapie: regulär abgeschlossen	109	109	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	endokrine Therapie: vorzeitig beendet	111	111	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	endokrine Therapie: keine	113	113	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	Datum der Manifestation eines lokoregionären Rezidivs (histologischer Nachweis)	115	122	8	1	N	JJJJMMTT
31	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: nein	124	124	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: intramammär	126	126	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: Thoraxwand	128	128	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: Axilla	130	130	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	Datum der Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (histologischer Nachweis)	132	132	8	1	N	JJJJMMTT
36	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses: nein	134	134	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	Datum der Manifestation von Fernmetastasen (Diagnosesicherung)	136	136	8	1	N	JJJJMMTT
38	Manifestation von Fernmetastasen: nein	138	138	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	Manifestation von Fernmetastasen: Leber	140	140	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	Manifestation von Fernmetastasen:	142	142	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	Lunge						
41	Manifestation von Fernmetastasen-: Knochen	144	144	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	Manifestation von Fernmetastasen: andere	146	146	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	Lymphödem: ja	148	148	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	Lymphödem: nein	150	150	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	aktueller Behandlungsstatus: Vollremission	152	152	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	aktueller Behandlungsstatus: Teilremission	154	154	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	aktueller Behandlungsstatus: no change	156	156	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	aktueller Behandlungsstatus: Progress	158	158	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: präoperativ	160	160	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Exzision	162	162	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Mastektomie	164	164	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Strahlentherapie	166	166	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Chemotherapie	168	168	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

54	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: endokrine Therapie	170	170	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: anderes Vorgehen	172	172	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: keine	174	174	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	Therapie der Fernmetastasen: operativ	176	176	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Therapie der Fernmetastasen: Strahlentherapie	178	178	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Therapie der Fernmetastasen: Chemotherapie	180	180	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Therapie der Fernmetastasen: endokrine Therapie	182	182	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Therapie der Fernmetastasen: andere	184	184	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	Therapie der Fernmetastasen: keine	186	186	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: ja	188	188	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: nein	190	190	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
65	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: Kontraindikation	192	192	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	systematische Tumorschmerztherapie: ja	194	194	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	systematische Tumorschmerztherapie: nein	196	196	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	systematische Tumorschmerztherapie: nicht erforderlich	198	198	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	Mammographie seit letzter Dokumentation	200	200	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	durchgeführt: ja						
70	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt: nein	202	202	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
71	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt: nicht erforderlich	204	204	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
72	Information über psychosoziales Ver- sorgungsangebot: ja	206	206	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
73	Information über psychosoziales Ver- sorgungsangebot: nein	208	208	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde
74	Information über psychosoziales Ver- sorgungsangebot: abgelehnt	210	210	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo- gen angekreuzt wurde

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinhessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwestfalen
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA300EA und SA300FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme bei Koronarer Herzkrankheit.

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Koronarer Herzkrankheit –Version 0.3 - mit Stand vom 01.12.2006
Stand der Satzart:	04.03.2008
Stand der letzten Satzart:	01.02.2008
Anzuwenden ab:	01.04.2007

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_____“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 300EA– Erstdokumentation gültig ab 01.04.2007

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	300EA
2	Disease-Management-Programm	7	7	1	1	A	Es ist „K“ für Koronare Herzkrankheit einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	It. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift des Arztes
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	A	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Geschlecht: männlich	73	73	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
10	Geschlecht: weiblich	75	75	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
11	Diagnosesicherung durch: akutes Koronarsyndrom	77	77	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
12	Diagnosesicherung durch: invasives bildgebenden Verfahren – Koronarangiographie	79	79	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	Diagnosesicherung durch: mind. 90%ige Wahrscheinlichkeit für Vorliegen einer KHK	81	81	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	Belastungs-EKG – ST-Streckensenkung	83	84	2	1	N	Wertangabe in mm ohne Kommazeichen; 2-stellig. übermittelte Angabe ist als Format: x,x zu interpretieren.
15	Diagnosesicherung	86	86	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem

	durch: nicht invasives bildgebendes Verfahren						Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	Keine Durchführung des Belastungs-EKG weil: Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich	88	88	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	Keine Durchführung des Belastungs-EKG weil: physikalisch nicht belastbar	90	90	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	Keine Durchführung des Belastungs-EKG weil: Kontraindikation liegt vor	92	92	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	Angina Pectoris – typisch Grad I	94	94	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	Angina Pectoris – typisch Grad II	96	96	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Angina Pectoris – typisch Grad III	98	98	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
22	Angina Pectoris – typisch Grad IV	100	100	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Angina Pectoris – atypisch	102	102	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	Angina Pectoris – nicht-angiöser Brustschmerz	104	104	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	Angina Pectoris – keine Schmerz-symptomatik	106	106	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Datum seit Diagnose bekannt	108	111	4	1	N	JJJJ – Jahr der Diagnose. Feld wird ausschließlich auf der ED übermittelt
27	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen - keine	113	113	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Hypertonus	115	115	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	117	117	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	bekannte oder neu aufgetretene Begleit-	119	119	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	oder Folgeerkrankungen - symptomatische Herzrhythmusstörungen						
31	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinsuffizienz	121	121	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Diabetes mellitus	123	123	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Fettstoffwechselstörungen	125	125	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	127	127	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	Raucher – ja	129	129	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	Rauchen – nein	131	131	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	Körpergröße	133	135	3	1	N	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
38	Körpergewicht	137	139	3	1	N	Angabe in Kilogramm; im Format: xxx ohne Nachkommastelle
39	Blutdruck systolisch	141	143	3	1	N	Angabe in mmHg, 3-stellig
40	Blutdruck diastolisch	145	147	3	1	N	Angabe in mmHg, 3-stellig
41	Cholesterin, gesamt mg/dl	149	151	3	1	N	Angabe in mg/dl; 3-stellig
42	Cholesterin, gesamt mmol/l	153	155	3	1	N	Angabe in mmol/l; 3-stellig ohne Nachkommastelle. Übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren.
43	Cholesterin, gesamt – nicht untersucht	157	157	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	LDL-Cholesterin mg/dl	159	161	3	1	N	Angabe in mg/dl; 3-stellig
45	LDL-Cholesterin mmol/l	163	165	3	1	N	Angaben in mmol/l, 3-stellig ohne Nachkommastelle. Übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren.
46	LDL-Cholesterin – nicht untersucht	167	167	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

47	erfolgte koronar-therapeutische Intervention - keine	169	169	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	erfolgte koronar-therapeutische Intervention – percutane Intervention	171	171	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	erfolgte koronar-therapeutische Intervention – Bypass-OP	173	173	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	stationär notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	175	176	2	1	N	Angabe 2-stellig
51	nicht stationär notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	178	179	2	1	N	Angabe 2-stellig
52	diagnosespezifische Medikation – ja	181	181	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	diagnosespezifische Medikation – nein	183	183	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	Betablocker – ja	185	185	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Betablocker – nein	187	187	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Betablocker – Kontraindikation	189	189	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	Thrombozytenaggregationshemmer – ja	191	191	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Thrombozytenaggregationshemmer – nein	193	193	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Thrombozytenaggregationshemmer – Kontraindikation	195	195	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Nitrate – ja	197	197	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Nitrate – nein	199	199	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	ACE-Hemmer – ja	201	201	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	ACE-Hemmer – nein	203	203	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	Kalzium-Antagonisten – ja	205	205	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
65	Kalzium-Antagonisten – nein	207	207	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) – ja	209	209	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

67	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) – nein	211	211	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	sonstige diagnose-spezifische Medikation – ja	213	213	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	sonstige diagnose-spezifische Medikation – nein	215	215	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – Diabetes Schulung	217	217	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – Hypertonieschulung	219	219	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – INR-Schulung	221	221	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – andere Schulungen	223	223	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – keine	225	225	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
75	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Diabetes-Schulung	227	227	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
76	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Hypertonie-Schulung	229	229	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
77	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – INR-Schulung	231	231	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
78	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – andere Schulungen	233	233	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
79	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – keine	235	235	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
80	Aufgabe des Tabakkonsums	237	237	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	empfohlen – ja						
81	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen – nein	239	239	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
82	Zielvereinbarung Blutdruck – aktuellen Blutdruck – halten	241	241	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
83	Zielvereinbarung Blutdruck – aktuellen Blutdruck – senken	243	243	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
84	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – ja	245	245	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
85	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – nein	247	247	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

2 SA300FA Folgedokumentation gültig ab 01.04.2007

Feld -Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	300FA
2	Disease-Management-Programm	7	7	1	1	A	Es ist „K“ für Koronare Herzkrankheit einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift des Arztes
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	A	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – keine	73	73	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
10	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Hypertonus	75	75	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
11	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	77	77	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
12	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – symptomatische Herzrhythmusstörungen	79	79	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen –	81	81	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	Herzinsuffizienz						
14	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Diabetes mellitus	83	83	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Fettstoffwechselstörungen	85	85	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	87	87	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	Raucher – ja	89	89	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	Rauchen – nein	91	91	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	Angina pectoris – typisch Grad I	93	93	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	Angina pectoris – typisch Grad II	95	95	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Angina pectoris – typisch Grad III	97	97	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
22	Angina pectoris – typisch Grad IV	99	99	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Angina pectoris – atypisch	101	101	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	Angina pectoris – nicht angioßer Brustschmerz	103	103	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	Angina pectoris – keine Schmerz-symptomatik	105	105	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Herzinsuffizienz – nein	107	107	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	Herzinsuffizienz – ja NYHA I	109	109	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	Herzinsuffizienz – ja NYHA II	111	111	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	Herzinsuffizienz – ja NYHA III	113	113	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	Herzinsuffizienz – ja NYHA IV	115	115	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	Blutdruck systolisch	117	119	3	1	N	Angabe in mmHg, 3-stellig
32	Blutdruck diastolisch	121	123	3	1	N	Angabe in mmHg, 3-stellig
33	Cholesterin, gesamt mg/dl	125	127	3	1	N	Angabe in mg/dl; 3-stellig
34	Cholesterin, gesamt	129	131	3	1	N	Angabe in mmol/l; 3-stellig.

	mmol/l						Übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren
35	Cholesterin, gesamt – nicht untersucht	133	133	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	LDL-Cholesterin mg/dl	135	137	3	1	N	Angabe in mg/dl; 3-stellig
37	LDL-Cholesterin mmol/l	139	141	3	1	N	Angaben in mmol/l, 3-stellig ohne Nachkommastelle. Übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren.
38	LDL-Cholesterin – nicht untersucht	143	143	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	akutes Koronarsyndrom seit letzter Dokumentation – ja	145	145	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	akutes Koronarsyndrom seit letzter Dokumentation – nein	147	147	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention – keine	149	149	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention – Koronarangiographie	151	151	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention – percutane Intervention	153	153	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention – Bypass-OP	155	155	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	stationäre notfallmäßige Behandlungen von KHK	157	157	1	1	N	Anzahl der Behandlungen „0“-„9“
46	nicht-stationäre notfallmäßige Behandlungen von KHK	159	159	1	1	N	Anzahl der Behandlungen „0“-„9“
47	diagnosespezifische Medikation – ja	161	161	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	diagnosespezifische Medikation – nein	163	163	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Betablocker – ja	165	165	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Betablocker – nein	167	167	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Betablocker – Kontraindikation	169	169	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

52	Thrombozytenaggregationshemmer – ja	171	171	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Thrombozytenaggregationshemmer – nein	173	173	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	Thrombozytenaggregationshemmer – Kontraindikation	175	175	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Nitrate – ja	177	177	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Nitrate – nein	179	179	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	ACE-Hemmer – ja	181	181	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	ACE-Hemmer – nein	183	183	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Kalzium-Antagonisten – ja	185	185	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Kalzium-Antagonisten – nein	187	187	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) – ja	189	189	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) – nein	191	191	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	sonstige aktuelle diagnosespezifische Medikation – ja	193	193	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	sonstige aktuelle diagnosespezifische Medikation – nein	195	195	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
65	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Diabetes-Schulung – ja	197	197	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Diabetes-Schulung – nein	199	199	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Diabetes-Schulung war aktuell nicht möglich	201	201	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Hypertonie-Schulung – ja	203	203	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit	205	205	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	letzter Dokumentation) Hypertonie-Schulung – nein						
70	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Hypertonie-Schulung war aktuell nicht möglich	207	207	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) INR-Schulung – ja	209	209	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) INR-Schulung - nein	211	211	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) INR-Schulung war aktuell nicht möglich	213	213	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) -andere Schulungen- ja	215	215	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
75	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) – andere Schulungen – nein	217	217	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
76	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) – andere Schulungen waren aktuell nicht möglich	219	219	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
77	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) – bei letzter Doku- mentation keine Schulung empfohlen	221	221	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
78	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Diabetes Schulung	223	223	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
79	Schulung empfohlen (bei aktueller Doku- mentation) – Hyper- tonie-Schulung	225	225	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

80	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – INR- Schulung	227	227	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
81	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – andere Schulungen	229	229	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
82	Schulung empfohlen (bei aktueller Doku- mentation) – keine	231	231	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
83	Aufgabe des Tabak- konsums empfohlen – ja	233	233	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
84	Aufgabe des Tabak- konsums empfohlen – nein	235	235	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
85	Zielvereinbarung Blutdruck – aktuellen Blutdruckwert halten	237	237	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
86	Zielvereinbarung Blutdruck – aktuellen Blut-druckwert senken	239	239	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
87	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – ja	241	241	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
88	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – nein	243	243	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA100EA und SA100FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (vor der 9. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2 vom 04.11.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	17.07.2006
Anzuwenden ab:	01.01.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_ _ _ _ _“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 100EA – Erstdokumentation, alter Dokumentationsbogen (vor 9. RSAV, gültig bis 30.06.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellen-anzahl	FT Stellen-anzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	100EA
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „M“ für Diabetes mellitus Typ 2 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Messmethodik	63	63	1	1	N	1 = Plasma Venös, "2" = Vollblut Venös, "3" = Plasma kapillär, "4" = Vollblut kapillär
9	Diabetes bekannt seit	65	66	2	1	A	Angabe Jahre 00 bis max. 99 oder "nb" = nicht bekannt
10	Diabetes-typische Symptome vorhanden	68	68	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
11	Messwert Gelegenheits-BZ mmol/l	70	72	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
12	Messwert BZ nüchtern mmol/l	74	76	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
13	Messwert BZ 2h nach oGTT mmol/l	78	80	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
14	Messwert Gelegenheits-BZ mg/dl	82	84	3	1	N	Format:xxx
15	Messwert BZ nüchtern mg/dl	86	88	3	1	N	Format: xxx
16	Messwert BZ 2h nach oGTT mg/dl	90	92	3	1	N	Format: xxx
17	2malige Messung BZ	94	94	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
18	Insulin	96	97	2	1	N	„10“ = ja + intensiviert, "11" = ja + nicht intensiviert, "12" = ja + Pumpe, "13" = ja + intensiviert + Pumpe,

							"14" = ja + nicht intensiviert +Pumpe „20“ = nein
19	Insulinaloga	99	100	2	1	N	gleiche Schlüssel wie im Feld Insulin
20	Glibenclamid	102	103	2	1	N	10 = ja, "11" = Kontraindikation vorhanden, "20" = nein, "21" = nein + Kontraindikation vorhanden
21	Andere Sulfonyl- hamstoffe und deren Derivate	105	106	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
22	Glitazone	108	109	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
23	Glinide	111	112	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
24	Biguanide	114	115	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
25	Glucosidase- Inhibitoren	117	118	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
26	Größe	120	122	3	1	A	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
27	1. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Hyperto- nus	124	124	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
28	2. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Herzinfarkt	126	126	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
29	3. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Schlagan- fall	128	128	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
30	4. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., pAVK	130	130	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
31	5. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Nephropathie	132	132	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
32	6. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Nierenin- suffizienz	134	134	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
33	7. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Retinopathie	136	136	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
34	8. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Blindheit	138	138	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
35	9. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Neuropathie	140	140	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist

36	10. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Fuß	142	142	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
37	11. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Amputation	144	144	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
38	12. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., keine	146	146	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
39	Übergewicht	148	148	1	1	N	1 = BMI: 25-30 kg/m ² oder "2" = BMI: > 30 kg/m ² oder "3" = nein
40	Raucher	150	150	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
41	Gewicht	152	155	4	1	A	Angabe in Kilogramm; übermittelte Angabe ist als Format: xxx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
42	Fußinspektion	157	157	1	1	N	1 = Auffällig oder "2" = Unauffällig
43	Peripherer Pulsstatus	159	160	2	1	N	10 = Auffällig, "11" = Auffällig + Mit- oder Weiter- behandlung erforderlich, "12" = Auffällig + Über- weisung ausgestellt, "13" = Auffällig + Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "20" = Unauffällig, "21" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "22" = Überwei- sung ausgestellt; "23" = Mit- oder Weiterbehand- lung erforderlich + Überweisung ausgestellt
44	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test)	162	163	2	1	N	10 = Auffällig, "11" = Auffällig + Mit- oder Weiter- behandlung erforderlich, "12" = Auffällig + Über- weisung ausgestellt, "13" = Auffällig + Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "20" = Unauffällig, "21" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "22" = Überwei- sung ausgestellt, "23" = Mit- oder Weiterbehand- lung erforderlich + Überweisung ausgestellt
45	Auffälliger Fußstatus	165	165	1	1	N	„1“ = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "2" = Überweisung ausgestellt, "3" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
46	Wagner Klassifikation – rechter Fuß	167	167	1	1	N	„0“ bis „5“ = Grad nach Wagner 0. bis V <u>„9“ = keine Angabe vorhanden</u>
47	Wagner Klassifikation – linker Fuß	169	169	1	1	N	„0“ bis „5“ = Grad nach Wagner 0. bis V <u>„9“ = keine Angabe vorhanden</u>
48	Mikroalbuminurie	171	171	1	1	N	1 = Ja, "2" = Nein, "3" = nicht untersucht, „4“= Ja+Mit-oder Weiterbehandlung erforderlich, „5“= Ja+Überweisung ausgestellt, „6“= Ja+ Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "7" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "8" = Überweisung ausgestellt, "9" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Über- weisung ausgestellt
49	Funduskopie veran- lasst	173	173	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
50	Funduskopie nicht	175	175	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	erforderlich						den ist
51	Funduskopie Status	177	177	1	1	N	1 = unauffällig oder "2" = auffällig, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt
52	Blutdruck systolisch	179	181	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
53	Blutdruck diastolisch	183	185	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
54	HbA1c	187	189	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
55	LDL nicht untersucht	191	191	1	1	N	Wert "1" = nicht untersucht, sofern Feld auf dem Doku-Bogen angekreuzt wurde.
56	Messwert LDL mmol/l	193	195	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
57	Messwert LDL mg/dl	197	199	3	1	N	Format: xxx
58	Gesamt-Cholesterin nicht untersucht	201	201	1	1	N	Wert "1" = nicht untersucht, sofern Feld auf dem Doku-Bogen angekreuzt wurde
59	Messwert Gesamt-Cholesterin mmol/l	203	205	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
60	Messwert Gesamt-Cholesterin mg/dl	207	209	3	1	N	Format: xxx
61	Retinopathie	211	211	1	1	N	1 = Retinopathie ja oder "2" = Retinopathie nein, sofern auf Doku-Bogen angekreuzt
62	Nicht-stat. notfallm. Beh. von Hyper-/Hypoglykämien in letzten 12 M.	213	214	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
63	Vollstationär wg. Hyper-/Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten	216	217	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
64	Nicht-stat. notfallm. Beh. Diab./Diab. ass. Erkr. in letzten 12 M.	219	220	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
65	Vollstationär wg. Diab./Diab. ass. Erkr. in den letzten 12 Monaten	222	223	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
66	Lasertherapie	225	225	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
67	Medikamentöse Fettstoffwechseltherapie	227	227	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
68	Antihypertensive medikamentöse Therapie	229	229	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
69	1. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Diabetische Fußambulanz	231	231	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
70	2. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl.	233	233	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	Augenarzt						
71	3. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Akut-stationär	235	235	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
72	4. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Reha	237	237	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
73	5. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. nicht erforderlich	239	239	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
74	6. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Diabetologe	241	241	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
75	7. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Internist	243	243	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
76	8. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Neurologe	245	245	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
77	9. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Chirurg	247	247	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
78	10. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Orthopäde	249	249	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
79	11. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Nephrologe	251	251	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
80	12. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Sonstige	253	253	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
81	Dokumentationszeitraum	255	255	1	1	N	3 = 3 Monate oder "6" = 6 Monate
82	Diabetes-Schulung bereits vor DMP Einschreibung absolviert	257	257	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
83	Diabetes-Schulung bereits vor DMP Einschreibung absolviert – Angabe der Anzahl der Jahre	259	260	2	1	N	Zeitspanne in Jahren.Format JJ.
84	Diabetes-Schulung veranlasst	262	262	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
85	Diabetes-Schulung nicht erforderlich	264	264	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
86	Diabetes-Schulung aktuell nicht möglich (plausibler Grund liegt vor)	266	266	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
87	Diabetes-Schulung nicht wahrgenommen (plausibler Grund liegt vor)	268	268	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	vor)						
88	Diabetes-Schulung ohne Begründung abgelehnt	270	270	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
89	Hypertonie-Schulung bereits vor DMP Einschreibung absolviert	272	272	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
90	Hypertonie-Schulung bereits vor DMP Einschreibung absolviert – Angabe der Anzahl der Jahre	274	275	2	1	N	Zeitspanne in Jahren.Format JJ. Feld kann ausschließlich im Falle der Erstdokumentation gefüllt werden.
91	Hypertonie-Schulung veranlasst	277	277	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
92	Hypertonie-Schulung nicht erforderlich	279	279	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
93	Hypertonie-Schulung aktuell nicht möglich (plausibler Grund liegt vor)	281	281	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
94	Hypertonie-Schulung nicht wahrgenommen (plausibler Grund liegt vor)	283	283	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
95	Hypertonie-Schulung ohne Begründung abgelehnt	285	285	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
96	Raucherentwöhnung empfohlen	287	287	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
97	Ernährungsberatung empfohlen	289	289	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
98	Vereinbarter HbA1c-Zielwert	291	293	3	1	N	übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
99	Vereinbarter Ziel-Blutdruck systolisch	295	297	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
100	Vereinbarter Ziel-Blutdruck diastolisch	299	301	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0

1 SA 100FA – Folgedokumentation, alter Dokumentationsbogen (vor 9. RSAV, gültig bis 30.06.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	100FA
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „M“ für Diabetes mellitus Typ 2 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift (Arzt)	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der <u>ersten</u> Unterschrift Arzt (<u>ursprüngliches Unterschriftsdatum</u>)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	1. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Hypertonus	63	63	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
9	2. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Herzinfarkt	65	65	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
10	3. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Schlaganfall	67	67	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
11	4. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., pAVK	69	69	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
12	5. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Nephropathie	71	71	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
13	6. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Niereninsuffizienz	73	73	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
14	7. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Retinopathie	75	75	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
15	8. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Blindheit	77	77	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
16	9. Anamn. neu auf-	79	79	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

Gelöscht: letzten

	getr. Begleit-/ Fol- geerkr., diab. Neuro- pathie						den ist
17	10. Anamn. neu auf- getr. Begleit-/ Fol- geerkr., diab. Fuß	81	81	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
18	11. Anamn. neu auf- getr. Begleit-/ Fol- geerkr., Amputation	83	83	1	1		Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
19	12. Anamn. neu auf- getr. Begleit-/ Fol- geerkr., keine	85	85	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
20	Übergewicht	87	87	1	1	N	1 = BMI: 25-30 kg/m ² oder "2" = BMI: > 30 kg/m ² oder "3" = nein
21	Raucher	89	89	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
22	Gewicht	91	94	4	1	A	in Kilogramm; übermittelte Angabe ist als Format: xxx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
23	Diabetes bedingte Symptome (z.B. Poly- urie, Polydipsie, Mü- digkeit)	96	96	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
24	Nicht-stat. notfallm. Beh. von Hyper- /Hypoglykämien in letzten 12 M.	98	99	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
25	Vollstationär. wg. Hyper-/Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten	101	102	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
26	Nicht-stat. notfallm. Beh. Diab./Diab. ass. Erkr. in letzten 12 M.	104	105	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
27	Vollstationär wg. Diab./Diab. ass. Erkr. in den letzten 12 Monaten	107	108	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
28	Lasertherapie	110	110	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
29	Fußinspektion	112	112	1	1	N	1 = Auffällig oder "2" = Unauffällig
30	Peripherer Pulsstatus	114	115	2	1	N	10 = Auffällig, "11" = Auffällig + Mit- oder Weiter- behandlung erforderlich, "12" = Auffällig + Über- weisung ausgestellt, "13" = Auffällig + Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "20" = Unauffällig, "21" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "22" = Überwei- sung ausgestellt; "23" = Mit- oder Weiterbehand- lung erforderlich + Überweisung ausgestellt
31	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test)	117	118	2	1	N	10 = Auffällig, "11" = Auffällig + Mit- oder Weiter- behandlung erforderlich, "12" = Auffällig + Über- weisung ausgestellt, "13" = Auffällig + Mit- oder

							Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "20" = Unauffällig, "21" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "22" = Überweisung ausgestellt, "23" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
32	Auffälliger Fußstatus	120	120	1	1	N	1 = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "2" = Überweisung ausgestellt, "3" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
33	Wagner Klassifikation – rechter Fuß	122	122	1	1	N	„0“ bis „5“ = Grad nach Wagner 0. bis V <u>„9“ = keine Angabe vorhanden</u>
34	Wagner Klassifikation – linker Fuß	124	124	1	1	N	„0“ bis „5“ = Grad nach Wagner 0. bis V <u>„9“ = keine Angabe vorhanden</u>
35	Mikroalbuminurie	126	126	1	1	N	1 = Ja, "2" = Nein, "3" = nicht untersucht, „4“= Ja+Mit-oder Weiterbehandlung erforderlich, „5“= Ja+Überweisung ausgestellt, „6“= Ja+ Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "7" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "8" = Überweisung ausgestellt, "9" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
36	Funduskopie veranlasst	128	128	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
37	Funduskopie nicht erforderlich	130	130	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
38	Funduskopie Status	132	132	1	1	N	1 = unauffällig oder "2" = auffällig, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt
39	Blutdruck systolisch	134	136	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
40	Blutdruck diastolisch	138	140	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
41	HbA1c	142	144	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
42	LDL nicht untersucht	146	146	1	1	N	Wert "1" = nicht untersucht, sofern Feld auf dem Doku-Bogen angekreuzt wurde.
43	Messwert LDL mmol/l	148	150	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
44	Messwert LDL mg/dl	152	154	3	1	N	Format: xxx
45	Gesamt-Cholesterin nicht untersucht	156	156	1	1	N	Wert "1" = nicht untersucht, sofern Feld auf dem Doku-Bogen angekreuzt wurde
46	Messwert Gesamt-Cholesterin mmol/l	158	160	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
47	Messwert Gesamt-Cholesterin mg/dl	162	164	3	1	N	Format: xxx
48	Retinopathie	166	166	1	1	N	1 = Retinopathie ja oder "2" = Retinopathie nein, sofern auf Doku-Bogen angekreuzt
49	Medikationsänderung seit der letzten Dokumentation	168	168	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
50	Medikamentöse Fettstoffwechseltherapie	170	170	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

51	Antihypertensive medikamentöse Therapie	172	172	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
52	Insulin	174	175	2	1	N	„10“ = ja + intensiviert, „11“ = ja + nicht intensiviert, „12“ = ja + Pumpe, „13“ = ja + intensiviert + Pumpe, „14“ = ja + nicht intensiviert + Pumpe, „20“ = nein
53	Insulinanaloga	177	178	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Insulin“
54	Glibenclamid	180	181	2	1	N	„10“ = ja, „11“ = Kontraindikation vorhanden, „20“ = nein, „21“ = nein + Kontraindikation vorhanden
55	Andere Sulfonylharnstoffe und deren Derivate	183	184	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
56	Glitazone	186	187	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
57	Glinide	189	190	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
58	Biguanide	192	193	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
59	Glucosidase-Inhibitoren	195	196	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
60	1. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Diabetische Fußambulanz	198	198	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
61	2. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Augenarzt	200	200	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
62	3. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Akut-stationär	202	202	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
63	4. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Reha	204	204	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
64	5. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. nicht erforderlich	206	206	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
65	6. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Diabetologe	208	208	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
66	7. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Internist	210	210	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
67	8. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Neurologe	212	212	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
68	9. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Chirurg	214	214	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

69	10. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Orthopäde	216	216	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
70	11. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Nephrologe	218	218	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
71	12. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Sonstige	220	220	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
72	Dokumentationszeit- raum	222	222	1	1	N	3 = 3 Monate oder "6" = 6 Monate
73	Diabetes-Schulung durchgeführt	224	224	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
74	Diabetes-Schulung veranlasst	226	226	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
75	Diabetes-Schulung nicht erforderlich	228	228	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
76	Diabetes-Schulung aktuell nicht möglich (plausibler Grund liegt vor)	230	230	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
77	Diabetes-Schulung nicht wahrgenommen (plausibler Grund liegt vor)	232	232	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
78	Diabetes-Schulung ohne Begründung abgelehnt	234	234	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
79	Hypertonie-Schulung durchgeführt	236	236	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
80	Hypertonie-Schulung veranlasst	238	238	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
81	Hypertonie-Schulung nicht erforderlich	240	240	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
82	Hypertonie-Schulung aktuell nicht möglich (plausibler Grund liegt vor)	242	242	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
83	Hypertonie-Schulung nicht wahrgenommen (plausibler Grund liegt vor)	244	244	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
84	Hypertonie-Schulung ohne Begründung abgelehnt	246	246	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
85	Raucherentwöhnung empfohlen	248	248	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
86	Ernährungsberatung empfohlen	250	250	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
87	neu vereinbarter HbA1c-Zielwert	252	254	3	1	N	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt

88	Zielwert HbA1c nicht erreicht	256	256	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
89	Zielwert HbA1c innerhalb von 6 Monaten nicht erreicht	258	258	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
90	Überweisung HbA1c ausgestellt	260	260	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
91	neu vereinbarter Ziel-Blutdruck systolisch	262	264	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
92	Vereinbarter Ziel-Blutdruck diastolisch	266	268	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
93	Vorheriger Zielwert Blutdruck nicht erreicht	270	270	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
94	Zielwert Blutdruck innerhalb von 6 Monaten nicht erreicht	272	272	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
95	Überweisung ausgestellt	274	274	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinhessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwestfalen
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA100EN und SA100FN

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (nach der 9. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2 vom 04.11.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	17.07.2006
Anzuwenden ab:	01.01.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_ _ _ _ _“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 100EN – Erstdokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 9. RSAV, gültig ab 01.07.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	100EN
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „M“ für Diabetes mellitus Typ 2 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift (Arzt)	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Diagnose bekannt seit	63	66	4	1	N	Angabe des Jahres im Format JJJJ
9	Diagnosespezifische Medikation	68	68	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist.
10	BZ-Messungen - einmalige Messung	70	70	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
11	BZ-Messungen - zwei- oder mehrfache Messung	72	72	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
12	BZ-Messungen - oGTT	74	74	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
13	BZ-Wert - nüchtern (Plasma venös oder kapillär)	76	76	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
14	BZ-Wert - nüchtern (Vollblut venös oder kapillär)	78	78	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
15	BZ-Wert - postprandial/oGTT (Plasma venös oder Vollblut kapillär)	80	80	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
16	BZ-Wert - postprandial/oGTT (Plasma kapillär)	82	82	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
17	BZ-Wert - postprandial/oGTT (Vollblut venös)	84	84	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

18	Diabetestypische Symptome vorhanden	86	86	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
19	Bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – keine	88	88	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
20	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Schlaganfall	90	90	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
21	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Blindheit	92	92	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
22	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Hypertonus	94	94	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
23	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – pAVK	96	96	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
24	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Neuropathie	98	98	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
25	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Fettstoffwechselstörung	100	100	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
26	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Nephropathie	102	102	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
27	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Fuß	104	104	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
28	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – KHK	106	106	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
29	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Nierenersatztherapie	108	108	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
30	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Amputation	110	110	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
31	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	112	112	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
32	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Retinopathie	114	114	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
33	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	116	116	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

34	Raucher	118	118	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
35	Körpergröße	120	122	3	1	N	Angabe in Centimetern; ohne Kommazeichen
36	Körpergewicht	124	126	3	1	N	Angabe in kg; ohne Kommazeichen
37	Peripherer Pulsstatus - nicht erhoben	128	128	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
38	Peripherer Pulsstatus - unauffällig	130	130	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
39	Peripherer Pulsstatus - auffällig	132	132	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
40	Peripherer Pulsstatus - Überweisung aus- gestellt	134	134	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
41	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test) - nicht durchgeführt	136	136	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
42	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test) - un- auffällig	138	138	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
43	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test) - auffäl- lig	140	140	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
44	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test) - Ü- berweisung aus- gestellt	142	142	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
45	Blutdruck systolisch	144	146	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
46	Blutdruck diastolisch	148	150	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
47	HbA1c	152	154	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
48	HbA1c - oberer Normwert des Labors	156	158	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
49	Serum Kreatinin in µmol/l	160	162	3	1	A	in µmol/l 3stellig mit führender 0
50	Serum Kreatinin in mg/dl	164	166	3	1	A	Angabe in mg/dl; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
51	Serum Kreatinin nicht untersucht	168	168	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
52	Fußstatus - nicht erhoben	170	170	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
53	Fußstatus - unauffällig	172	172	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
54	Fußstatus - auffällig	174	174	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

55	Fußstatus - rechts	176	176	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
56	Fußstatus - links	178	178	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
57	Wagner Klassifikation 0	180	180	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
58	Wagner Klassifikation I	182	182	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
59	Wagner Klassifikation II	184	184	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
60	Wagner Klassifikation III	186	186	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
61	Wagner Klassifikation IV	188	188	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
62	Wagner Klassifikation V	190	190	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
63	Armstrong Klassifikation A	192	192	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
64	Armstrong Klassifikation B	194	194	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
65	Armstrong Klassifikation C	196	196	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
66	Armstrong Klassifikation D	198	198	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
67	Osteoarthropathie rechts	200	200	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
68	Osteoarthropathie links	202	202	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
69	Überweisung ausgestellt	204	204	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
70	Einweisung veranlasst	206	206	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
71	Diabetesbedingte retinale Lasertherapie	208	208	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
72	Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten	210	211	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 00 bis 99 sind
73	Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hypoglykämischer Entgleisungen in den letzten 12 Monaten	213	214	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 00 bis 99 sind möglich
74	Glibenclamid – Ja	216	216	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
75	Glibenclamid – Nein	218	218	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
76	Glibelclamid - Kontraindikation	220	220	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
77	Metformin – Ja	222	222	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
78	Metformin – Nein	224	224	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

							ist
79	Metformin - Kontraindikation	226	226	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
80	Glucosidase-Inhibitoren – Ja	228	228	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
81	Glucosidase-Inhibitoren – Nein	230	230	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
82	Glucosidase-Inhibitoren - Kontraindikation	232	232	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
83	Andere Sulfonylharnstoffe und – analoge (einschl. Glinide) – Ja	234	234	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
84	Andere Sulfonylharnstoffe und – analoge (einschl. Glinide) – Nein	236	236	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
85	Andere Sulfonylharnstoffe und – analoge (einschl. Glinide) - Kontraindikation	238	238	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
86	Glitazone – Ja	240	240	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
87	Glitazone – Nein	242	242	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
88	Glitazone - Kontraindikation	244	244	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
89	Insulin - Nein	246	246	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
90	Insulin – intensiviert	248	248	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
91	Insulin – nicht intensiviert	250	250	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
92	Insulin-Analoga - Nein	252	252	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
93	Insulin-Analoga – intensiviert	254	254	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
94	Insulin-Analoga – nicht intensiviert	256	256	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
95	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	258	258	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
96	Antihypertensive medikamentöse Therapie	260	260	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
97	Thrombozytenaggregationshemmer	262	262	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
98	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	264	264	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
99	Ernährungsberatung	266	266	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. „N“ einzutragen, sofern dieses

	empfohlen						vorhanden ist
100	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: halten	268	268	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
101	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: senken	270	270	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
102	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: anheben	272	272	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
103	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: halten	274	274	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
104	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: senken	276	276	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
105	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - durchgeführt	278	278	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
106	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - nicht durchgeführt	280	280	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
107	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - veranlasst	282	282	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
108	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - nein	284	284	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
109	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - diab. Fußambu- lanz/Einrichtung	286	286	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
110	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - diabetologisch qualifi- zierte/r Arzt/Einrichtung	288	288	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
111	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - akut-stationär	290	290	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
112	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - Reha	292	292	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
113	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - sonstige	294	294	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

114	Dokumentationsinter- vall - quartalsweise	296	296	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
115	Dokumentationsinter- vall - jedes zweite Quartal	298	298	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
116	Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behand- lungsprogramm wahr- genommen – Diabe- tes-Schulung	300	300	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
117	Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behand- lungsprogramm wahr- genommen - Hyperto- nie-Schulung	302	302	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
118	Schulung bereits vor Einschreibung in das struturierte Behand- lungsprogramm wahr- genommen - keine	304	304	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
119	Schulung empfohlen - Diabetes-Schulung	306	306	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
120	Schulung empfohlen - Hypertonie-Schulung	308	308	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
121	Schulung empfohlen – keine	310	310	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

1 SA 100FN – Folgedokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 9. RSAV, gültig ab 01.07.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	100FN
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „M“ für Diabetes mellitus Typ 2 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift (Arzt)	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der <u>ersten</u> Unterschrift Arzt (<u>ursprüngliches Unterschriftsdatum</u>)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – keine	63	63	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
9	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Schlaganfall	65	65	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
10	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Blindheit	67	67	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
11	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Hypertonus	69	69	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
12	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – pAVK	71	71	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
13	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Neuropathie	73	73	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
14	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Fettstoffwechselstörung	75	75	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
15	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeer-	77	77	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

Gelöscht: letzten

	krankungen – Nephropathie						
16	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Fuß	79	79	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
17	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – KHK	81	81	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
18	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Nierenersatztherapie	83	83	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
19	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Amputation	85	85	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
20	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	87	87	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
21	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Retinopathie	89	89	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
22	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	91	91	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
23	Raucher	93	93	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
24	Diabetestypische Symptome vorhanden	95	95	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
25	Diabetesbedingte retinale Lasertherapie	97	97	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
26	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation	99	100	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 00 bis 99 sind möglich
27	Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hypoglykämischer Entgleisungen seit der letzten Dokumentation	102	102	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich
28	Körpergewicht	104	106	3	1	N	Angabe in kg; ohne Kommazeichen
29	Peripherer Pulsstatus - nicht erhoben	108	108	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
30	Peripherer Pulsstatus - unauffällig	110	110	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
31	Peripherer Pulsstatus - auffällig	112	112	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
32	Peripherer Pulsstatus - Überweisung ausgestellt	114	114	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

33	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test) - nicht durchgeführt	116	116	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
34	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test) - un- auffällig	118	118	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
35	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test) - auffäl- lig	120	120	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
36	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test) - Ü- berweisung ausge- stellt	122	122	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
37	Blutdruck systolisch	124	126	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
38	Blutdruck diastolisch	128	130	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
39	HbA1c	132	134	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
40	HbA1c - oberer Normwert des Labors	136	138	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
41	Serum Kreatinin in µmol/l	140	142	3	1	A	in µmol/l 3stellig mit führender 0
42	Serum Kreatinin in mg/dl	144	146	3	1	A	Angabe in mg/dl; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
43	Serum Kreatinin nicht untersucht	148	148	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
44	Fußstatus - nicht erhoben	150	150	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
45	Fußstatus - unauffällig	152	152	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
46	Fußstatus - auffällig	154	154	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
47	Fußstatus - rechts	156	156	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
48	Fußstatus - links	158	158	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
49	Wagner Klassifikation 0	160	160	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
50	Wagner Klassifikation I	162	162	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
51	Wagner Klassifikation II	164	164	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
52	Wagner Klassifikation III	166	166	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
53	Wagner Klassifikation	168	168	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor-

	IV						handen ist
54	Wagner Klassifikation V	170	170	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
55	Armstrong Klassifikation A	172	172	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
56	Armstrong Klassifikation B	174	174	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
57	Armstrong Klassifikation C	176	176	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
58	Armstrong Klassifikation D	178	178	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
59	Osteoarthropathie rechts	180	180	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
60	Osteoarthropathie links	182	182	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
61	Überweisung ausgestellt	184	184	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
62	Einweisung veranlasst	186	186	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
63	Diagnosespezifische Medikation	188	188	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
64	Glibenclamid – Ja	190	190	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
65	Glibenclamid – Nein	192	192	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
66	Glibenclamid - Kontraindikation	194	194	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
67	Metformin – Ja	196	196	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
68	Metformin – Nein	198	198	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
69	Metformin - Kontraindikation	200	200	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
70	Glucosidase-Inhibitoren – Ja	202	202	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
71	Glucosidase-Inhibitoren – Nein	204	204	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
72	Glucosidase-Inhibitoren - Kontraindikation	206	206	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
73	Andere Sulfonylharnstoffe und – analoge (einschl. Glinide) – Ja	208	208	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
74	Andere Sulfonylharnstoffe und – analoge (einschl. Glinide) – Nein	210	210	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
75	Andere Sulfonylharnstoffe und – analoge (einschl.	212	212	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	Glinide) - Kontraindikation						
76	Glitazone – Ja	214	214	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
77	Glitazone – Nein	216	216	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
78	Glitazone - Kontraindikation	218	218	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
79	Insulin - Nein	220	220	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
80	Insulin – intensiviert	222	222	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
81	Insulin – nicht intensiviert	224	224	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
82	Insulin-Analoga - Nein	226	226	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
83	Insulin-Analoga – intensiviert	228	228	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
84	Insulin-Analoga – nicht intensiviert	230	230	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
85	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	232	232	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
86	Antihypertensive medikamentöse Therapie	234	234	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
87	Thrombozytenaggregationshemmer	236	236	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
88	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	238	238	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
89	Ernährungsberatung empfohlen	240	240	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
90	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: halten	242	242	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
91	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: senken	244	244	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
92	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: anheben	246	246	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
93	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: halten	248	248	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
94	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: senken	250	250	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
95	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - durchgeführt	252	252	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
96	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	254	254	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	- nicht durchgeführt						
97	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - veranlasst	256	256	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
98	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - nein	258	258	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
99	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - diab. Fußambu- lanz/Einrichtung	260	260	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
100	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - diabetologisch qualifi- zierte/r Arzt/Einrichtung	262	262	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
101	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - akut-stationär	264	264	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
102	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - Reha	266	266	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
103	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - sonstige	268	268	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
104	Dokumentationsinter- vall - quartalsweise	270	270	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
105	Dokumentationsinter- vall - jedes zweite Quartal	272	272	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
106	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Diabetes-Schulung: ja	274	274	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
107	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Diabetes-Schulung: nein	276	276	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
108	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Diabetes-Schulung: war aktuell nicht mög- lich	278	278	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist

109	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Hypertonie- Schulung: ja	280	280	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
110	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Hypertonie - Schulung: nein	282	282	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
111	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Hypertonie - Schulung: war aktuell nicht möglich	284	284	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
112	Bei letzter Dokumen- tation keine Schulung empfohlen	286	286	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
113	Schulung empfohlen (bei aktueller Doku- mentation) - Diabetes- Schulung	288	288	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
114	Schulung empfohlen (bei aktueller Doku- mentation) - Hyperto- nie-Schulung	290	290	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist
115	Schulung empfohlen (bei aktueller Doku- mentation) - keine	292	292	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor- handen ist

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinhessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwestfalen
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA400EA und SA400FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes Mellitus Typ 1.

Grundlage: Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 1 vom 0x.xx.200x

gemäß Version 02 des Anhang 4 zur Technischen Anlage mit Stand vom 01.12.2005

Stand der Satzart: 11.08.2008

Stand der letzten Satzart: 06.08.2008

Anzuwenden ab: 01.01.2008

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_____“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 400EA– Erstdokumentation gültig ab 01.01.2008

Feld -Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellen -anzahl	FT Stellen -anzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	400EA
2	Disease-Management-Programm	7	7	1	1	A	Es ist „T“ für Diabetes Mellitus Typ 1 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift des Arztes
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	A	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskenn-zeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Datum Diagnose bekannt seit	73	76	4	1	N	JJJJ – Jahr der Diagnose. Feld wird ausschließlich auf der ED übermittelt
10	Insulin-/Insulin-Analoga-Therapie - ja	78	78	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
11	Insulin-/Insulin - Analoga-Therapie - nein	80	80	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
12	Diabetes-typische Symptome vorhanden - ja	82	82	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	Diabetes-typische Symptome vorhanden - nein	84	84	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – keine	86	86	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Schlaganfall	88	88	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Blindheit	90	90	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen –	92	92	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	Hypertonus						
18	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – pAVK	94	94	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Neuropathie	96	96	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen Fettstoffwechselstörung	98	98	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Nephropathie	100	100	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
22	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Fuß	102	102	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – KHK	104	104	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Nierenersatztherapie	106	106	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Amputation	108	108	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	110	110	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – proliferative Retinopathie	112	112	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	114	114	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	Raucher – ja	116	116	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	Raucher - nein	118	118	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	geplante bzw. bestehende Schwangerschaft	120	120	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	Körpergröße	122	124	3	1	N	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
33	Körpergewicht	126	128	3	1	N	Angabe in Kilogramm ohne Nachkommastelle (bei 2-stelligen Angaben mit vorangestellter Null)

34	Bei Kindern und Jugendlichen: altersgerechte körperliche Entwicklung - unauffällig	130	130	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	Bei Kindern und Jugendlichen: altersgerechte körperliche Entwicklung - auffällig	132	132	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	Peripherer Pulsstatus - nicht erhoben	134	134	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	Peripherer Pulsstatus – unauffällig	136	136	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	Peripherer Pulsstatus - auffällig	138	138	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	Peripherer Pulsstatus - Überweisung ausgestellt	140	140	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - nicht durchgeführt	142	142	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - unauffällig	144	144	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - auffällig	146	146	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - Überweisung ausgestellt	148	148	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	Fußstatus - nicht erhoben	150	150	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	Fußstatus - unauffällig	152	152	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	Fußstatus - auffällig	154	154	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	Bei auffälligem Fußstatus - rechts	156	156	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	Bei auffälligem Fußstatus - links	158	158	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Osteoarthropathie - rechts	160	160	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Osteoarthropathie - links	162	162	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Wagner Klassifikation 0	164	164	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	Wagner Klassifikation I	166	166	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Wagner Klassifikation II	168	168	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

54	Wagner Klassifikation III	170	170	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Wagner Klassifikation IV	172	172	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Wagner Klassifikation V	174	174	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	Armstrong Klassifikation A	176	176	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Armstrong Klassifikation B	178	178	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Armstrong Klassifikation C	180	180	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Armstrong Klassifikation D	182	182	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Überweisung ausgestellt	184	184	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	Einweisung veranlasst	186	186	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	Blutdruck - systolisch	188	190	3	1	N	In mmHg 3stellig mit führender 0
64	Blutdruck - diastolisch	192	194	3	1	N	In mmHg 3stellig mit führender 0
65	HbA1c	196	198	3	1	N	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
66	HbA1c - oberer Normwert des Labors	200	202	3	1	N	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
67	Serum Kreatinin in µmol/l	204	206	3	1	N	in µmol/l; mit vorangestellter „0“
68	Serum Kreatinin in mg/dl	208	210	3	1	N	in mg/dl mit vorangestellter "0"; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
69	Serum Kreatinin nicht untersucht	212	212	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung - nicht untersucht	214	214	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung - ja	216	216	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	Pathologische Urin-Albun-Ausscheidung - nein	218	218	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	Überweisung ausgestellt	220	220	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten	222	223	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte „0 bis 99“ sind möglich

INTER-FORUM Data Services GmbH * Sommerfelder Straße 120 * 04316 Leipzig

1234501



Dr. DM2 Hans Mustermann
Dr. DM1-Partner1 MustermannP1
Dr. DM2-Partner2 MustermannP2
Dr. KHK-Partner3 MustermannP3
Musterweg 12
01234 Musterhausen



20.12.2010

Disease-Management-Programme - Verarbeitungsstand Ihrer Daten

Sehr geehrte Damen und Herren,

um Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung der von Ihnen gelieferten Teilnahme- und Einwilligungs-
erklärungen und Dokumentationen zu geben, übersenden wir Ihnen regelmäßig Informationen über
den Bearbeitungsstand. Es sind nur für Sie zutreffende Anlagen diesem Schreiben beigelegt.

- „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ Ihrer Datenlieferung **mit der Bitte um Unterzeichnung und kurzfristiger Rücksendung an uns.**
- Die in der Anlage „Kontoauszug: nicht plausible Dokumentationsbelege, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen“ aufgeführten Belege liegen uns bislang nicht vollständig bzw. plausibel vor. Sollten Sie die bereits zugesandten Korrekturbögen noch einmal benötigen, senden wir Ihnen diese auf Anforderung gern erneut zu. Erfolgt die Korrektur nach Ablauf der angegebenen Frist, ist die Dokumentation ungültig! Sollten Sie innerhalb der letzten 3 Werktage Korrekturlieferungen an uns gesandt haben, so sind diese in der Information nicht berücksichtigt.
- Ihre in der Anlage „Kontoauszug: plausible Dokumentationsbelege des letzten Monats“ aufgeführten Belege sind vollständig und plausibel.
- Für Ihre in der Anlage „Kontoauszug: fehlende Erstdokumentationen“ genannten Patienten konnte bisher keine Einschreibung zustande kommen, da das jeweils angegebene Dokument zur Einschreibung nicht prozesskonform vorliegt. Sollten Sie innerhalb der letzten 3 Werktage Korrekturlieferungen an uns gesandt haben, so sind diese in der Information nicht berücksichtigt. Nach Ablauf des angegebenen Mahnendes werden wir an diese Belege nicht mehr erinnern und die Unterlagen zur Einschreibung sind ggf. komplett neu einzureichen.
- Für Ihre in der Anlage „Kontoauszug: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext“ aufgeführten Folgedokumentationen wurde der Dokumentationszeitraum nicht eingehalten. Bitte beachten Sie, dass diese Dokumentationen u.U. nicht für weitere DMP-Prozesse berücksichtigt werden können.

**INTER-FORUM
Data Services GmbH**

Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig
Telefon 0341-25 920 43
Fax 0341-25 920 22

Geschäftsführer: Claus Wippich
Steffen Krause

Baden-Württembergische Bank
Konto 747 150 627 7
BLZ 600 501 01
IBAN: DE09 6005 0101 7471 5062 77
SWIFT-BIC: SOLADEST

AG Leipzig
HRB 15701

Dresdner Bank AG
Konto 103 573 300
BLZ 860 800 00
IBAN: DE72 8608 0000 0103 5733 00
SWIFT-BIC: DRESDEFF860

USt-IdNr. DE180749759
IK 661430035

Bayerische Hypo- und Vereinsbank AG
Konto 357 725 500
BLZ 860 200 86
IBAN: DE40 8602 0086 0357 7255 00
BIC: HYVEDEMM495

Volks- und Raiffeisenbank Muldentale eG
Konto 290 193 04
BLZ 860 954 84
IBAN: DE94 8609 5484 0029 0193 04
BIC: GENODEF1GMV

- Ihre in der Anlage „Kontoauszug: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen“ aufgeführten Dokumentationen können aufgrund einer Überschreitung des Übermittlungszeitraumes nicht für DMP-Prozesse berücksichtigt werden und gelten als fehlend.
- Ihre in der Anlage „Kontoauszug: nicht prozesskonforme Belege“ aufgeführten Dokumentationen können wegen verfahrensbedingter Fehler nicht im DMP verwendet werden. Eine nähere Erklärung für die 'Stornierung' entnehmen Sie bitte der Legende dieser Anlage.

Wir bitten Sie, diese Information als Serviceleistung für Ihre Praxis zu betrachten. Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter 0341/25 92 043 gern zur Verfügung.

**Bitte beachten Sie, dass ab dem 01.07.2009 zur Erstellung der Teilnahme- und Einwilligungs-
erklärungen für alle Diagnosen lediglich die neuen Formulare mit den Formularschlüsseln
010C/020C/030B/050A/060A zu verwenden sind.**

Mit freundlichen Grüßen

INTER-FORUM Data Services GmbH

Kontoauszug: nicht plausible Dokumentationsbelege, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Versand	Frist- ablauf
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	30.10.10	07.11.10	21.02.11
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	20.10.10	28.10.10	21.02.11
Musti_1234501_03, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	AB	19.09.10	27.09.10	22.11.10
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	11.11.10	19.11.10	21.02.11
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	18.11.10	26.11.10	21.02.11
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	17.10.10	25.10.10	21.02.11
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	24.11.10	02.12.10	21.02.11
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	08.10.10	16.10.10	21.02.11
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	05.10.10	13.10.10	21.02.11
Musti_1234501_10, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	BK	27.11.10	05.12.10	21.02.11
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	11.10.10	19.10.10	21.02.11
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	30.11.10	08.12.10	21.02.11
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	30.10.10	07.11.10	21.02.11
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	21.11.10	29.11.10	21.02.11
Musti_1234501_15, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD	20.10.10	28.10.10	21.02.11
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	19.09.10	27.09.10	22.11.10
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	17.10.10	25.10.10	21.02.11
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	16.09.10	24.09.10	22.11.10
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	16.12.10	24.12.10	21.02.11
Musti_1234501_20, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM1	30.10.10	07.11.10	21.02.11
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	28.09.10	06.10.10	21.02.11
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	11.11.10	19.11.10	21.02.11
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	25.09.10	03.10.10	22.11.10
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	02.10.10	10.10.10	21.02.11
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	24.11.10	02.12.10	21.02.11
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	13.09.10	21.09.10	22.11.10
Musti_1234501_27, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM2	21.11.10	29.11.10	21.02.11
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	05.10.10	13.10.10	21.02.11
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	02.10.10	10.10.10	21.02.11
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	09.12.10	17.12.10	21.02.11
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	16.12.10	24.12.10	21.02.11
Musti_1234501_32, üte	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD, DM2, KHK	30.10.10	07.11.10	21.02.11
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	28.09.10	06.10.10	21.02.11
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	19.12.10	27.12.10	21.02.11

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Datum Versand = Postausgangsdatum der Korrekturaufforderung an die Arztpraxis

Fristablauf = Spätester Termin, an dem die Dokumentation angenommen werden kann

Belegtypen: ED(Erstdokumentation), FD(Folgedokumentation), TE(Teilnahmeerklärung)

Die o.a. Dokumentationen sollten schnellstmöglich an die Datenstelle übermittelt werden, damit die Patienten in das jeweilige Programm eingeschrieben werden können.

Kontoauszug: plausible Dokumentationsbelege des letzten Monats

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Prüfung
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	02.11.10	07.11.10
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	02.10.10	07.10.10
Musti_1234501_03, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	AB	24.11.10	29.11.10
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	08.10.10	13.10.10
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	15.12.10	20.12.10
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	14.11.10	19.11.10
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	14.10.10	19.10.10
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	13.09.10	18.09.10
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	05.11.10	10.11.10
Musti_1234501_10, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	BK	20.10.10	25.10.10
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	12.12.10	17.12.10
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	26.10.10	31.10.10
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	25.09.10	30.09.10
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	17.11.10	22.11.10
Musti_1234501_15, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD	17.10.10	22.10.10
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	24.11.10	29.11.10
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	23.10.10	28.10.10
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	15.12.10	20.12.10
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	30.10.10	04.11.10
Musti_1234501_20, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM1	06.12.10	11.12.10
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	19.09.10	24.09.10
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	26.10.10	31.10.10
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	03.12.10	08.12.10
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	01.10.10	06.10.10
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	24.11.10	29.11.10
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	08.10.10	13.10.10
Musti_1234501_27, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM2	14.11.10	19.11.10
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	28.09.10	03.10.10
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	05.11.10	10.11.10
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	12.12.10	17.12.10
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	11.10.10	16.10.10
Musti_1234501_32, üte	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD, DM2, KHK	19.12.10	24.12.10
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	01.10.10	06.10.10
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	09.12.10	14.12.10

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation
Datum Prüfung = Datum der Plausibilitätsprüfung
Belegtypen: ED(Erstdokumentation), FD(Folgedokumentation), TE(Teilnahmeerklärung)

Kontoauszug: fehlende Erstdokumentationen

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Mahn- ende	Fehlender Beleg
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	30.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	20.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	27.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	03.12.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	08.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	30.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	05.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	11.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	02.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	08.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	30.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	05.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	27.11.10	21.02.11	ED
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	02.11.10	21.02.11	ED

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Mahnende = Einstellung des Erinnerungsverfahrens

Fehlender Beleg = Dokumentation, welche für die Wirksamkeit der Einschreibung fehlt

Belegtypen: ED(Erstdokumentation), FD(Folgedokumentation)

Die o.a. Dokumentationen sollten schnellstmöglich an die Datenstelle übermittelt werden, damit die Patienten in das jeweilige Programm eingeschrieben werden können.

Kontoauszug: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum letzter Beleg	Doku- intervall
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	08.11.10	08.11.10	3
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	28.09.10	28.09.10	3
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	20.10.10	20.10.10	3
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	11.10.10	11.10.10	3
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	16.09.10	16.09.10	3
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	08.10.10	08.10.10	3
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	13.09.10	13.09.10	3
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	19.09.10	19.09.10	3
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	03.12.10	03.12.10	3
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	16.09.10	16.09.10	3
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	08.10.10	08.10.10	3
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	20.11.10	20.11.10	6
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	27.11.10	27.11.10	3
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	01.11.10	01.11.10	3

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Belegtypen: ED(Erstdokumentation), FD(Folgedokumentation), TE(Teilnahmeerklärung)

Datum letzter Beleg = Datum der Unterschrift auf der zuvor vorliegenden Dokumentation

Dokuintervall = 3 Monate(jedes Quartal), 6 Monate(jedes 2. Quartal)

Kontoauszug: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	BS	B.- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Frist- ablauf
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	AB	16.09.10	27.11.10	22.11.10
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	AB	23.11.10	27.02.11	21.02.11
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	AB	14.11.10	01.03.11	21.02.11
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	AB	28.09.10	02.03.11	21.02.11
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	BK	20.11.10	03.03.11	21.02.11
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	BK	20.10.10	04.03.11	21.02.11
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	BK	12.12.10	05.03.11	21.02.11
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	BK	11.11.10	06.03.11	21.02.11
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	BK	03.12.10	26.02.11	21.02.11
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	BK	17.10.10	27.02.11	21.02.11
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	COPD	16.09.10	29.11.10	22.11.10
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	COPD	23.11.10	01.03.11	21.02.11
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	COPD	15.12.10	03.03.11	21.02.11
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	COPD	29.10.10	04.03.11	21.02.11
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	DM1	12.09.10	04.12.10	22.11.10
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM1	20.11.10	06.03.11	21.02.11
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	DM1	12.12.10	26.02.11	21.02.11
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM1	26.10.10	27.02.11	21.02.11
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	DM2	01.11.10	28.02.11	21.02.11
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM2	01.10.10	01.03.11	21.02.11
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	DM2	23.11.10	02.03.11	21.02.11
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM2	07.10.10	03.03.11	21.02.11
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	DM2	14.10.10	05.03.11	21.02.11
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	DM2	06.12.10	06.03.11	21.02.11
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	NP	ED	KHK	20.10.10	25.02.11	21.02.11
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	KHK	19.09.10	27.11.10	22.11.10
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	P	ED	KHK	11.10.10	28.02.11	21.02.11
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	P	FD	KHK	03.12.10	01.03.11	21.02.11

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation

Datum Eingang = Posteingangsdatum der Dokumentation oder der Korrekturrücksendung liegt nach dem Fristende, sodass die Dokumentation nicht gewertet werden kann.

Fristablauf = Spätester Termin, an dem die Dokumentation angenommen werden kann

BS = Belegstatus: P(Beleg plausibel), NP(Beleg nicht plausibel)

B.-typ = Belegtyp: ED(Erstdokumentation), FD(Folgedokumentation), TE(Teilnahmeerklärung)

Kontoauszug: nicht prozesskonforme Belege

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Datum Eingang	Grund der Stornierung
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	03.12.10	08.12.10	17
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	01.11.10	06.11.10	19
Musti_1234501_03, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	AB	15.09.10	20.09.10	25
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	08.11.10	13.11.10	00
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	07.10.10	12.10.10	19
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	29.11.10	04.12.10	17
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	29.10.10	03.11.10	19
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	06.12.10	11.12.10	17
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	04.11.10	09.11.10	19
Musti_1234501_10, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	BK	19.09.10	24.09.10	25
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	11.11.10	16.11.10	00
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	25.09.10	30.09.10	19
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	17.11.10	22.11.10	17
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	01.10.10	06.10.10	19
Musti_1234501_15, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD	09.12.10	14.12.10	25
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	23.10.10	28.10.10	00
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	15.12.10	20.12.10	19
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	29.10.10	03.11.10	17
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	28.09.10	03.10.10	19
Musti_1234501_20, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM1	06.12.10	11.12.10	25
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	20.10.10	25.10.10	00
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	19.09.10	24.09.10	19
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	11.11.10	16.11.10	17
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	25.09.10	30.09.10	19
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	03.12.10	08.12.10	17
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	17.10.10	22.10.10	19
Musti_1234501_27, tewe	123450100	Musterkasse	1234567	TE	DM2	09.12.10	14.12.10	25
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	08.11.10	13.11.10	00
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	22.09.10	27.09.10	19
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	14.11.10	19.11.10	17
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	28.09.10	03.10.10	19
Musti_1234501_32, üte	123450100	Musterkasse	1234567	TE	COPD, DM2, KHK	06.12.10	11.12.10	25
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	20.10.10	25.10.10	00
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	12.12.10	17.12.10	19

Stornogründe: 01 - Versicherter verstorben
02 - Versicherter ausgetreten
03 - Versicherter nicht einschreibungswürdig
05 - Kassenwechsel
15 - Arztwechsel
16 - Verfahrensbedingte Stornierung durch Krankenkasse
17 - Folgedokumentation vor der Erstdokumentation eingegangen
18 - DMP-Fall beendet wegen fehlender Folgedokumentation
19 - DMP-Fall beendet wegen fehlender Teilnahmeerklärung
28 - ungültiges Format nach Versionsumstellung 01.07.2008 (bei Brustkrebs 01.07.2009)
29 - ungültiges Format vor Versionsumstellung 01.07.2008

Kontoauszug: nicht verarbeitbare Datenlieferungen

Datenlieferung			
Eingang	Typ	Dateiname	Hinweise zum Fehler
25.02.2009	CD	DTID: 123456789010 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
02.01.2009	CD	DTID: 123456789001 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
04.01.2009	CD	DTID: 123456789002 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
07.01.2009	CD	DTID: 123456789003 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
11.01.2009	CD	DTID: 123456789004 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
06.02.2009	CD	DTID: 123456789008 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
29.01.2009	CD	DTID: 123456789007 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
22.01.2009	CD	DTID: 123456789006 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
16.01.2009	CD	DTID: 123456789005 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
15.02.2009	CD	DTID: 123456789009 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.

Ihre in dieser Anlage aufgeführten DMP-Datenlieferungen können nicht für die Weiterverarbeitung im Sinne der DMP-Prozesse berücksichtigt werden.

Zur Gewährleistung einer lückenlosen Führung Ihrer DMP-Fälle übermitteln Sie uns bitte die betreffenden DMP-Daten erneut.



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	28.09.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	19.09.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	25.09.10
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	01.10.10
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	29.11.10

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)	AB = Asthma bronchiale BK = Brustkrebs COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen DM1 = Diabetes mellitus Typ1 DM2 = Diabetes mellitus Typ2 KHK = Koronare Herzkrankheit
------------------------------------	---



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	12.09.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	12.12.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	14.10.10
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	20.11.10
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	26.10.10

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	17.10.10
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	22.09.10

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	17.10.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	----	----------

Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	22.09.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	----	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654322) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654323) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654324) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654325) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654326) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654327) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

INTER-FORUM Data Services GmbH * Sommerfelder Straße 120 * 04316 Leipzig
1234501



Dr. DM2 Hans Mustermann
Dr. DM1-Partner1 MustermannP1
Dr. DM2-Partner2 MustermannP2
Dr. KHK-Partner3 MustermannP3
Musterweg 12
01234 Musterhausen

20.12.2010

DMP - zu erstellende Folgedokumentationen im laufenden Quartal (Reminder)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Sicherung des Erfolgs von DMP haben die Vertragspartner den Aufbau einer Reminderfunktion vereinbart. Diese soll Sie dabei unterstützen, die erforderlichen Folgedokumentationen zeitgerecht zu erstellen und - soweit noch erforderlich - mit Ihren Patienten Termine zu vereinbaren.

Als Anlage erhalten Sie eine Übersicht der Patienten, für die in diesem Quartal eine Folgedokumentation fällig ist, bisher aber keine Unterlagen eingegangen sind. Sollten Sie innerhalb der letzten 7 Werktage Folgedokumentationen an uns gesandt haben, so sind diese in der Information nicht berücksichtigt.

Bitte stellen Sie sicher, dass für diese Patienten eine Folgedokumentation erstellt und fristgerecht an uns weitergeleitet wird.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter 0341/25 92 043 gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

INTER-FORUM Data Services GmbH

**INTER-FORUM
Data Services GmbH**

Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig
Telefon 0341-25 920 43
Fax 0341-25 920 22

Geschäftsführer: Claus Wippich
Steffen Krause

Baden-Württembergische Bank
Konto 747 150 627 7
BLZ 600 501 01
IBAN: DE09 6005 0101 7471 5062 77
SWIFT-BIC: SOLADEST

AG Leipzig
HRB 15701

Dresdner Bank AG
Konto 103 573 300
BLZ 860 800 00
IBAN: DE72 8608 0000 0103 5733 00
SWIFT-BIC: DRESDEFF860

USt-IdNr. DE180749759
IK 661430035

Bayerische Hypo- und Vereinsbank AG
Konto 357 725 500
BLZ 860 200 86
IBAN: DE40 8602 0086 0357 7255 00
BIC: HYVEDEMM495

Volks- und Raiffeisenbank Muldentale eG
Konto 290 193 04
BLZ 860 954 84
IBAN: DE94 8609 5484 0029 0193 04
BIC: GENODEF1GMV

Kontoauszug: Zu erstellende Folgedokumentationen im laufenden Quartal (Reminder)

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Datum Beleg	Dokumentations- intervall
Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	06.12.10	3 Monate
Musti_1234501_02, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	20.10.10	3 Monate
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	27.11.10	3 Monate
Musti_1234501_05, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	AB	11.10.10	3 Monate
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	19.12.10	3 Monate
Musti_1234501_07, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	02.11.10	3 Monate
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	01.10.10	3 Monate
Musti_1234501_09, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	24.11.10	3 Monate
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	22.09.10	3 Monate
Musti_1234501_12, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	BK	14.11.10	3 Monate
Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	14.10.10	3 Monate
Musti_1234501_14, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	06.12.10	3 Monate
Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	19.09.10	3 Monate
Musti_1234501_17, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	COPD	26.10.10	3 Monate
Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	19.12.10	3 Monate
Musti_1234501_19, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	02.11.10	3 Monate
Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	09.12.10	3 Monate
Musti_1234501_22, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM1	08.11.10	3 Monate
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	08.10.10	3 Monate
Musti_1234501_24, erst03Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	30.11.10	3 Monate
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	30.10.10	3 Monate
Musti_1234501_26, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	28.09.10	3 Monate
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	20.10.10	6 Monate
Musti_1234501_29, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	DM2	19.09.10	6 Monate
Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	11.11.10	3 Monate
Musti_1234501_31, erst02Folge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	11.10.10	3 Monate
Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	02.11.10	3 Monate
Musti_1234501_34, erstFolge	123450100	Musterkasse	1234567	FD	KHK	01.10.10	3 Monate

Datum und Intervall beziehen sich auf die zuletzt erfasste Dokumentation zu diesem DMP-Fall.
3 Monate = jedes Quartal und 6 Monate = jedes 2. Quartal

Datum Beleg = Datum der Unterschrift auf der Dokumentation
Belegtypen: ED (Erstdokumentation), FD (Folgedokumentation)

INTER-FORUM Data Services GmbH * Sommerfelder Straße 120 * 04316 Leipzig
1234501



Dr. DM2 Hans Mustermann
Dr. DM1-Partner1 MustermannP1
Dr. DM2-Partner2 MustermannP2
Dr. KHK-Partner3 MustermannP3
Musterweg 12
01234 Musterhausen

20.12.2010

DMP - Aufforderung zur Korrektur von Dokumentationen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Dokumentationen sind bei uns eingegangen. Nach Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität wird eine Ergänzung bzw. Korrektur für die beiliegenden Dokumentationsbögen notwendig.

Als Anlage finden Sie die mit der neuesten Ausfüllanleitung korrespondierenden Erläuterungen zur Korrektur sowie eine Kopie der entsprechenden Belege. Die medizinischen Parameter und die Kreuze wurden maschinell in den Bogen eingedruckt und stimmen genau mit Ihren Angaben überein.

- Bitte berichtigen Sie die Angaben auf der Kopie und unterzeichnen Sie diesen Bogen unten rechts im Feld „Unterschrift Arzt“. Die Kennzeichnung jeder Änderung mit Ihrem Signum kann damit entfallen. Das Korrekturdatum vermerken Sie bitte unten rechts in dem dafür vorgesehenen Feld „Korrekturdatum“ auf der Kopie.
- Bei der Ergänzung fehlender Angaben nehmen Sie bitte eine Kopie des korrigierten Dokumentationsbogens in die Patientenakte auf. Beim nächsten Arztbesuch informieren Sie dann den Patienten über die nachträglich vorgenommenen Angaben.
- Senden Sie die Belege mit den vorgenommenen Korrekturen umgehend an

INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

zurück.

Haben Sie Fragen bezüglich des Korrekturprozesses? Wir stehen Ihnen telefonisch unter 0341/25 92 043 sowie per Mail dmp-hh@inter-forum.de gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

INTER-FORUM Data Services GmbH

Sofern wir Ihnen Korrekturen aus eDMP-Datenübermittlungen übersenden, handelt es sich bei diesen Fällen vermutlich um Fehlfunktionen in Ihrer eingesetzten Praxissoftware. Bitte setzen Sie sich diesbezüglich mit Ihrem betreuenden PVS-Hersteller in Verbindung.

**INTER-FORUM
Data Services GmbH**

Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig
Telefon 0341-25 920 43
Fax 0341-25 920 22

Geschäftsführer: Claus Wippich
Steffen Krause

Baden-Württembergische Bank
Konto 747 150 627 7
BLZ 600 501 01
IBAN: DE09 6005 0101 7471 5062 77
SWIFT-BIC: SOLADEST

AG Leipzig
HRB 15701

Dresdner Bank AG
Konto 103 573 300
BLZ 860 800 00
IBAN: DE72 8608 0000 0103 5733 00
SWIFT-BIC: DRESDEFF860

USt-IdNr. DE180749759
IK 661430035

Bayerische Hypo- und Vereinsbank AG
Konto 357 725 500
BLZ 860 200 86
IBAN: DE40 8602 0086 0357 7255 00
BIC: HYVEDEMM495

Volks- und Raiffeisenbank Muldentale eG
Konto 290 193 04
BLZ 860 954 84
IBAN: DE94 8609 5484 0029 0193 04
BIC: GENODEF1GMV

DMP in Hamburg - Elektronisches Dokumentationsverfahren (eDMP) -

Sehr geehrte Damen und Herren,

die elektronisch übermittelten Erstdokumentationen (eDMP), die wir in den letzten Tagen von Ihnen erhalten haben, können Sie der Anlage „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ entnehmen. Bitte senden Sie uns das mit Datum und Unterschrift versehene Bestätigungsschreiben schnellstmöglich zurück. Die „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ haben wir für Sie beigelegt.

Sollten Sie hierzu Fragen haben oder ergänzende Erläuterungen wünschen, rufen Sie uns bitte unter der Telefonnummer 0341/25 92 043 an oder senden Sie uns eine E-Mail an folgende Adresse dmp-hh@inter-forum.de. Wir werden Ihre Fragen und Anregungen schnellstmöglich beantworten.

Mit freundlichen Grüßen

INTER-FORUM Data Services GmbH

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falscher Formulartyp

Im DMP "Brustkrebs" kommen ab dem 01.07.2006 neue Formulare zum Einsatz. Die alten Formulare dürfen für Dokumentationen, die nach dem 01.07. ausgestellt wurden, aus rechtlichen Gründen von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Dokumentation erneut unter Verwendung eines neuen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falsches Formular

Feldname_1: Sie haben einen Formulartyp verwendet, der aus formellen Gründen nicht den im DMP-Vertrag geregelten Vereinbarungen entspricht. Der Beleg kann daher nicht anerkannt werden. Falls Sie Fragen hierzu haben, kontaktieren Sie bitte die DMP-Datenstelle unter der Telefonnummer, die Sie diesem Anschreiben entnehmen können.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falsches Formular

Feldname_1: Sie haben einen Formulartyp verwendet, der aus formellen Gründen nicht den im DMP-Vertrag geregelten Vereinbarungen entspricht. Der Beleg kann daher nicht anerkannt werden. Falls Sie Fragen hierzu haben, kontaktieren Sie bitte die DMP-Datenstelle unter der Telefonnummer, die Sie diesem Anschreiben entnehmen können.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falsches Formular

Feldname_1: Sie haben einen Formulartyp verwendet, der aus formellen Gründen nicht den im DMP-Vertrag geregelten Vereinbarungen entspricht. Der Beleg kann daher nicht anerkannt werden. Falls Sie Fragen hierzu haben, kontaktieren Sie bitte die DMP-Datenstelle unter der Telefonnummer, die Sie diesem Anschreiben entnehmen können.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falscher Formulartyp

Im DMP "Brustkrebs" kommen ab dem 01.07.2006 neue Formulare zum Einsatz. Die alten Formulare dürfen für Dokumentationen, die nach dem 01.07. ausgestellt wurden, aus rechtlichen Gründen von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Dokumentation erneut unter Verwendung eines neuen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Folge

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_TeEwE

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_TeEwE

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Erst

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Veralteter Formulartyp

Feldname_1: Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung wurde unter Verwendung eines nicht mehr gültigen Formulars erstellt. Aus gesetzlichen Gründen dürfen die alten Formulare von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Erklärung erneut unter Verwendung eines aktuell gültigen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Veralteter Formulartyp

Feldname_1: Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung wurde unter Verwendung eines nicht mehr gültigen Formulars erstellt. Aus gesetzlichen Gründen dürfen die alten Formulare von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Erklärung erneut unter Verwendung eines aktuell gültigen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Veralteter Formulartyp

Feldname_1: Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung wurde unter Verwendung eines nicht mehr gültigen Formulars erstellt. Aus gesetzlichen Gründen dürfen die alten Formulare von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Erklärung erneut unter Verwendung eines aktuell gültigen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_TeEwE

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_TeEwE

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Erst

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Veralteter Formulartyp

Feldname_1: Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung wurde unter Verwendung eines nicht mehr gültigen Formulars erstellt. Aus gesetzlichen Gründen dürfen die alten Formulare von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Erklärung erneut unter Verwendung eines aktuell gültigen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falscher Formulartyp

Im DMP "Brustkrebs" kommen ab dem 01.07.2006 neue Formulare zum Einsatz. Die alten Formulare dürfen für Dokumentationen, die nach dem 01.07. ausgestellt wurden, aus rechtlichen Gründen von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Dokumentation erneut unter Verwendung eines neuen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Erst

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_TeEwE

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_TeEwE

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Folge

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falsches Formular

Feldname_1: Sie haben einen Formulartyp verwendet, der aus formellen Gründen nicht den im DMP-Vertrag geregelten Vereinbarungen entspricht. Der Beleg kann daher nicht anerkannt werden. Falls Sie Fragen hierzu haben, kontaktieren Sie bitte die DMP-Datenstelle unter der Telefonnummer, die Sie diesem Anschreiben entnehmen können.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_TeEwE

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falscher Formulartyp

Im DMP "Brustkrebs" kommen ab dem 01.07.2006 neue Formulare zum Einsatz. Die alten Formulare dürfen für Dokumentationen, die nach dem 01.07. ausgestellt wurden, aus rechtlichen Gründen von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Dokumentation erneut unter Verwendung eines neuen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falscher Formulartyp

Im DMP "Brustkrebs" kommen ab dem 01.07.2006 neue Formulare zum Einsatz. Die alten Formulare dürfen für Dokumentationen, die nach dem 01.07. ausgestellt wurden, aus rechtlichen Gründen von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Dokumentation erneut unter Verwendung eines neuen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_TeEwE

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falsches Formular

[COPD] Feldname_1: Sie haben einen Formulartyp verwendet, der aus formellen Gründen nicht den im DMP-Vertrag geregelten Vereinbarungen entspricht. Der Beleg kann daher nicht anerkannt werden. Falls Sie Fragen hierzu haben, kontaktieren Sie bitte die DMP-Datenstelle unter der Telefonnummer, die Sie diesem Anschreiben entnehmen können.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Folge

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Erst

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Veralteter Formulartyp

Feldname_1: Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung wurde unter Verwendung eines nicht mehr gültigen Formulars erstellt. Aus gesetzlichen Gründen dürfen die alten Formulare von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Erklärung erneut unter Verwendung eines aktuell gültigen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Folge

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Erst

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_TeEwE

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Veralteter Formulartyp

Feldname_1: Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung wurde unter Verwendung eines nicht mehr gültigen Formulars erstellt. Aus gesetzlichen Gründen dürfen die alten Formulare von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Erklärung erneut unter Verwendung eines aktuell gültigen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Veralteter Formulartyp

Feldname_1: Diese Teilnahme- und Einwilligungserklärung wurde unter Verwendung eines nicht mehr gültigen Formulars erstellt. Aus gesetzlichen Gründen dürfen die alten Formulare von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Erklärung erneut unter Verwendung eines aktuell gültigen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Folge

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Folge

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Folge

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falscher Formulartyp

Im DMP "Brustkrebs" kommen ab dem 01.07.2006 neue Formulare zum Einsatz. Die alten Formulare dürfen für Dokumentationen, die nach dem 01.07. ausgestellt wurden, aus rechtlichen Gründen von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Dokumentation erneut unter Verwendung eines neuen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Falscher Formulartyp

Im DMP "Brustkrebs" kommen ab dem 01.07.2006 neue Formulare zum Einsatz. Die alten Formulare dürfen für Dokumentationen, die nach dem 01.07. ausgestellt wurden, aus rechtlichen Gründen von der Datenstelle nicht mehr verarbeitet werden. Bitte erstellen Sie die Dokumentation erneut unter Verwendung eines neuen Formulars.

Elektronisch übermittelter Beleg

eDMP: Ihre eingereichten beleglosen Dokumentationsdaten sind unvollständig bzw. implausibel. Bitte prüfen Sie, ob Sie die aktuelle Programmversion zur Dokumentation nutzen. Senden Sie bitte die korrigierte und unterschriebene Dokumentation mit Angabe des Korrekturdatums unter Nutzung des Ihnen mit diesem Schreiben zugesandten Dokumentationsformulars (Image) an die Datenstelle zurück.

Abschnittsname_0_Erst

Feldname_0: Beschreibung des Fehlers. Wenn Sie im Feld ABC kreuzen, müssen Sie bei XYZ einen entsprechenden Wert eintragen. Gemäß den Bestimmungen von XXX kann in diesem Falle keine Einschreibung erfolgen.

Abschnittsname_1_Erst

Feldname_1: Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext * Musterfehlertext

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glinide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glitide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

Diagnose bekannt seit

1999

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glilide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

Diagnose bekannt seit

1999

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja ☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall ☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glinide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

Diagnose bekannt seit

1999

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja ☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glilide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glinide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

Diagnose bekannt seit

1999

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterkasse		
Name, Vorname des Versicherten Musterfrau, Hannelore geb. am 11.11.1911		
Kassen-Nr. 12345	Versicherten-Nr. 123456789	Status 1000 1

Erklärung Diabetes mellitus

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus

☒ Ersteinschreibung ☐ Typ 1 ☒ Typ 2
☐ Arztwechsel

Krankenhaus-IK

Formular ungültig !

INTER-FORUM Data Services GmbH

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)	Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)	Fax-Nr. (Angabe freiwillig)
E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)		

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich und umfassend über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation erhalten und kenne sie,
- dass mir bekannt ist, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich in erforderlichem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, und mir auch bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden,
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Name:

Straße/Hausnummer

PLZ, Wohnort

Ja, ich möchte an dem oben genannten Programm teilnehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

2	9	0	6	2	0	0	6
T	T	M	M	J	J	J	J

Hannelore Musterfrau
 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigelegt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Ausfertigung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Beratung im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusenden kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

2	9	0	6	2	0	0	6
T	T	M	M	J	J	J	J

Hannelore Musterfrau
 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen.

2	9	0	6	2	0	0	6
T	T	M	M	J	J	J	J

vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierte Betreuung zu erwarten ist.

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

Diagnose bekannt seit

1999

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja ☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall ☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glinide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glitide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht

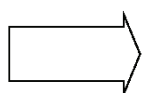
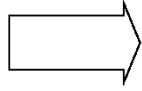
☐ männlich☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Diagnose bekannt seit

1999

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

☐ keine☒ Hypertonus☒ Herzinfarkt☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ Herzinsuffizienz☒ Diabetes mellitus☒ Fettstoffwechselstörung☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße

1,68 m

Körpergewicht

105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt

209

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin

136

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen

☐ ja☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterkasse		
Name, Vorname des Versicherten Musterfrau, Hannelore geb. am 11.11.1911		
Kassen-Nr. 12345	Versicherten-Nr. 123456789	Status 1000 1

Erklärung Diabetes mellitus

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus

☒ Ersteinschreibung ☐ Typ 1 ☒ Typ 2
☐ Arztwechsel

Krankenhaus-IK

Formular ungültig !

INTER-FORUM Data Services GmbH

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)	Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)	Fax-Nr. (Angabe freiwillig)
E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)		

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich und umfassend über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation erhalten und kenne sie,
- dass mir bekannt ist, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich in erforderlichem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, und mir auch bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden,
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Name:

Straße/Hausnummer

PLZ, Wohnort

Ja, ich möchte an dem oben genannten Programm teilnehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

2	9	0	6	2	0	0	6
T	T	M	M	J	J	J	J

Hannelore Musterfrau
 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigelegt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Ausfertigung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Beratung im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusenden kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

2	9	0	6	2	0	0	6
T	T	M	M	J	J	J	J

Hannelore Musterfrau
 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bitte das heutige Datum eintragen.

2	9	0	6	2	0	0	6
T	T	M	M	J	J	J	J

vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierte Betreuung zu erwarten ist.

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glilide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda

Müller

geb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Diagnose bekannt seit

1999

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

☐ keine☒ Hypertonus☒ Herzinfarkt☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ Herzinsuffizienz☒ Diabetes mellitus☒ Fettstoffwechselstörung☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße

1,68 m

Körpergewicht

105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt

209

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin

136

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen

☐ ja☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

Diagnose bekannt seit

1999

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja ☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda

Müller

geb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Diagnose bekannt seit

1999

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

☐ keine☒ Hypertonus☒ Herzinfarkt☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ Herzinsuffizienz☒ Diabetes mellitus☒ Fettstoffwechselstörung☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße

1,68 m

Körpergewicht

105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt

209

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin

136

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen

☐ ja☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glilide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

Diagnose bekannt seit

1999

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja ☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda

Müller

geb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Diagnose bekannt seit

1999

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

☐ keine☒ Hypertonus☒ Herzinfarkt☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen

Raucher

☐ ja☐ Herzinsuffizienz☒ Diabetes mellitus☒ Fettstoffwechselstörung☐ sonstige☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße

1,68 m

Körpergewicht

105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt

209

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin

136

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen

☐ ja☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoge (einschl. Glitinide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Müller
Gerdageb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

5133X

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

25.06.2007

Folge-Dokumentation
Diabetes mellitus Typ 2Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ☐ ja ☒ nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

☒ keine	☐ Hypertonus	☐ Fettstoffwechselstörung	☐ KHK	☐ Herzinfarkt	Raucher ☐ ja ☒ nein
☐ Schlaganfall	☐ pAVK	☐ Nephropathie	☐ Nierenersatztherapie	☐ diab. Retinopathie	
☐ Blindheit	☐ diab. Neuropathie	☐ diab. Fuß	☐ Amputation	☐ sonstige	

aktuelle Befunde

Körpergewicht 105 kg

Peripherer Pulsstatus

☐ nicht erhoben ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

☐ nicht durchgeführt ☒ unauffällig ☐ auffällig ☐ Überweisung ausgestellt

Blutdruck 140 / 64 mmHg

HbA_{1c} 12,1 % und oberer Normwert des Labors 06,5 %Serum-Kreatinin ☐ ☐ ☐ µmol/l oder 01,1 mg/dl ☐ nicht untersucht

Fußstatus

☐ nicht erhoben
☒ unauffällig
☐ auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

☐ re. oder ☐ li.
 Grad nach Wagner/Armstrong
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 und
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Osteoarthropathie

☐ re. oder ☐ li.
☐ Überweisung ausgestellt
☐ Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ☐ ja ☒ nein

Schwere Hypoglykämien 0 Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen 0 Anzahl

aktuelle Medikation

Diagnosespezifische Medikation ☒ ja ☐ nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Metformin	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glucosidase-Inhibitoren	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glitide)	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation
Glitazone	☐ ja ☒ nein	☐ Kontraindikation

Insulin	☐ nein ☒ intensiviert	☐ nicht intensiviert
Insulin-Analoga	☒ nein ☐ intensiviert	☐ nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	☒ ja
Antihypertensive medikamentöse Therapie	☒ ja
Thrombozytenaggregationshemmer	☒ ja

Schulungen

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

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

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

☒ Diabetes-Schulung ☐ Hypertonie-Schulung ☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	☐ ja ☒ nein
Ernährungsberatung empfohlen	☒ ja ☐ nein
Zielvereinbarung HbA _{1c}	aktuellen Wert: ☐ halten ☒ senken ☐ anheben
Zielvereinbarung Blutdruck	aktuellen Wert: ☒ halten ☐ senken
Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	☒ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt ☐ veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

☒ nein	☐ diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung
☐ diab. Fußambulanz/Einrichtung	☐ akut-stationär ☐ Reha ☐ sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

 (optionales Feld)

Dokumentationsintervall	☐ quartalsweise
	☒ jedes zweite Quartal

Datum

25.06.2007

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

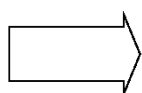
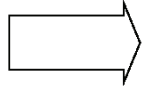
Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Diagnose bekannt seit

1999

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagenosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja ☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda
Müllergeb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

Diagnose bekannt seit

1999

☐ keine☐ Herzinsuffizienz☒ Hypertonus☒ Diabetes mellitus☒ Herzinfarkt☒ Fettstoffwechselstörung☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße 1,68 m

Körpergewicht 105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt 209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin 136 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-Operation

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK

in den letzten 12 Monaten

 Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ☐ ja☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Gerda

Müller

geb. am
07.05.1933

Kassen-Nr.

7654321

Versicherten-Nr.

12345678901

Status

Vertragsarzt-Nr.

1234567

VK gültig bis

Datum

17.12.2004

Erst-Dokumentation
koronare HerzkrankheitBlatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer 279

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

031

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

Angina pectoris

typisch:

☐ Grad I☐ Grad II☐ Grad III☐ Grad IV☐ atypisch☐ nicht-anginöser
Brustschmerz☒ keine Schmerz-
symptomatik

Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)

☒ akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)☒ invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)☐ mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit
für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich
aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymp-
tomatik und Belastungs-EKG)Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert
der ST-Streckensenkung an.Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm☐ nicht-invasives bildgebendes Verfahren

Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives
bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an,
weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.☐ Interpretation bei fehlender Darstellung
der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich☐ physikalisch nicht belastbar☐ Kontraindikation liegt vor

Anamnese

Diagnose bekannt seit

1999

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

☐ keine☒ Hypertonus☒ Herzinfarkt☐ symptomatische Herzrhythmusstörungen☐ Herzinsuffizienz☒ Diabetes mellitus☒ Fettstoffwechselstörung☐ sonstige

Raucher

☐ ja☒ nein

aktuelle Befunde

Körpergröße

1,68 m

Körpergewicht

105 kg

Blutdruck 130 / 70 mmHg

Cholesterin
gesamt

209

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin

136

ng/dl

oder

 , mmol/l☐ nicht untersucht

relevante Ereignisse

erfolgte koronartherapeutische Intervention

☐ keine☐ percutane Intervention☒ Bypass-OperationStationäre notfallmäßige Behandlung von KHK
in den letzten 12 Monaten Anzahlnicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK
in den letzten 12 Monaten Anzahl

aktuelle Medikation

diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Betablocker

☒ ja☐ nein☐ KontraindikationThrombozyten-
aggregationshemmer☒ ja☐ nein☐ Kontraindikation

Nitrate

☐ ja☒ nein

ACE-Hemmer

☒ ja☐ nein

Kalzium-Antagonisten

☒ ja☐ nein

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

☒ ja☐ neinsonstige diagnosespezifische
Medikation☒ ja☐ nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒ Diabetes-Schulung☐ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keineSchulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐ Diabetes-Schulung☒ Hypertonie-Schulung☐ INR-Schulung☐ andere Schulungen☐ keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen

☐ ja☐ neinZielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒ halten☐ senkenKHK-spezifische Über-
bzw. Einweisung veranlasst☐ ja☐ nein

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

17.12.2004

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall

☐ quartalsweise☒ jedes zweite Quartal

Datum

17.12.2004

Unterschrift des Arztes

Kontoauszug: nicht verarbeitbare Datenlieferungen

Datenlieferung			
Eingang	Typ	Dateiname	Hinweise zum Fehler
25.02.2009	CD	DTID: 123456789010 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
02.01.2009	CD	DTID: 123456789001 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
04.01.2009	CD	DTID: 123456789002 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
07.01.2009	CD	DTID: 123456789003 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
11.01.2009	CD	DTID: 123456789004 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
06.02.2009	CD	DTID: 123456789008 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
29.01.2009	CD	DTID: 123456789007 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
22.01.2009	CD	DTID: 123456789006 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
16.01.2009	CD	DTID: 123456789005 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
15.02.2009	CD	DTID: 123456789009 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.

Ihre in dieser Anlage aufgeführten DMP-Datenlieferungen können nicht für die Weiterverarbeitung im Sinne der DMP-Prozesse berücksichtigt werden.

Zur Gewährleistung einer lückenlosen Führung Ihrer DMP-Fälle übermitteln Sie uns bitte die betreffenden DMP-Daten erneut.



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	13.12.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	04.12.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	17.09.10
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	23.09.10
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	21.10.10

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)	AB = Asthma bronchiale BK = Brustkrebs COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen DM1 = Diabetes mellitus Typ1 DM2 = Diabetes mellitus Typ2 KHK = Koronare Herzkrankheit
------------------------------------	---



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	12.10.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	17.09.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	21.11.10
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	12.11.10
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	02.10.10

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	24.10.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	------	----------

Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	15.10.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	------	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	02.10.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	----	----------

Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	15.11.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	----	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654322) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654323) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654324) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654325) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654326) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654327) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

INTER-FORUM Data Services GmbH * Sommerfelder Straße 120 * 04316 Leipzig

1234501



Dr. DM2 Hans Mustermann
Dr. DM1-Partner1 MustermannP1
Dr. DM2-Partner2 MustermannP2
Dr. KHK-Partner3 MustermannP3
Musterweg 12
01234 Musterhausen



20.12.2010

DMP in Hamburg - Elektronisches Dokumentationsverfahren (eDMP) -

Sehr geehrte Damen und Herren,

die elektronisch übermittelten Erstdokumentationen (eDMP), die wir in den letzten Tagen von Ihnen erhalten haben, können Sie der Anlage „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ entnehmen. Bitte senden Sie uns das mit Datum und Unterschrift versehene Bestätigungsschreiben schnellstmöglich zurück. Die „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ haben wir für Sie beigelegt.

Sollten Sie hierzu Fragen haben oder ergänzende Erläuterungen wünschen, rufen Sie uns bitte unter der Telefonnummer 0341/25 92 043 an oder senden Sie uns eine E-Mail an folgende Adresse dmp-hh@inter-forum.de. Wir werden Ihre Fragen und Anregungen schnellstmöglich beantworten.

Mit freundlichen Grüßen

INTER-FORUM Data Services GmbH

INTER-FORUM Data Services GmbH

Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig
Telefon 0341-25 920 43
Fax 0341-25 920 22

Geschäftsführer: Claus Wippich
Steffen Krause

Baden-Württembergische Bank
Konto 747 150 627 7
BLZ 600 501 01
IBAN: DE09 6005 0101 7471 5062 77
SWIFT-BIC: SOLADEST

AG Leipzig
HRB 15701

Dresdner Bank AG
Konto 103 573 300
BLZ 860 800 00
IBAN: DE72 8608 0000 0103 5733 00
SWIFT-BIC: DRESDEFF860

USt-IdNr. DE180749759
IK 661430035

Bayerische Hypo- und Vereinsbank AG
Konto 357 725 500
BLZ 860 200 86
IBAN: DE40 8602 0086 0357 7255 00
BIC: HYVEDEMM495

Volks- und Raiffeisenbank Muldentale eG
Konto 290 193 04
BLZ 860 954 84
IBAN: DE94 8609 5484 0029 0193 04
BIC: GENODEF1GMV

Kontoauszug: nicht verarbeitbare Datenlieferungen

Datenlieferung			
Eingang	Typ	Dateiname	Hinweise zum Fehler
25.02.2009	CD	DTID: 123456789010 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10 012055000_13704_20090114.EED10	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
02.01.2009	CD	DTID: 123456789001 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1 012055000_13704_20090114.EED1	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
04.01.2009	CD	DTID: 123456789002 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2 012055000_13704_20090114.EED2	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
07.01.2009	CD	DTID: 123456789003 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3 012055000_13704_20090114.EED3	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
11.01.2009	CD	DTID: 123456789004 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4 012055000_13704_20090114.EED4	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
06.02.2009	CD	DTID: 123456789008 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8 012055000_13704_20090114.EED8	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
29.01.2009	CD	DTID: 123456789007 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7 012055000_13704_20090114.EED7	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
22.01.2009	CD	DTID: 123456789006 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6 012055000_13704_20090114.EED6	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
16.01.2009	CD	DTID: 123456789005 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5 012055000_13704_20090114.EED5	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.
15.02.2009	CD	DTID: 123456789009 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9 012055000_13704_20090114.EED9	Die Dateien konnten vom Datenträger nicht kopiert werden. Möglicherweise ist der Datenträger defekt.

Ihre in dieser Anlage aufgeführten DMP-Datenlieferungen können nicht für die Weiterverarbeitung im Sinne der DMP-Prozesse berücksichtigt werden.

Zur Gewährleistung einer lückenlosen Führung Ihrer DMP-Fälle übermitteln Sie uns bitte die betreffenden DMP-Daten erneut.



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_18, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	03.11.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Musti_1234501_21, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM1	24.09.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
Musti_1234501_23, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	15.10.10
Musti_1234501_25, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	22.10.10
Musti_1234501_28, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	DM2	27.09.10

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)	AB = Asthma bronchiale BK = Brustkrebs COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen DM1 = Diabetes mellitus Typ1 DM2 = Diabetes mellitus Typ2 KHK = Koronare Herzkrankheit
------------------------------------	---



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_30, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	17.09.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Musti_1234501_33, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	KHK	01.12.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	-----	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
Musti_1234501_06, erst03	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	28.10.10
Musti_1234501_08, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	03.11.10
Musti_1234501_11, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	BK	24.09.10

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_13, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	30.09.10
--------------------------	-----------	-------------	---------	----	------	----------

Musti_1234501_16, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	COPD	28.11.10
------------------------	-----------	-------------	---------	----	------	----------

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



Bestätigung Datenübermittlung eDMP

Hamburg

Versicherter Name, Vorname	Krankenvers.- nummer	Krankenkasse	DMP- Fall-Nr.	Beleg- typ	DMP- Diagnose	Unterschriftsdatum des Arztes
-------------------------------	-------------------------	--------------	------------------	---------------	------------------	----------------------------------

Musti_1234501_01, erst02	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	16.11.10
Musti_1234501_04, erst	123450100	Musterkasse	1234567	ED	AB	22.10.10

Belegtypen: ED (Erstdokumentation)

AB = Asthma bronchiale
 BK = Brustkrebs
 COPD = Chronisch obstruktive
 Lungenerkrankungen
 DM1 = Diabetes mellitus Typ1
 DM2 = Diabetes mellitus Typ2
 KHK = Koronare Herzkrankheit



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654322) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654323) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654324) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654325) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654326) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel



INTER-FORUM
Data Services GmbH
Abteilung DMP-HH
Postfach 50 07 53
04304 Leipzig

Bestätigungsschreiben Datenübermittlung eDMP

Ich bestätige, dass die Dokumentationen für die in meiner Übersicht (LANR 7654327) aufgeführten Patienten zu dem jeweils genannten Unterschriftsdatum erstellt wurden.

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel