

2. NACHTRAG

ZUM DATENSTELLENVERTRAG VOM 01.07.2008

zwischen

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

**der AOK Rheinland / Hamburg – Die Gesundheitskasse
der Knappschaft**

dem BKK-Landesverband NORDWEST, handelnd für die Betriebskrankenkassen, die dieser
Vereinbarung beigetreten sind; zugleich als

Krankenkasse für den Gartenbau,

handelnd als Landesverband der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

der IKK classic

handelnd für die Innungskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beigetreten sind

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
 - KKH-Allianz (Ersatzkasse)
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse
 - hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

- Auftraggeber -

und

der INTER-FORUM Data Services GmbH

Sommerfelder Straße 120

04316 Leipzig

- Auftragnehmer -



I. Datenstellenvertrag, § 10 Datenschutzmaßnahmen, Subunternehmer

Abs. 3 wird wie folgt ergänzt:

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).

II. Anlage 1 Aufgabenbeschreibung

Die Anlage 1 wird gegen diesem Nachtrag beigefügte Anlage 1 ausgetauscht.

III. Anlage 1 Anhang 1 eDMP: Verfahrensbeschreibung eDMP

Die Anlage 1 Anhang 1 wird gegen diesem Nachtrag beigefügte Anlage 1 Anhang 1 ausgetauscht.

IV. Anlage 2 Kommunikationsmatrix

Die Anlage 2 wird gegen die diesem Nachtrag beigefügte Anlage 2 ausgetauscht.

V. Anlage 3 Bundeseinheitliche Vorgaben: Plausibilitätsrichtlinien, Technische Anlage (einschließlich Anhänge) sowie Datensatzbeschreibungen, Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Die Anlage 3 wird wie folgt angepasst:

Die TE/EWE für Brustkrebs mit Druckdatum 14.05.2008 wird gegen die diesem Nachtrag beigefügte TE/EWE für Brustkrebs mit Druckdatum 20.06.2008 ausgetauscht.

VI. Anlage 3a Evaluation - Datensatzbeschreibung für die vereinbarten DMP Indikationen

Die Anlage 3a wird durch die diesem Nachtrag beigefügte Datensatzbeschreibung zur Evaluation Satzarten 600ED-600FD, 600EA-600FA, 500ED-500FD, 500EA-500FA für die Diagnosen Asthma und COPD ergänzt.

VII. Anlage 4 Aufbau Statusdatensatz/Workflow-Daten

Die Anlage 4 wird gegen diesem Nachtrag beigefügte Anlage 4 (Statusdatensatz Version 06, Bearbeitungsstand 01.08.2011) ausgetauscht.

VIII. Anlage 5 Datenschutzerklärung

Die Anlage 5 wird gegen diesem Nachtrag beigefügte Anlage 5 (Datenschutzvereinbarung inklusive der Anlagen) ausgetauscht.

IX. Anlage 10 Musterschreiben an DMP Ärzte

Die Anlage 10 wird gegen die diesem Nachtrag beigefügte Anlage 10 ausgetauscht.

X. Inkrafttreten

Die Regelung unter Nr. VI tritt zum 01.07.2009 und die Regelung unter Nr. VII tritt zum 01.01.2012 in Kraft. Im Übrigen tritt der Nachtrag am 01.01.2011 in Kraft.



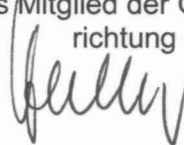
Hamburg, den 01.07.2011

INTER-FORUM Data Services GmbH


INTER-FORUM
Data Services GmbH
Sommerfelder Str. 120, 04316 Leipzig
Tel. 0341/259200, Fax 0341/2592020

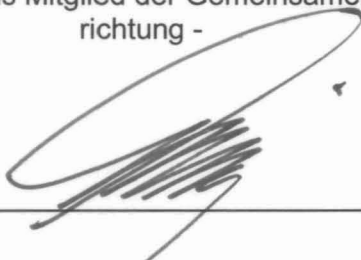
AOK Rheinland / Hamburg

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



BKK-Landesverband NORDWEST

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



Knappschaft

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



IKK classic

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



Verband der Ersatzkassen e.V.

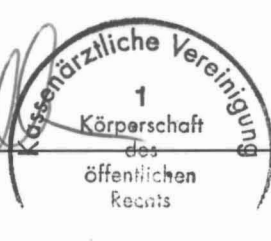
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
- zugleich als Mitglied der Gemeinsamen Einrichtung -

Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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



Kassenärztliche Vereinigung
1
Körperschaft
des
öffentlichen
Rechts



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 datenannahmende 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, informiert 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 Richtlinien 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),
- wird eine neue Übersicht „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und ein neues Bestätigungsschreiben erneut ausgedruckt und an den Arzt geschickt. (vgl. Pkt. 3.9.1)

3.9.4 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 Evaluator 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.

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

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 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 Krankenversicherungsnummer.

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 Empfangsbekenntnis vorzunehmen. Die Krankenkassen 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**

- Übergangslösung bis zur Einführung der qualifizierten elektronischen Signatur -

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. Die Datenträger sind mit Angaben zur Vertragsarzt Nummer (LANR, BSNR) Arztname und Datum zu versehen. CD-ROMs sind mit geeignetem Permanent-Marker zu beschriften; für Disketten sollte ein Aufkleber genutzt werden. Die Datenstelle stellt sicher, dass das Eingangsdatum der Dokumentationsdatensätze ungeachtet der Übermittlungsart im Rahmen der Prüfung nach § 15 a RSAV nachgewiesen werden kann.
5. Die Datenstelle nimmt die Übermittlungsdatei/den Datenträger mit den Datensätzen entgegen, prüft und verarbeitet diese. Kann ein Datenträger/die Übermittlungsdatei nicht verarbeitet werden, wird der koordinierende Arzt umgehend informiert und aufgefordert, die Datenübermittlung erneut durchzuführen. Dieses Verfahren gilt auch, wenn die Daten nicht von der Datenstelle entschlüsselt werden können oder eine Datei von der Datenstelle wegen inkompatiblem Dateiformat nicht verarbeitet werden kann.
6. Die Datenstelle erzeugt ausschließlich für Erstdokumentationen je von der Arztpraxis übermittelter Datei eine „Übersicht Datenübermittlung eDMP“ und ein Bestätigungsschreiben mit den nachstehend aufgeführten Angaben:

Übersicht Datenübermittlung eDMP:

- Arztnummer (LANR, BSNR), Arztname und Praxisanschrift
- Dateiname (der an die Datenstelle übermittelten Datei)
- DMP-Indikation
- Datensatz-Identifikationsnummer (Datensatz-ID)
- DMP-Fallnummer

- Versichertennummer
- Versichertenname und –vorname
- Belegart (Erst- oder Folgedokumentation)
- Name Krankenkasse
- Seitenzahl
- Unterschriftsdatum des Arztes (aus dem Datensatz, manuell erfasst und bestätigt)

Bestätigungsschreiben:

- Arztnummer (LANR, BSNR)
- Arztname
- Unterschrift des Arztes
- Arztstempel
- Barcode

Die „Übersicht Datenübermittlung eDMP“ beinhaltet zu ihrer Identifizierung ein automatisch generiertes Listenerstellungsdatum. Die „Übersicht Datenübermittlung eDMP“ wird nach Versichertenamen und DMP-Indikation sortiert.

7. Die Datenstelle trägt auf die Liste „Übersicht Datenübermittlung eDMP“ sowie auf das Bestätigungsschreiben denselben Barcode auf. Über diesen wird sichergestellt, dass die „Übersicht Datenübermittlung eDMP“ und das Bestätigungsschreiben automatisiert zugeordnet werden können.
8. Die Datenstelle übermittelt die „Übersicht Datenübermittlung eDMP“ und das Bestätigungsschreiben unmittelbar nach Erhalt der Dokumentationsdaten an die jeweilige Arztpraxis mit der Bitte um Prüfung, Unterzeichnung und unmittelbare Rücksendung des Bestätigungsschreibens an die Datenstelle. Die elektronische Fassung der Zweitausfertigung verbleibt in der Datenstelle und wird dort archiviert. Sofern mehrere am DMP teilnehmende Ärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft unter derselben Betriebsstättennummer dokumentieren und die Dokumentationsdatensätze in einer Datei übermittelt wurden, ist bei Erstellung der Versandliste sicherzustellen, dass die einzelnen Dokumentationen dem jeweils die Dokumentation ausstellenden Arzt zugeordnet werden.
9. Sofern der koordinierende Arzt bereits mittels Praxissoftware eine „Versandliste“ erstellt hat, erhält auch dieser eine Übersicht der DMP-Fälle sowie die „Übersicht Datenübermittlung eDMP“ (vgl. Punkt 6) durch die Datenstelle als Beleg für den Inhalt der übermittelten Datei. Die Datenstelle führt die Aufgaben nach Nr. 6 bis 8 durch.
10. Der koordinierende Arzt prüft die Übersicht „Datenübermittlung eDMP“ inhaltlich und attestiert mit seiner Unterschrift auf dem Bestätigungsschreiben, die Erstdokumentationen der auf der „Übersicht Datenübermittlung eDMP“ aufgeführten Versicherten am jeweils zugeordneten Datum erstellt zu haben.
11. Der koordinierende Arzt sendet das von ihm unterzeichnete Bestätigungsschreiben unmittelbar an die Datenstelle zurück. Die dem Arzt von der Datenstelle übermittelte Versandliste verbleibt in der Arztpraxis. Der Arzt kann sich eine Kopie des von ihm unterzeichneten Bestätigungsschreibens zur Vollständigkeit seiner Unterlagen anfertigen.

12. Die Datenstelle prüft die verarbeitbaren Dateien auf Vollständigkeit und Plausibilität. Dabei werden die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmten, jeweils gültigen Plausibilitätsrichtlinien angewendet.
13. Die Datenstelle prüft, ob das Bestätigungsschreiben unterschrieben und innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des auf das Dokumentationsquartal folgenden Quartals in der Datenstelle vorliegt. Die Datenstelle archiviert das vom Arzt unterschriebene Bestätigungsschreiben und stellt sicher, dieses zusammen mit der elektronischen Fassung der Zweitausfertigung der Versandliste im Falle der Prüfungen nach § 15 a RSAV vorlegen zu können.
14. Die Datenstelle fordert ausstehende Bestätigungsschreiben regelmäßig (vgl. Kommunikationsmatrix) beim koordinierenden Vertragsarzt an. Hierzu erhält der koordinierende Vertragsarzt jeweils eine „Übersicht Datenübermittlung eDMP“ und ein Bestätigungsschreiben, das die noch zu bestätigenden Erstdokumentationen beinhaltet.
15. Die Datenstelle leitet die DMP-Dokumentationsdaten an die berechtigten Datenabnahmestellen der Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg weiter.
16. Stellt die Datenstelle fest, dass das unterschriebene Bestätigungsschreiben nicht innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des auf das Dokumentationsquartal folgenden Quartals bei der Datenstelle vorliegt, werden die Erstdokumentationsdaten nicht an die Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg weitergeleitet. Diese Regelung betrifft ausschließlich die Erstdokumentationen.
17. Vollständige, plausible und fristgerechte Folgedokumentationsdatensätze sind auch dann weiterzuleiten, wenn das Bestätigungsschreiben nicht vorgelegen hat. Die Datenstelle informiert den Vertragsarzt, die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg entsprechend.
18. 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 Dokumentationszeitraumes – ggf. zusätzlich eines Quartals bei Erstdokumentationen (verlängerte Übermittlungsfrist), abgeschlossen sein muss, wird durch die Datenstelle überwacht.
19. Die Änderungen und das Korrekturdatum auf dem korrigierten Dokumentationsbogen werden von der Datenstelle erfasst, die Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität wird erneut durchgeführt.

20. Der korrigierte und vom Arzt unterzeichnete Dokumentationsbogen wird archiviert. Die Dokumentationsdaten werden an die berechtigten Datenannahmestellen der Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg weitergeleitet.

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

Anlage 2

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	

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 2

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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

0200H

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

T T M M I I I I

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs richtet sich an Versicherte, die an Brustkrebs erkrankt sind. Mit diesem Behandlungsprogramm will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen die Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden. Näheres zu diesem Programm entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme am Programm 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 eine Kopie oder 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 einer Kopie oder 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 oder Krankenhaus) 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 Berufsverband) 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 des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs 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 Teilnehmerinnen. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmerinnen, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zusenden.

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.

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA500ED und SA500FD

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme bei
Asthma bronchiale.

Grundlage: Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Asthma bronchiale – Version x.0 vom xx.xx.2009

gemäß Version 02 des Anhang 5 zur Technischen Anlage mit Stand vom 06.05.2008.

Stand der Satzart: 10.06.2009

Stand der letzten Satzart: 10.06.2009

Anzuwenden ab: 01.07.2008 (Erstelldatum der Dokumentation)

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.

SA 500ED– Erstdokumentation gültig ab 01.07.2008

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellen-anzahl	FT-Stellen-anzahl	Feld-typ	Anmerkungen
1	Satzart	1	5	5	1	A	500ED
2	Disease-Management- Programm	7	7	1	1	A	Es ist „D“ für Asthma bronchiale einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Institutionskennzeichen der Kasse	12	20	9	1	N	IK der Kasse
5	Modul-Teilnahme - Chronische Herzinsuffizienz: ja	22	22	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
6	Modul-Teilnahme - Chronische Herzinsuffizienz: nein	24	24	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
7	Datum der Unterschrift (Arzt)	26	33	8	1	N	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
8	Betriebsstättennummer	35	43	9	1	A	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen.Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
9	lebenslange Arztnummer	45	53	9	1	A	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
10	Krankenhaus-IK	55	63	9	1	N	IK des Krankenhauses Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
11	Pseudonymisierte Versichertennummer	65	85	21	1	N	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
12	Körpergröße	87	89	3	1	N	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt, zwei Nachkommastellen
13	Körpergewicht	91	93	3	1	N	Angabe in Kilogramm ohne Nachkommastelle (bei 2-stelligen Angaben mit vorangestellter Null)
14	Blutdruck systolisch	95	97	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
15	Blutdruck diastolisch	99	101	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
16	Raucher: ja	103	103	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
17	Raucher: nein	105	105	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
18	Begleiterkrankungen - Arterielle Hypertonie	107	107	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
19	Begleiterkrankungen - Fettstoffwechselstörung	109	109	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
20	Begleiterkrankungen - Diabetes mellitus	111	111	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
21	Begleiterkrankungen - KHK	113	113	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
22	Begleiterkrankungen - AVK	115	115	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
23	Begleiterkrankungen - Schlaganfall	117	117	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
24	Begleiterkrankungen - Chronische Herzinsuffizienz	119	119	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
25	Begleiterkrankungen - Asthma bronchiale	121	121	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
26	Begleiterkrankungen - COPD	123	123	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
27	Begleiterkrankungen - Keine der genannten Erkrankungen	125	125	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
28	Serum Kreatinin in mg/dl	127	130	4	1	A	Angabe in mg/dl; übermittelte Angabe ist als Format: xx,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt in; mit vorangestellter "0" mit zwei Nachkommastellen
29	Serum Kreatinin in µmol/l	132	135	4	1	A	in µmol/l, 4-stellig mit führender 0
30	Serum Kreatinin nicht bestimmt	137	137	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
31	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Tabakverzicht	139	139	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
32	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Ernährungsberatung	141	141	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde

33	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Körperliches Training	143	143	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
34	Dokumentationsintervall - Quartalsweise	145	145	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
35	Dokumentationsintervall - Jedes zweite Quartal	147	147	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
36	Nächste Dokumentationserstellung geplant am	149	156	8	1	N	JJJJMMTT
37	Geburtsdatum des Versicherten	158	165	8	1	N	Format: JJJJMMTT
38	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – täglich	167	167	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
39	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Wöchentlich	169	169	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
40	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Seltener als wöchentlich	171	171	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
41	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Keine	173	173	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
42	Aktueller Peakflow-Wert –Wert	175	177	3	1	N	Angabe in Litern/Minute Zulässiger Wertebereich 40 bis 999
43	Aktueller Peakflow-Wert–Nicht durchgeführt	179	179	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
44	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation	181	182	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind zulässig. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
45	Inhalative Glukokortikosteroide –Bei Bedarf	184	184	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
46	Inhalative Glukokortikosteroide – Dauermedikation	186	186	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
47	Inhalative Glukokortikosteroide –Keine	188	188	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
48	Inhalative Glukokortikosteroide – Kontraindikation	190	190	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
49	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Bei Bedarf	192	192	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
50	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Dauermedikation	194	194	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
51	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Keine	196	196	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
52	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Kontraindikation	198	198	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
53	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Bei Bedarf	200	200	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
54	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Dauermedikation	202	202	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
55	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Keine	204	204	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
56	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Kontraindikation	206	206	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
57	Sonstige asthmaspezifische Medikation –Nein	208	208	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
58	Sonstige asthmaspezifische Medikation –Systemische Glukokortikosteroide	210	210	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
59	Sonstige asthmaspezifische Medikation –Andere	212	212	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
60	Inhalationstechnik überprüft –Ja	214	214	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
61	Inhalationstechnik überprüft –Nein	216	216	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
62	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) –Ja	218	218	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
63	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) –Nein	220	220	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
64	Empfohlene Schulung wahrgenommen–Ja	222	222	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
65	Empfohlene Schulung wahrgenommen–Nein	224	224	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
66	Empfohlene Schulung wahrgenommen–War aktuell nicht möglich	226	226	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
67	Empfohlene Schulung wahrgenommen–Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	228	228	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

68	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Ja	230	230	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
69	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Nein	232	232	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
70	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Nicht durchführbar	234	234	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
71	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst –Ja	236	236	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
72	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst –Nein	238	238	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

SA 500FD– Folgedokumentation gültig ab 01.07.2008

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellen-anzahl	FT-Stellen-anzahl	Feld-typ	Anmerkungen
1	Satzart	1	5	5	1	A	500FD
2	Disease-Management- Programm	7	7	1	1	A	Es ist „D“ für Asthma bronchiale einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Institutionskennzeichen der Kasse	12	20	9	1	N	IK der Kasse
5	Modul-Teilnahme - Chronische Herzinsuffizienz: ja	22	22	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
6	Modul-Teilnahme - Chronische Herzinsuffizienz: nein	24	24	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
7	Datum der Unterschrift (Arzt)	26	33	8	1	N	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
8	Betriebsstättennummer	35	43	9	1	A	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen.Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
9	lebenslange Arztnummer	45	53	9	1	A	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
10	Krankenhaus-IK	55	63	9	1	N	IK des Krankenhauses Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
11	Pseudonymisierte Versichertennummer	65	85	21	1	N	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
12	Körpergröße	87	89	3	1	N	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt, zwei Nachkommastellen
13	Körpergewicht	91	93	3	1	N	Angabe in Kilogramm ohne Nachkommastelle (bei 2-stelligen Angaben mit vorangestellter Null)
14	Blutdruck systolisch	95	97	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
15	Blutdruck diastolisch	99	101	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
16	Raucher: ja	103	103	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
17	Raucher: nein	105	105	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
18	Begleiterkrankungen - Arterielle Hypertonie	107	107	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
19	Begleiterkrankungen - Fettstoffwechselstörung	109	109	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
20	Begleiterkrankungen - Diabetes mellitus	111	111	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
21	Begleiterkrankungen - KHK	113	113	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
22	Begleiterkrankungen - AVK	115	115	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
23	Begleiterkrankungen - Schlaganfall	117	117	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
24	Begleiterkrankungen - Chronische Herzinsuffizienz	119	119	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
25	Begleiterkrankungen - Asthma bronchiale	121	121	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
26	Begleiterkrankungen - COPD	123	123	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
27	Begleiterkrankungen - Keine der genannten Erkrankungen	125	125	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
28	Serum Kreatinin in mg/dl	127	130	4	1	A	Angabe in mg/dl; übermittelte Angabe ist als Format: xx,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt in; mit vorangestellter "0" mit zwei Nachkommastellen
29	Serum Kreatinin in µmol/l	132	135	4	1	A	in µmol/l, 4-stellig mit führender 0
30	Serum Kreatinin nicht bestimmt	137	137	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
31	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Tabakverzicht	139	139	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
32	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Ernährungsberatung	141	141	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde

33	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Körperliches Training	143	143	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
34	Dokumentationsintervall - Quartalsweise	145	145	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
35	Dokumentationsintervall - Jedes zweite Quartal	147	147	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
36	Nächste Dokumentationserstellung geplant am	149	156	8	1	N	JJJJMMTT
37	Geburtsdatum des Versicherten	158	165	8	1	N	Format: JJJJMMTT
38	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – täglich	167	167	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
39	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Wöchentlich	169	169	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
40	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Seltener als wöchentlich	171	171	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
41	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Keine	173	173	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
42	Aktueller Peakflow-Wert –Wert	175	177	3	1	N	Angabe in Liter/Minute Zulässiger Wertebereich 40 bis 999
43	Aktueller Peakflow-Wert–Nicht durchgeführt	179	179	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
44	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation	181	182	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind zulässig. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
45	Inhalative Glukokortikosteroide –Bei Bedarf	184	184	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
46	Inhalative Glukokortikosteroide – Dauermedikation	186	186	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
47	Inhalative Glukokortikosteroide –Keine	188	188	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
48	Inhalative Glukokortikosteroide – Kontraindikation	190	190	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
49	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Bei Bedarf	192	192	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
50	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Dauermedikation	194	194	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
51	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Keine	196	196	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
52	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Kontraindikation	198	198	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
53	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Bei Bedarf	200	200	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
54	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Dauermedikation	202	202	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
55	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Keine	204	204	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
56	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Kontraindikation	206	206	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
57	Sonstige asthmaspezifische Medikation –Nein	208	208	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
58	Sonstige asthmaspezifische Medikation –Systemische Glukokortikosteroide	210	210	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
59	Sonstige asthmaspezifische Medikation –Andere	212	212	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
60	Inhalationstechnik überprüft –Ja	214	214	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
61	Inhalationstechnik überprüft –Nein	216	216	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
62	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) –Ja	218	218	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
63	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) –Nein	220	220	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
64	Empfohlene Schulung wahrgenommen–Ja	222	222	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
65	Empfohlene Schulung wahrgenommen–Nein	224	224	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
66	Empfohlene Schulung wahrgenommen–War aktuell nicht möglich	226	226	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
67	Empfohlene Schulung wahrgenommen–Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	228	228	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

68	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Ja	230	230	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
69	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Nein	232	232	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
70	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Nicht durchführbar	234	234	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
71	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst –Ja	236	236	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
72	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst –Nein	238	238	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

Anhang 1 - Verschlüsselungstabelle der KV-Regionen

„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
„51“	Rheinland-Pfalz
„52“	Baden-Württemberg
„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 SA500EA und SA500FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme bei
Asthma bronchiale.

Grundlage: Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Asthma bronchiale – Version x.0 vom xx.xx.2009

gemäß Version 01 des Anhang 5 zur Technischen Anlage mit Stand vom 29.12.2005.

Stand der Satzart: 10.06.2009

Stand der letzten Satzart: 10.06.2009

Anzuwenden ab: 01.01.2005(Erstelldatum der Dokumentation)

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.

SA 500EA– Erstdokumentation gültig ab 01.01.2005

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT-Stellenanzahl	Feldtyp	Anmerkungen
1	Satzart	1	5	5	1	A	500EA
2	Disease-Management- Programm	7	7	1	1	A	Es ist „D“ für Asthma bronchiale 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	N	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	Geburtsdatum	73	80	8	1	N	Datenformat: JJJJMMTT
10	Erwachsene (≥ 18 Jahre) - Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika – FEV1 /VC ≤ 70% und Zunahme der FEV1 ≥ 15% und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	82	82	1	1	AN	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
11	Erwachsene (≥ 18 Jahre) – Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage – Zunahme der FEV1 ≥ 15% und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml	84	84	1	1	AN	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
12	Erwachsene (≥ 18 Jahre) – Sonstige Diagnosesicherung durch: Circadiane PEF-Variabilität > 20%	86	86	1	1	AN	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
13	Erwachsene (≥ 18 Jahre) – Sonstige Diagnosesicherung durch: Nachweis bronchiale Hyperreagibilität	88	88	1	1	AN	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
14	Kinder (5 bis 17 Jahre) – Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika – FEV1 /VC ≤ 75% und Zunahme der FEV1 ≥ 15%	90	90	1	1	AN	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
15	Kinder (5 bis 17 Jahre) – Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage - Zunahme der FEV1 ≥ 15%	92	92	1	1	AN	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
16	Kinder (5 bis 17 Jahre) – Sonstige Diagnosesicherung durch: Circadiane PEF-Variabilität > 20%	94	94	1	1	AN	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
17	Kinder (5 bis 17 Jahre) – Sonstige Diagnosesicherung durch: Nachweis bronchiale Hyperreagibilität	96	96	1	1	AN	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
18	Diagnosespezifische Regelmedikation – ja	98	98	1	1	AN	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
19	Diagnose bekannt seit	100	103	4	1	N	Angabe des Jahres im Format JJJJ. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden und muss dann übermittelt werden.
20	Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome – täglich	105	105	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.

21	Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome – wöchentlich	107	107	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
22	Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome – seltener als wöchentlich	109	109	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
23	Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome – keine	111	111	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
24	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – keine	113	113	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
25	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – COPD	115	115	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
26	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – andere Lungenerkrankung	117	117	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
27	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – kardiale Erkrankung	119	119	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
28	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation – täglich	121	121	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden
29	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation – wöchentlich	123	123	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden
30	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation – seltener als wöchentlich	125	125	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden
31	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation – keine	127	127	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
32	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – keine	129	129	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
33	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – COPD	131	131	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
34	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – andere Lungenerkrankung	133	133	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
35	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – kardiale Erkrankung	135	135	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
36	Raucher/in - ja	137	137	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist auf der Erst- und Folgedokumentation vorhanden.
37	Raucher/in - nein	139	139	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist auf der Erst- und Folgedokumentation vorhanden.
38	Körpergröße	141	143	3	1	N	In Metern, ohne Komma. Die Angabe wird in das Format x.xx interpretiert.; Mit führender Null. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
39	Körpergewicht	145	147	3	1	N	Format xxx. Angabe in kg. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.

40	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - erstmalig dokumentiert	149	149	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
41	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - nicht dokumentiert	151	151	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
42	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - verbessert	153	153	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
43	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - verschlechtert	155	155	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
44	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - gleich bleibend	157	157	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
45	Angabe nur bei Kindern – Körpergröße	159	161	3	1	N	In Metern, ohne Kommastelle. Die Angabe wird in das Format x,xx interpretiert.; Mit führender Null. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
46	Angabe nur bei Kindern – Körpergewicht	163	165	3	1	N	Angabe in kg. Format xxx.. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
47	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation – erstmalig dokumentiert	167	167	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
48	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation - nicht dokumentiert	169	169	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
49	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation - verbessert	171	171	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
50	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation - verschlechtert	173	173	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
51	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation - gleich bleibend	175	175	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
52	Stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten	177	177	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
53	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten	179	179	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
54	Stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	181	181	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
55	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	183	183	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
56	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – bei Bedarf	185	185	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – Dauermedikation	187	187	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – keine	189	189	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Inhalative Glukokortikosteroide – bei Bedarf	191	191	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Inhalative Glukokortikosteroide – Dauermedikation	193	193	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Inhalative Glukokortikosteroide – keine	195	195	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – bei Bedarf	197	197	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

63	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	199	199	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – keine	201	201	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
65	Systemische Glukokortikosteroide - bei Bedarf	203	203	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	Systemische Glukokortikosteroide - Dauermedikation	205	205	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	Systemische Glukokortikosteroide - keine	207	207	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist) - bei Bedarf	209	209	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist) - Dauermedikation	211	211	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist) - keine	213	213	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation – ja	215	215	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden
72	Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation – nein	217	217	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden
73	Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen – ja	219	219	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Erstdokumentation vorhanden.
74	Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen – nein	221	221	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Erstdokumentation gefüllt werden.
75	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – ja	223	223	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
76	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – nein	225	225	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
77	Inhalationstechnik überprüft – ja	227	227	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
78	Inhalationstechnik überprüft – nein	229	229	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
79	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – ja	231	231	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Folgedokumentation vorhanden.
80	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – nein	233	233	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Folgedokumentation vorhanden.
81	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – war aktuell nicht möglich	235	235	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Folgedokumentation vorhanden.
82	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	237	237	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Folgedokumentation vorhanden.
83	Empfehlung zum Tabakverzicht – ja	239	239	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
84	Empfehlung zum Tabakverzicht – nein	241	241	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
85	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – ja	243	243	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
86	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – nein	245	245	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
87	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – nicht durchführbar	247	247	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
88	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – ja	249	249	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
89	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – nein	251	251	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.

90	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	253	260	8	1	N	Format JJJJMMTT
91	Dokumentationsintervall – quartalsweise	262	262	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
92	Dokumentationsintervall – jedes zweite Quartal	264	264	1		AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.

SA 500FA– Folgedokumentation gültig ab 01.01.2005

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT-Stellenanzahl	Feldtyp	Anmerkungen
1	Satzart	1	5	5	1	A	500FA
2	Disease-Management- Programm	7	7	1	1	A	Es ist „D“ für Asthma bronchiale 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	N	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	Geburtsdatum	73	80	8	1	N	Datenformat: JJJJMMTT
10	Diagnose bekannt seit	82	85	4	1	N	Angabe des Jahres im Format JJJJ. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden und muss dann übermittelt werden.
11	Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome – täglich	87	87	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
12	Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome – wöchentlich	89	89	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
13	Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome – seltener als wöchentlich	91	91	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
14	Häufigkeit aktuell vorliegender Asthma-Symptome – keine	93	93	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
15	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – keine	95	95	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
16	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – COPD	97	97	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
17	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – andere Lungenerkrankung	99	99	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
18	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – kardiale Erkrankung	101	101	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
19	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation – täglich	103	103	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden
20	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation – wöchentlich	105	105	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden

21	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation – seltener als wöchentlich	107	107	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden
22	Häufigkeit der Asthma-Symptome seit der letzten Dokumentation – keine	109	109	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
23	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – keine	111	111	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
24	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – COPD	113	113	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
25	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – andere Lungenerkrankung	115	115	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
26	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – kardiale Erkrankung	117	117	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
27	Raucher/in - ja	119	119	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist auf der Erst- und Folgedokumentation vorhanden.
28	Raucher/in - nein	121	121	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist auf der Erst- und Folgedokumentation vorhanden.
29	Körpergröße	123	125	3	1	N	In Metern ohne Komma. Die Angabe wird in das Format x,xx interpretiert. Mit führender Null. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
30	Körpergewicht	127	129	3	1	N	Format xxx. Angabe in kg. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
31	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - erstmalig dokumentiert	131	131	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
32	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - nicht dokumentiert	133	133	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
33	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - verbessert	135	135	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
34	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - verschlechtert	137	137	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
35	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - gleich bleibend	139	139	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
36	Angabe nur bei Kindern – Körpergröße	141	143	3	1	N	In Metern, ohne Komma; Die Angabe wird in das Format x,xx interpretiert. Mit führender Null. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
37	Angabe nur bei Kindern – Körpergewicht	145	147	3	1	N	Format xxx. Angabe in kg. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
38	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation – erstmalig dokumentiert	149	149	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
39	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation - nicht dokumentiert	151	151	1	1	AN	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.

40	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation - verbessert	153	153	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
41	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation - verschlechtert	155	155	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
42	Durchschnittlicher Peakflow-Wert - seit der letzten Dokumentation - gleich bleibend	157	157	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
43	Stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten	159	159	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
44	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung des Asthmas in den letzten 12 Monaten	161	161	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
45	Stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	163	163	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
46	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von Asthma seit der letzten Dokumentation	165	165	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
47	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – bei Bedarf	167	167	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – Dauermedikation	169	169	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – keine	171	171	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Inhalative Glukokortikosteroide – bei Bedarf	173	173	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Inhalative Glukokortikosteroide – Dauermedikation	175	175	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	Inhalative Glukokortikosteroide – keine	177	177	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – bei Bedarf	179	179	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	181	181	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – keine	183	183	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Systemische Glukokortikosteroide - bei Bedarf	185	185	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	Systemische Glukokortikosteroide - Dauermedikation	187	187	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Systemische Glukokortikosteroide - keine	189	189	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist) - bei Bedarf	191	191	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist) - Dauermedikation	193	193	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Sonstige (z.B. Theophyllin, Leukotrien-Rezeptor-Antagonist) - keine	195	195	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation – ja	197	197	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden
63	Aktuelle diagnosespezifische Regelmedikation – nein	199	199	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden
64	Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen – ja	201	201	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Erstdokumentation vorhanden.
65	Asthma-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm	203	203	1	1	AN	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der

	wahrgenommen – nein						Erstdokumentation gefüllt werden.
66	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – ja	205	205	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
67	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – nein	207	207	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
68	Inhalationstechnik überprüft – ja	209	209	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
69	Inhalationstechnik überprüft – nein	211	211	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
70	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – ja	213	213	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Folgedokumentation vorhanden.
71	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – nein	215	215	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Folgedokumentation vorhanden.
72	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – war aktuell nicht möglich	217	217	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Folgedokumentation vorhanden.
73	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	219	219	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld ist ausschließlich auf der Folgedokumentation vorhanden.
74	Empfehlung zum Tabakverzicht – ja	221	221	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
75	Empfehlung zum Tabakverzicht – nein	223	223	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
76	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – ja	225	225	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
77	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – nein	227	227	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
78	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – nicht durchführbar	229	229	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
79	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – ja	231	231	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
80	Asthma-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – nein	233	233	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
81	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	235	242	8	1	N	Format JJJJMMTT
82	Dokumentationsintervall – quartalsweise	244	244	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
83	Dokumentationsintervall – jedes zweite Quartal	246	246	1	1	AN	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.

Anhang 1 - Verschlüsselungstabelle der KV-Regionen

„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
„51“	Rheinland-Pfalz
„52“	Baden-Württemberg
„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 SA600ED und SA600FD

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme bei **COPD**.

Grundlage: Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei COPD – Version x.0 vom xx.xx.2009

gemäß Version 02 des Anhang 6 zur Technischen Anlage mit Stand vom 06.05.2008.

Stand der Satzart: 10.06.2009

Stand der letzten Satzart: 10.06.2009

Anzuwenden ab: 01.07.2008 (Erstelldatum der Dokumentation)

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.

SA 600ED– Erstdokumentation gültig ab 01.07.2008

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellen-anzahl	FT-Stellen-anzahl	Feld-typ	Anmerkungen
1	Satzart	1	5	5	1	A	600ED
2	Disease-Management- Programm	7	7	1	1	A	Es ist „S“ für COPD einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Institutionskennzeichen der Kasse	12	20	9	1	N	IK der Kasse
5	Modul-Teilnahme - Chronische Herzinsuffizienz: ja	22	22	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
6	Modul-Teilnahme - Chronische Herzinsuffizienz: nein	24	24	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
7	Datum der Unterschrift (Arzt)	26	33	8	1	N	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
8	Betriebsstättennummer	35	43	9	1	A	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen. Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
9	lebenslange Arztnummer	45	53	9	1	A	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
10	Krankenhaus-IK	55	63	9	1	N	IK des Krankenhauses Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
11	Pseudonymisierte Versichertennummer	65	85	21	1	N	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
12	Körpergröße	87	89	3	1	N	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt, zwei Nachkommastellen
13	Körpergewicht	91	93	3	1	N	Angabe in Kilogramm ohne Nachkommastelle (bei 2-stelligen Angaben mit vorangestellter Null)
14	Blutdruck systolisch	95	97	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
15	Blutdruck diastolisch	99	101	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
16	Raucher: ja	103	103	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
17	Raucher: nein	105	105	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
18	Begleiterkrankungen - Arterielle Hypertonie	107	107	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
19	Begleiterkrankungen - Fettstoffwechselstörung	109	109	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
20	Begleiterkrankungen - Diabetes mellitus	111	111	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
21	Begleiterkrankungen - KHK	113	113	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
22	Begleiterkrankungen - AVK	115	115	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
23	Begleiterkrankungen - Schlaganfall	117	117	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
24	Begleiterkrankungen - Chronische Herzinsuffizienz	119	119	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
25	Begleiterkrankungen - Asthma bronchiale	121	121	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
26	Begleiterkrankungen - COPD	123	123	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
27	Begleiterkrankungen - Keine der genannten Erkrankungen	125	125	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
28	Serum Kreatinin in mg/dl	127	130	4	1	A	Angabe in mg/dl; übermittelte Angabe ist als Format: xx,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt in; mit vorangestellter "0" mit zwei Nachkommastellen
29	Serum Kreatinin in µmol/l	132	135	4	1	A	in µmol/l, 4-stellig mit führender 0
30	Serum Kreatinin nicht bestimmt	137	137	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
31	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Tabakverzicht	139	139	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
32	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Ernährungsberatung	141	141	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde

33	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Körperliches Training	143	143	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
34	Dokumentationsintervall - Quartalsweise	145	145	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
35	Dokumentationsintervall - Jedes zweite Quartal	147	147	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
36	Nächste Dokumentationserstellung geplant am	149	156	8	1	N	JJJMMTT
37	Geburtsdatum des Versicherten	158	165	8	1	N	Format: JJJMMTT
38	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate) – Liter	167	169	3	1	AN	Die Angabe ist im Format x,xx zu Interpretieren. Angabe in Litern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
39	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate) – Nicht durchgeführt	171	171	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
40	Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation	173	174	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld wird ausschließlich bei Folgedokumentationsdatensätzen übermittelt.
41	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation	176	177	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld wird ausschließlich bei Folgedokumentationsdatensätzen übermittelt.
42	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – bei Bedarf	179	179	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
43	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Dauermedikation	181	181	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
44	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Keine	183	183	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
45	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Kontraindikation	185	185	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
46	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –bei Bedarf	187	187	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
47	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Dauermedikation	189	189	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
48	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Keine	191	191	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
49	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Kontraindikation	193	193	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
50	Lang wirksame Anticholinergika –bei Bedarf	195	195	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
51	Lang wirksame Anticholinergika – Dauermedikation	197	197	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
52	Lang wirksame Anticholinergika – Keine	199	199	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
53	Lang wirksame Anticholinergika – Kontraindikation	201	201	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
54	Inhalationstechnik überprüft –Ja	203	203	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
55	Inhalationstechnik überprüft –Nein	205	205	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
56	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Nein	207	207	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
57	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Theophyllin	209	209	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
58	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Inhalative Glukokortikosteroide	211	211	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
59	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Systemische Glukokortikosteroide	213	213	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
60	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Andere	215	215	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
61	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) –Ja	217	217	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
62	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) –Nein	219	219	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
63	Empfohlene Schulung wahrgenommen –Ja	221	221	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
64	Empfohlene Schulung wahrgenommen –Nein	223	223	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
65	Empfohlene Schulung wahrgenommen –War aktuell nicht	225	225	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

	möglich						
66	Empfohlene Schulung wahrgenommen –Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	227	227	1	1	AN	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
67	COPD-bezogne Über- bzw. Einweisung veranlasst –Ja	229	229	1	1	AN	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
68	COPD-bezogne Über- bzw. Einweisung veranlasst –Nein	231	231	1	1	AN	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

SA 600FD– Folgedokumentation gültig ab 01.07.2008

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellen-anzahl	FT-Stellen-anzahl	Feld-typ	Anmerkungen
1	Satzart	1	5	5	1	A	600FD
2	Disease-Management- Programm	7	7	1	1	A	Es ist „S“ für COPD einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Institutionskennzeichen der Kasse	12	20	9	1	N	IK der Kasse
5	Modul-Teilnahme - Chronische Herzinsuffizienz: ja	22	22	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
6	Modul-Teilnahme - Chronische Herzinsuffizienz: nein	24	24	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
7	Datum der Unterschrift (Arzt)	26	33	8	1	N	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
8	Betriebsstättennummer	35	43	9	1	A	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen. Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
9	lebenslange Arztnummer	45	53	9	1	A	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
10	Krankenhaus-IK	55	63	9	1	N	IK des Krankenhauses Das Feld kann mit "000000000" befüllt sein.
11	Pseudonymisierte Versichertennummer	65	85	21	1	N	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
12	Körpergröße	87	89	3	1	N	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt, zwei Nachkommastellen
13	Körpergewicht	91	93	3	1	N	Angabe in Kilogramm ohne Nachkommastelle (bei 2-stelligen Angaben mit vorangestellter Null)
14	Blutdruck systolisch	95	97	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
15	Blutdruck diastolisch	99	101	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
16	Raucher: ja	103	103	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
17	Raucher: nein	105	105	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
18	Begleiterkrankungen - Arterielle Hypertonie	107	107	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
19	Begleiterkrankungen - Fettstoffwechselstörung	109	109	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
20	Begleiterkrankungen - Diabetes mellitus	111	111	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
21	Begleiterkrankungen - KHK	113	113	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
22	Begleiterkrankungen - AVK	115	115	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
23	Begleiterkrankungen - Schlaganfall	117	117	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
24	Begleiterkrankungen - Chronische Herzinsuffizienz	119	119	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
25	Begleiterkrankungen - Asthma bronchiale	121	121	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
26	Begleiterkrankungen - COPD	123	123	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
27	Begleiterkrankungen - Keine der genannten Erkrankungen	125	125	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
28	Serum Kreatinin in mg/dl	127	130	4	1	A	Angabe in mg/dl; übermittelte Angabe ist als Format: xx,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt in; mit vorangestellter "0" mit zwei Nachkommastellen
29	Serum Kreatinin in µmol/l	132	135	4	1	A	in µmol/l, 4-stellig mit führender 0
30	Serum Kreatinin nicht bestimmt	137	137	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
31	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Tabakverzicht	139	139	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
32	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Ernährungsberatung	141	141	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde

33	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote - Körperliches Training	143	143	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
34	Dokumentationsintervall - Quartalsweise	145	145	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
35	Dokumentationsintervall - Jedes zweite Quartal	147	147	1	1	A	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
36	Nächste Dokumentationserstellung geplant am	149	156	8	1	N	JJJMMTT
37	Geburtsdatum des Versicherten	158	165	8	1	N	Format: JJJMMTT
38	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate) – Liter	167	169	3	1	AN	Die Angabe ist im Format x,xx zu Interpretieren. Angabe in Litern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
39	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate) – Nicht durchgeführt	171	171	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
40	Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation	173	174	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld wird ausschließlich bei Folgedokumentationsdatensätzen übermittelt.
41	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation	176	177	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld wird ausschließlich bei Folgedokumentationsdatensätzen übermittelt.
42	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – bei Bedarf	179	179	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
43	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Dauermedikation	181	181	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
44	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Keine	183	183	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
45	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Kontraindikation	185	185	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
46	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –bei Bedarf	187	187	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
47	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Dauermedikation	189	189	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
48	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Keine	191	191	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
49	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika –Kontraindikation	193	193	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
50	Lang wirksame Anticholinergika –bei Bedarf	195	195	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
51	Lang wirksame Anticholinergika – Dauermedikation	197	197	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
52	Lang wirksame Anticholinergika – Keine	199	199	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
53	Lang wirksame Anticholinergika – Kontraindikation	201	201	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
54	Inhalationstechnik überprüft –Ja	203	203	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
55	Inhalationstechnik überprüft –Nein	205	205	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
56	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Nein	207	207	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
57	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Theophyllin	209	209	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
58	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Inhalative Glukokortikosteroide	211	211	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
59	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Systemische Glukokortikosteroide	213	213	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
60	Sonstige diagnosespezifische Medikation –Andere	215	215	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
61	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) –Ja	217	217	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
62	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) –Nein	219	219	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
63	Empfohlene Schulung wahrgenommen –Ja	221	221	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
64	Empfohlene Schulung wahrgenommen –Nein	223	223	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
65	Empfohlene Schulung wahrgenommen –War aktuell nicht	225	225	1	1	AN	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

	möglich						
66	Empfohlene Schulung wahrgenommen –Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	227	227	1	1	AN	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
67	COPD-bezogne Über- bzw. Einweisung veranlasst –Ja	229	229	1	1	AN	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
68	COPD-bezogne Über- bzw. Einweisung veranlasst –Nein	231	231	1	1	AN	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

Anhang 1 - Verschlüsselungstabelle der KV-Regionen

„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
„51“	Rheinland-Pfalz
„52“	Baden-Württemberg
„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 SA600EA und SA600FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme bei **COPD**.

Grundlage: Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei COPD – Version x.0 vom xx.xx.2009

gemäß Version 01 des Anhang 6 zur Technischen Anlage mit Stand vom 23.09.2005.

Stand der Satzart: 10.06.2009

Stand der letzten Satzart: 10.06.2009

Anzuwenden ab: 01.01.2005 (Erstelldatum der Dokumentation)

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.

SA 600EA– Erstdokumentation gültig ab 01.01.2005

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT-Stellenanzahl	Feldtyp	Anmerkungen
1	Satzart	1	5	5	1	A	600EA
2	Disease-Management- Programm	7	7	1	1	A	Es ist „S“ für COPD 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	N	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	Geburtsdatum	73	80	8	1	N	Datenformat: JJJJMMTT
10	Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika – FEV1 /VC $\leq$ 70% und Zunahme der FEV1 < 15% und/oder < 200 ml	82	82	1	1	A	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
11	Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage) in einer stabilen Krankheitsphase – FEV1 /VC $\leq$ 70% und Zunahme der FEV1 < 15% und/oder < 200 ml	84	84	1	1	A	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
12	Falls FEV1 /VC > 70% und radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen - Diagnose gesichert durch: Atemwegswiderstandserhöhung	86	86	1	1	A	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
13	Falls FEV1 /VC > 70% und radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen - Diagnose gesichert durch: Lungenüberblähung	88	88	1	1	A	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
14	Falls FEV1 /VC > 70% und radiologischer Ausschluss anderer Erkrankungen - Diagnose gesichert durch: Gasaustauschstörung	90	90	1	1	A	„J“= sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt ist
15	Diagnose bekannt seit	92	95	4	1	N	Angabe des Jahres im Format JJJJ. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden und muss dann übermittelt werden.
16	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – keine	97	97	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
17	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – Asthma bronchiale	99	99	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
18	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – andere Lungenerkrankung	101	101	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
19	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – kardiale Erkrankung	103	103	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.

20	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – keine	105	105	1	1	A	J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
21	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – Asthma bronchiale	107	107	1	1	A	J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
22	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – andere Lungenerkrankung	109	109	1	1	A	J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
23	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – kardiale Erkrankung	111	111	1	1	A	J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
24	Raucher/in - ja	113	113	1	1	A	J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
25	Raucher/in - nein	115	115	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
26	Körpergröße	117	119	3	1	N	Die Angabe ist in das Format x,xx zu interpretieren. In Metern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
27	Körpergewicht	121	123	3	1	N	Format xxx . Angabe in kg
28	Aktueller FEV1-Wert	125	127	3	1	A	Die Angabe ist in das Format x,xx zu interpretieren. In Litern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
29	Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten	129	130	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
30	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten	132	133	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
31	Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation	135	136	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
32	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation	138	139	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
33	Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika – bei Bedarf	141	141	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	143	143	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympathomimetika – keine	145	145	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	Langwirksame Anticholinergika – bei Bedarf	147	147	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	Langwirksame Anticholinergika – Dauermedikation	149	149	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	Langwirksame Anticholinergika – keine	151	151	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika – bei Bedarf	153	153	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	155	155	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika – keine	157	157	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	Theophyllin – bei Bedarf	159	159	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	Theophyllin – Dauermedikation	161	161	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	Theophyllin – keine	163	163	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	Systemische Glukokortikosteroide - bei Bedarf	165	165	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	Systemische Glukokortikosteroide - Dauermedikation	167	167	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	Systemische Glukokortikosteroide - keine	169	169	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	Inhalative Glukokortikosteroide – bei Bedarf	171	171	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Inhalative Glukokortikosteroide –	173	173	1	1	A	"J", sofern das Feld auf dem

	Dauermedikation						Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Inhalative Glukokortikosteroide – keine	175	175	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation – ja	177	177	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation – nein	179	179	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Sonstige Behandlung – keine	181	181	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	Sonstige Behandlung – Langzeitsauerstofftherapie	183	183	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Sonstige Behandlung – häusliche Beatmung	185	185	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Sonstige Behandlung – operative Verfahren	187	187	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen – ja	189	189	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Erstdokumentation gefüllt werden
58	COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen – nein	191	191	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Erstdokumentation gefüllt werden.
59	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – ja	193	193	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann im Falle der Erst- und Folgedokumentation gefüllt werden.
60	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – nein	195	195	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann im Falle der Erst- und Folgedokumentation gefüllt werden.
61	Inhalationstechnik überprüft – ja	197	197	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann im Falle der Erst- und Folgedokumentation gefüllt werden.
62	Inhalationstechnik überprüft – nein	199	199	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann im Falle der Erst- und Folgedokumentation gefüllt werden.
63	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – ja	201	201	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Folgedokumentation gefüllt werden.
64	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – nein	203	203	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Folgedokumentation gefüllt werden.
65	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – war aktuell nicht möglich	205	205	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Folgedokumentation gefüllt werden.
66	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	207	207	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Folgedokumentation gefüllt werden.
67	Empfehlung zum Tabakverzicht – ja	209	209	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
68	Empfehlung zum Tabakverzicht – nein	211	211	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
69	Empfehlung zum körperlichen Training – ja	213	213	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
70	Empfehlung zum körperlichen Training – nein	215	215	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
71	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – ja	217	217	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
72	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – nein	219	219	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
73	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	221	228	8	1	N	Format JJJJMMTT
74	Dokumentationsintervall – quartalsweise	230	230	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
75	Dokumentationsintervall – jedes zweite Quartal	232	232	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.

SA 600FA– Folgedokumentation gültig ab 01.01.2005

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT-Stellenanzahl	Feldtyp	Anmerkungen
1	Satzart	1	5	5	1	A	600FA
2	Disease-Management- Programm	7	7	1	1	A	Es ist „S“ für COPD 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	N	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	Geburtsdatum	73	80	8	1	N	Datenformat: JJJJMMTT
10	Diagnose bekannt seit	82	85	4	1	N	Angabe des Jahres im Format JJJJ. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden und muss dann übermittelt werden.
11	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – keine	87	87	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
12	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – Asthma bronchiale	89	89	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
13	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – andere Lungenerkrankung	91	91	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
14	Andere Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – kardiale Erkrankung	93	93	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
15	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – keine	95	95	1	1	A	J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
16	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – Asthma bronchiale	97	97	1	1	A	J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
17	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – andere Lungenerkrankung	99	99	1	1	A	J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
18	Neu aufgetretene Luftnot verursachende Begleiterkrankungen – kardiale Erkrankung	101	101	1	1	A	J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
19	Raucher/in - ja	103	103	1	1	A	J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
20	Raucher/in - nein	105	105	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
21	Aktuelles Körpergewicht	107	109	3	1	N	Format xxx. Angabe in kg
22	Aktueller FEV1-Wert	111	113	3	1	A	Die Angabe wird in das Format x,xx interpretiert. In Litern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
23	Aktueller FEV1-Wert – nicht	115	115	1	1	A	J“, sofern das Feld auf dem

	durchgeführt						Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
24	Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten	117	118	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
25	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD in den letzten 12 Monaten	120	121	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Erstdokumentationen vorhanden.
26	Stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation	123	124	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
27	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung der COPD seit der letzten Dokumentation	126	127	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
28	Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympatho-mimetika – bei Bedarf	129	129	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympatho-mimetika – Dauermedikation	131	131	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	Kurzwirksame Anticholinergika und/oder Beta-2-Sympatho-mimetika – keine	133	133	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	Langwirksame Anticholinergika – bei Bedarf	135	135	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	Langwirksame Anticholinergika – Dauermedikation	137	137	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	Langwirksame Anticholinergika – keine	139	139	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	Langwirksame Beta-2-Sympatho-mimetika – bei Bedarf	141	141	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	Langwirksame Beta-2-Sympatho-mimetika – Dauermedikation	143	143	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	Langwirksame Beta-2-Sympatho-mimetika – keine	145	145	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	Theophyllin – bei Bedarf	147	147	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	Theophyllin – Dauermedikation	149	149	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	Theophyllin – keine	151	151	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	Systemische Glukokortikosteroide - bei Bedarf	153	153	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	Systemische Glukokortikosteroide - Dauermedikation	155	155	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	Systemische Glukokortikosteroide-keine	157	157	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	Inhalative Glukokortikosteroide – bei Bedarf	159	159	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	Inhalative Glukokortikosteroide – Dauermedikation	161	161	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	Inhalative Glukokortikosteroide – keine	163	163	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation – ja	165	165	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	Aktuelle COPD-spezifische Regelmedikation – nein	167	167	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	Sonstige Behandlung – keine	169	169	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Sonstige Behandlung – Langzeitsauerstofftherapie	171	171	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Sonstige Behandlung – häusliche Beatmung	173	173	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Sonstige Behandlung – operative Verfahren	175	175	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen – ja	177	177	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Erstdokumentation gefüllt werden
53	COPD-Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen –nein	179	179	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Erstdokumentation gefüllt werden.
54	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – ja	181	181	1	1	A	„J“, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann im Falle der Erst- und

							Folgedokumentation gefüllt werden.
55	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – nein	183	183	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann im Falle der Erst- und Folgedokumentation gefüllt werden.
56	Inhalationstechnik überprüft – ja	185	185	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann im Falle der Erst- und Folgedokumentation gefüllt werden.
57	Inhalationstechnik überprüft – nein	187	187	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann im Falle der Erst- und Folgedokumentation gefüllt werden.
58	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – ja	189	189	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Folgedokumentation gefüllt werden.
59	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – nein	191	191	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Folgedokumentation gefüllt werden.
60	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – war aktuell nicht möglich	193	193	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Folgedokumentation gefüllt werden.
61	Empfohlene COPD-Schulung wahrgenommen (seit der letzten Dokumentation) – bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	195	195	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde. Feld kann ausschließlich im Falle der Folgedokumentation gefüllt werden.
62	Empfehlung zum Tabakverzicht – ja	197	197	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
63	Empfehlung zum Tabakverzicht – nein	199	199	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
64	Empfehlung zum körperlichen Training – ja	201	201	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
65	Empfehlung zum körperlichen Training – nein	203	203	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
66	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – ja	205	205	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
67	COPD-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – nein	207	207	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
68	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	209	216	8	1	N	Format JJJJMMTT
69	Dokumentationsintervall – quartalsweise	218	218	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
70	Dokumentationsintervall – jedes zweite Quartal	220	220	1	1	A	“J”, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.

Anhang 1 - Verschlüsselungstabelle der KV-Regionen

„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
„51“	Rheinland-Pfalz
„52“	Baden-Württemberg
„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

ANLAGE 5 - DATENSCHUTZVEREINBARUNG

ZUM 2. NACHTRAG ZUM

Datenstellenvertrag zur Durchführung der Disease-Management-Programme in Hamburg

in der Fassung vom 01.07.2008

zwischen

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

**der AOK Rheinland / Hamburg – Die Gesundheitskasse
der Knappschaft**

dem BKK-Landesverband NORDWEST, handelnd für die Betriebskrankenkassen, die dieser
Vereinbarung beigetreten sind; zugleich als

Krankenkasse für den Gartenbau,

handelnd als Landesverband der landwirtschaftlichen Krankenversicherung
der IKK classic

handelnd für die Innungskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beigetreten sind

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK

- Techniker Krankenkasse (TK)

- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)

- KKH-Allianz (Ersatzkasse)

- HEK - Hanseatische Krankenkasse

- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

- Auftraggeber -

und

der INTER-FORUM Data Services GmbH

Sommerfelder Straße 120

04316 Leipzig

- Auftragnehmer -



§ 1

Gegenstand der Datenschutzregelungen

- (1) Diese Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sind Bestandteil des Datenstellenvertrages vom 01.07.2008 (im Folgenden: Hauptvertrag) und regeln den Schutz der Daten bei der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung im Auftrag unter besonderer Berücksichtigung des Zweiten Kapitels des Sozialgesetzbuches - Zehntes Buch - (SGB X), insbesondere des § 80 SGB X bzw. § 11 BDSG.
- (2) Der Auftragnehmer erhebt, verarbeitet und nutzt zum Zwecke der Erbringung der nach dem Hauptvertrag geschuldeten Leistungen personenbezogene Daten (im Folgenden: Daten) im Auftrag der Auftraggeber.

§ 2

Geschäftsgrundlage

- (1) Geschäftsgrundlage des Rechtsverhältnisses zwischen Auftragnehmer und Auftraggeber ist, dass der Datenschutz beim Auftragnehmer nach der Art der zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden Daten den Anforderungen genügt, die für die Auftraggeber gelten.
- (2) Der Auftraggeber, die für ihn zuständigen Aufsichtsbehörden oder von ihm beauftragte externe Prüfeinrichtungen sind berechtigt, sich vor Beginn der Auftragsdatenverarbeitung und anschließend regelmäßig von der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu überzeugen (§ 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X).
- (3) Die Rechte der Betroffenen (§§ 82 – 84 SGB X) sind gegenüber dem Auftraggeber geltend zu machen.

§ 3

Pflichten des Auftragnehmers

- (1) Der Auftragnehmer erhebt, verarbeitet oder nutzt die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse ausschließlich für die Erfüllung des im Hauptvertrag festgelegten Zweckes und der in diesem Zusammenhang schriftlich erteilten Weisungen des Auftraggebers. Er bewahrt die Daten unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist. Er gibt sie nicht an Dritte weiter. Der Auftragnehmer verpflichtet sich, keine Kopien oder Duplikate der Datenbestände bzw. Datenbanken ohne Wissen des Auftraggebers zu erstellen oder die Daten für andere Zwecke zu nutzen.
- (2) Der Auftragnehmer trägt die Gewähr dafür, dass die in der Anlage zu § 78a SGB X bzw. § 9 BDSG genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen sind und eingehalten werden. Ein vorhandenes Sicherheitshandbuch ist zur Verfügung zu stellen oder es ist Einsichtnahme zu ermöglichen. Das Sicherheitshandbuch wird Gegenstand des Vertragsverhältnisses. Sofern ergänzende Weisungen der Auftraggeber bzw. der teilnehmenden Krankenkassen schriftlich ergangen sind (vgl. § 4 Abs. 3 dieser Datenschutzvereinbarung), trägt der Auftragnehmer auch die Gewähr für deren Einhaltung. In begründeten Fällen können durch bevollmächtigte Personen des Auftraggebers Einzelanweisungen auch mündlich erteilt werden. Diese bedürfen der unverzüglichen schriftlichen Bestätigung. Die in **Anhang A** beschriebenen Maßnahmen sind Mindeststandard und der technischen Entwicklung anzupassen. Abweichungen oder Veränderungen sind nur zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit zulässig.

- (3) Der Auftragnehmer benennt seine Betriebsstätten und Geschäftsräume, die an der Auftragserfüllung beteiligt werden sollen sowie deren Betriebs- und Geschäftszeiten in **Anhang A**. Eine Veränderung der Standorte oder Betriebsstätten, an denen die Daten verarbeitet und genutzt werden, bedarf der schriftlichen Zustimmung des Auftraggebers. Die Datenverarbeitung oder -nutzung in Privatwohnungen (Heim – oder Telearbeitsplätze) ist nicht gestattet. Datenverarbeitung außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den EWR ist nur zulässig, wenn der Auftraggeber die Zulässigkeit im Sinne der maßgeblichen EU-Richtlinien festgestellt hat.
- (4) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass ein Zugriff auf die Daten des Auftraggebers von anderen Stellen ausgeschlossen ist.
- (5) Der Auftragnehmer verweist an den Auftraggeber, wenn von Betroffenen die Rechte gemäß §§ 81 – 84 SGB X geltend gemacht werden. Er stellt sicher, dass die Daten von Betroffenen bei Bedarf auf Anweisung des Auftraggebers berichtigt, gelöscht oder gesperrt werden können.
- (6) Der Auftragnehmer stellt durch entsprechende Kontrollen sicher, dass diese Bestimmungen regelmäßig hinsichtlich der Einhaltung, der tatsächlichen Gegebenheiten und der notwendigen Änderungen kontrolliert werden. Die Kontrollen, die Ergebnisse und ggf. umgesetzte Maßnahmen sind zu protokollieren und für mindestens 7 Jahre aufzubewahren.
- (7) Der Auftragnehmer benennt den bestellten Datenschutzbeauftragten (vgl. §§ 4f, 4g BDSG) in **Anhang A** mit Anschrift und Kontaktdaten; Veränderungen sind dem Auftraggeber unaufgefordert mitzuteilen. Soweit der Auftragnehmer keinen Datenschutzbeauftragten bestellt hat, benennt er die verantwortliche Person in der Geschäftsleitung und die für die Überwachung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen maßgebliche Kontrollbehörde.
- (8) Die Datenverarbeitung wird vom Auftragnehmer lückenlos und revisionssicher dokumentiert. Die Dokumentation ist dem Auftraggeber auf Verlangen vorzulegen.
- (9) Der Auftragnehmer ist verpflichtet für die auftragsgemäße Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung sowie für die Erfüllung der in § 1 Abs. 1 genannten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG und § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellt der Auftragnehmer sicher, dass das von ihm eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften regelmäßig ausreichend informiert und angewiesen ist.
- (10) Der Auftragnehmer räumt das Recht ein, dass der Auftraggeber und seine zuständigen Aufsichtsbehörden bzw. die von ihm beauftragten Prüfeinrichtungen Auskünfte bei ihm einholen sowie jederzeit während der Betriebs- und Geschäftszeiten seine Grundstücke oder Geschäftsräume betreten dürfen, um dort Besichtigungen oder Prüfungen vorzunehmen und geschäftliche Unterlagen sowie die gespeicherten Sozialdaten und Datenverarbeitungsprogramme einzusehen, soweit dies im Rahmen des Auftrags zur Überwachung von Datenschutz und Datensicherheit erforderlich ist (§ 80 Abs. 2 SGBX bzw. § 38 BDSG). Der Auftraggeber sichert zu, dass er die notwendige personelle und sachliche Unterstützung bei den Prüfungen zur Verfügung stellt.
- (11) Der Auftragnehmer unterrichtet den Auftraggeber unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen - auch seiner Mitarbeiter oder Unterauftragnehmer - oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und -nutzung. Dies gilt insbesondere, wenn i. S. § 83a SGB X bzw. § 42a BDSG Daten der besonderen Art (z. B. Gesundheitsdaten) unrechtmäßig übermittelt oder auf sonstige Weise Dritten unrechtmäßig zur Kenntnis gelangt sind. In diesem Falle hat der Auftragnehmer sofort alle erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Daten zu treffen und weitere Anweisungen durch den Auftraggeber abzuwarten. Die Unterrichtungspflicht gilt auch, wenn Aufsichtsbehörden nach § 38 BDSG tätig werden oder eine zuständige Behörde nach §§ 43, 44 BDSG beim Auftragnehmer oder seinen Unterauftragnehmern ermittelt. Die Entscheidung über die Schwere der

Beeinträchtigung bzw. der schutzwürdigen Belange und die weiteren Informationspflichten gemäß § 83a SGB X in Verbindung mit § 42a Satz 2 - 6 BDSG trifft allein der Auftraggeber.

- (12) Sollte das Eigentum des Auftraggebers beim Auftragnehmer durch Maßnahmen Dritter (z. B. durch Pfändung oder Beschlagnahme, durch ein Insolvenz- oder Vergleichsverfahren) oder durch sonstige Ereignisse gefährdet werden, hat der Auftragnehmer den Auftraggeber unverzüglich darüber zu informieren. Der Auftragnehmer ist verpflichtet, alle in diesem Zusammenhang Verantwortlichen unverzüglich darüber zu informieren, dass es sich um Daten des Auftraggebers handelt, über die er keinerlei Verfügungs- oder sonstige Bestimmungsgewalt oder Eigentumsrechte hat.
- (13) Sämtliche Daten und Unterlagen sowie Verarbeitungs- oder Nutzungsergebnisse, die im Zusammenhang mit den in § 1 genannten Leistungen dieser Datenschutzregelungen in die Verfügungsgewalt des Auftragnehmers gelangt sind, hat dieser entsprechend den jeweiligen Vereinbarungen im Einzelfall bzw. nach Abschluss der vertraglichen Arbeiten dem Auftraggeber auszuhändigen bzw. zu übermitteln. Auf Verlangen des Auftraggebers hat der Auftragnehmer in seinem Besitz befindliche Daten bzw. Datenbestände (z. B. physische Datenträger, elektronische Dateien oder Datenbanken in seinen DV-Systemen) nichtreproduzierbar zu löschen bzw. physisch zu vernichten. Die Vernichtung hat mindestens nach der Stufe 4 der DIN 32757-1, die Datenlöschung nach anerkanntem BSI-Standard für vertrauliche Daten in der jeweils aktuellen Fassung zu erfolgen. Dies gilt auch für Test- und Zwischenergebnisse. Die Löschung und Vernichtung hat der Auftragnehmer in geeigneter Weise zu protokollieren und auf Verlangen dem Auftraggeber vorzulegen. Im Zweifelsfall sind geeignete Maßnahmen mit dem Auftraggeber abzustimmen. § 4 Abs. 3 gilt.
- (14) Endet das Vertragsverhältnis, hat der Auftragnehmer gegenüber dem Auftraggeber schriftlich zu erklären, dass die nicht mehr erforderlichen Daten und Datenträger ordnungsgemäß im Sinne dieses Vertrages gelöscht bzw. vernichtet wurden und welche Daten aus gesetzlichen Gründen über das Ende des Auftragsverhältnisses hinaus aufbewahrt werden müssen.

§ 4

Pflichten des Auftraggebers

- (1) Der Auftraggeber entscheidet über die Zulässigkeit der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung und bleiben in jeder Phase verantwortlich für die Wahrung der Rechte derjenigen, deren Daten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Betroffene). Das alleinige Eigentums- und Verfügungsrecht über die Daten verbleibt bei dem Auftraggeber.
- (2) Der Auftraggeber ist verpflichtet und berechtigt, erforderlichenfalls Weisungen nach § 80 Abs. 2 SGB X bzw. § 11 Abs. 3 BDSG betreffend die Ergänzung der beim Auftragnehmer vorhandenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit zu erteilen; diese sind schriftlich zu fassen.
- (3) Der Auftraggeber hat auf Wunsch des Auftragnehmers den Auftrag, Weisungen und Erläuterungen zu präzisieren; diese sind schriftlich zu erteilen. § 3 Abs. 2 Satz 4 gilt entsprechend.
- (4) Der Auftraggeber informiert den Auftragnehmer unverzüglich über festgestellte Fehler oder Unregelmäßigkeiten bei der Erbringung der Auftragsleistung.
- (5) Die im Rahmen des Auftragsverhältnisses weisungs-, empfangs- und kontrollberechtigten Personen sind dem Auftragnehmer vor Ausübung ihrer Tätigkeit von dem Auftraggeber schriftlich zu benennen. Sie haben sich bei der Ausübung ihrer Befugnisse zu legitimieren.

§ 5

Unterauftragnehmer

- (1) Unterauftragnehmer, die für den Auftragnehmer Daten des Auftraggebers verarbeiten oder nutzen, dürfen vom Auftragnehmer nur mit vorheriger, schriftlicher Einwilligung des Auftraggebers eingeschaltet werden. Für die in **Anhang B** aufgeführten Unterauftragnehmer gilt die Einwilligung mit Vertragsschluss als erteilt.
- (2) Die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Auftragnehmer und Unterauftragnehmer sind so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer entsprechen. Dies gilt auch für den einzuhaltenden Mindeststandard bei den technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sowie den Prüf- und Kontrollrechten (siehe § 3 Abs. 6 dieser Datenschutzregelungen). Der Auftragnehmer hat im Vertrag mit dem Unterauftragnehmer den Auftrag, den Arbeitsablauf und die an den Unterauftragnehmer zum Zwecke der auftragsgemäßen Verarbeitung oder Nutzung gelangenden Daten der Art nach zu bezeichnen. Der Auftragnehmer hat sich bei seinen Unterauftragnehmern vor Beginn der Datenverarbeitung und sodann regelmäßig von der Einhaltung der beim Unterauftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu überzeugen. Das Ergebnis ist zu dokumentieren und auf Verlangen dem Auftraggeber vorzulegen. Die vom Auftragnehmer mit dem Unterauftragnehmer geschlossenen Verträge bedürfen der Schriftform und sind dem Auftraggeber auf Verlangen vorzulegen. Das Verhalten seiner Unterauftragnehmer ist dem Auftragnehmer wie eigenes Verhalten zuzurechnen.
- (3) Wenn andere Stellen die Prüfung oder Wartung von automatisierten Verfahren oder von Datenverarbeitungsanlagen vornehmen und dabei ein Zugriff auf die Daten des Auftraggebers nicht ausgeschlossen werden kann, gelten der § 80 Abs. 7 SGB X bzw. § 11 Abs. 5 BDSG sinngemäß. Derartige Aufträge sind dem Auftraggeber rechtzeitig vor Vertragsabschluss mitzuteilen. Sind Störungen im Betriebsablauf zu erwarten oder bereits eingetreten ist der Vertrag unverzüglich nachzuholen. Bereits bestehende Vertragsbeziehungen sind in **Anhang C** aufzuführen.
- (4) Die vorstehenden Regelungen gelten auch im Hinblick auf die Beauftragung eines Unterauftragnehmers durch einen Unterauftragnehmer, soweit der Auftraggeber eine solche Beauftragung schriftlich zugelassen hat.

§ 6

Datentransport

- (1) Datenträger sind von dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer als Einschreiben – eigenhändig zu versenden. Hierbei sind verschließbare Behälter in neutraler, verschlossener Verpackung zu verwenden. Zu den Behältern erhalten der Auftraggeber und der Auftragnehmer jeweils einen Schlüssel, für dessen Verlust sie haften. Wenn keine verschließbaren Behältnisse zur Verfügung stehen, so sind die Datenträger zu versiegeln oder plombiert zu verpacken und in einer neutralen, verschlossenen weiteren Verpackung per Einschreiben – eigenhändig zu versenden.
- (2) Die bei jedem Transport zu verwendenden Begleitpapiere und Quittungen sind unverzüglich zurückzusenden oder gesondert aufzubewahren und zur Prüfung herauszugeben.

§ 7

Haftung

- (1) Unabhängig von etwaigen anderslautenden Regelungen im Hauptvertrag haftet der Auftragnehmer gegenüber dem Auftraggeber nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge seines oder seiner Unterauftragnehmer (§ 5) schuldhaften Verhaltens gegen Datenschutzregelungen oder durch die schuldhafte Verletzung dieses Vertrages entstehen. Für den Auftragnehmer gilt dabei § 7 Satz 2 BDSG hinsichtlich der Beweislastumkehr entsprechend. Der Auftraggeber hat im Rahmen seiner Schadenersatzverpflichtung gegenüber Dritten bei Schadensfällen, für die der Auftragnehmer zu haften hat, einen Freistellungsanspruch gegen den Auftragnehmer.
- (2) Der Auftragnehmer bestätigt, sich gegen die Inanspruchnahme wegen Verletzung von Datenschutzvorschriften hinreichend versichert zu haben und diesen Versicherungsschutz für die gesamte Laufzeit dieser Vereinbarung in vollem Umfang aufrechtzuerhalten. Auf Nachfrage der Auftraggeber ist dies durch Vorlage geeigneter Dokumente nachweisen.
- (3) Darüber hinaus hat der Auftragnehmer die Kosten und Schäden zu ersetzen, die dem Auftraggeber aus der Anwendung des § 83a SGB X entstehen.

§ 8

Nebenabreden

Änderungen und Nebenabreden zu diesen Datenschutzregelungen bedürfen der Schriftform und sind von beiden Vertragsparteien zu unterschreiben.

§ 9

Laufzeit

Der Beginn des Auftragsverhältnisses ist im Hauptvertrag geregelt. Diese Datenschutzvereinbarung wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und gilt bis zur vollständigen Erfüllung und Abwicklung aller sich aus § 1 ergebenden Leistungen. Die Geheimhaltungspflicht und Haftung gilt darüber hinaus unbegrenzt.

§ 10

In-Kraft-Treten

- (1) Diese Datenschutzvereinbarung ersetzt die bestehende Vereinbarung vom 01.03.2006 und tritt zum 01.07.2011 in Kraft. Es gilt die Gerichtsstandsvereinbarung des Hauptvertrages.
- (2) Änderungen oder Ergänzungen bedürfen der Schriftform.
- (3) Änderungen laut datenschutzrechtlicher Bestimmungen wirken unmittelbar auf die Vereinbarung. Entsprechendes gilt für Auflagen der Aufsichtsbehörde sowie der Bundes- und Landesbeauftragten zum Datenschutz.



Hamburg, den 01.07.2011

INTER-FORUM Data Services GmbH


INTER-FORUM
Data Services GmbH
Sommerfelder Str. 120, 04316 Leipzig
Tel. 0341/25 92 00, Fax 0341/25 92 020

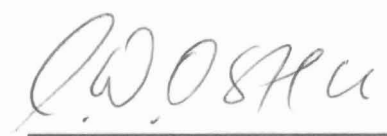
AOK Rheinland / Hamburg
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft -
zugleich als Mitglied der Gemeinsamen
Einrichtung -

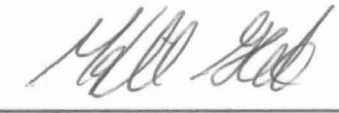
BKK-Landesverband NORDWEST
- zugleich für die Krankenkasse für den
Gartenbau
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft -
zugleich als Mitglied der Gemeinsamen
Einrichtung -

Knappschaft
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft -
zugleich als Mitglied der Gemeinsamen
Einrichtung -


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


Verband der Ersatzkassen e.V.
- zugleich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft -
zugleich als Mitglied der Gemeinsamen
Einrichtung -
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg





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



Anhänge:

- Anhang A** – Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit sowie der Übersicht aller Standorte, an denen die vertraglichen Arbeiten stattfinden werden
- Anhang B** – Übersicht über die Unterauftragnehmer
- Anhang C** – Übersicht über die Wartungsfirmen

Technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit bei INTER-FORUM Data Services GmbH um das erforderliche Schutzniveau für die Verarbeitung und Nutzung von Daten zu gewährleisten.

Angabe und Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit, die im Einzelfall getroffen wurden, um

- 1 Unbefugten den Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen Sozialdaten verarbeitet oder genutzt werden, zu verwehren (Zutrittskontrolle),
- 2 zu verhindern, dass Datenverarbeitungssysteme von Unbefugten genutzt werden können (Zugangskontrolle),
- 3 zu gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können,
- 4 und dass Sozialdaten bei der Verarbeitung, Nutzung sowie nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können (Zugriffskontrolle),
- 5 zu gewährleisten, dass Sozialdaten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträgern nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können,
- 6 und dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen eine Übermittlung von Sozialdaten durch Einrichtungen der Datenübertragung vorgesehen ist (Weitergabekontrolle),
- 7 zu gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem Sozialdaten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind (Eingabekontrolle),
- 8 zu gewährleisten, dass Sozialdaten, die im Auftrag erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers erhoben, verarbeitet oder genutzt werden können (Auftragskontrolle),
- 9 zu gewährleisten, dass Sozialdaten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind (Verfügbarkeitskontrolle),
- 10 zu gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Sozialdaten getrennt verarbeitet werden können.

Die Maßnahmen sind schriftlich in einem Sicherheitshandbuch oder einer Sicherheitsrichtlinie ☒ festgelegt ☐ nicht schriftlich festgelegt.

Bezeichnung: Sicherheitshandbuch

Stand: 03.05.2011



Anhang A zur Anlage 5 Datenschutzvereinbarung vom 01.07.2011

Die Datenverarbeitung im Rahmen des Auftrags findet in folgenden Betriebsstätten- und Geschäftsräumen des Auftragnehmers statt:

Bezeichnung, Anschrift, Tel.	Art der Verarbeitung	tägliche Geschäftszeiten
Hauptsitz Sommerfelder Straße 120 04316 Leipzig	Datenannahme und - verarbeitung	08.00 – 18.00 Uhr
Niederlassung Holzhausen Christian-Grunert-Str. 2 04288 Leipzig-Holzhausen	Belegarchivierung	08.00 – 18.00 Uhr

Als Datenschutzbeauftragte/r ist bestellt seit 01.03.2007:

Name:	Sandra Busse-Krause
Anschrift:	Sommerfelder Straße 120 04316 Leipzig
Telefon:	0341/259200
E-Mail	sandra.busse-krause@inter-forum.de

(Falls kein Datenschutzbeauftragter bestellt ist bitte die für den Datenschutz zuständige Person der Geschäftsleitung angeben.)

Leipzig, 01.07.2011

Leipzig, Datum

INTER-FORUM
Data Services GmbH
Sommerfelder Str. 120, 04316 Leipzig
Tel. 0341/259200, Fax 0341/2592020

INTER-FORUM
Data Services GmbH



Anhang B zur Anlage 5 Datenschutzvereinbarung vom 01.07.2011

Übersicht über die für INTER-FORUM Data Services GmbH tätigen Unterauftragnehmer, die im Falle der Auftragserteilung unmittelbar die Daten der Auftraggeber 1 bis 4 erheben, verarbeiten und/oder nutzen (z. B. Datenträgervernichter, Letter-Shop, Call-Center)

Name des Unterauftragnehmers:	Rhenus Data Office GmbH
Anschrift:	Stöhrerstraße 16 04347 Leipzig
Aufgabenfeld:	Datenträgervernichtung

Name des Unterauftragnehmers:	Noack & Neumann GmbH
Anschrift:	Maximilianallee 4 04129 Leipzig
Aufgabenfeld:	Objektbewachung

Name des Unterauftragnehmers:	
Anschrift:	
Aufgabenfeld:	

Leipzig, 01.07.2011

Leipzig, Datum

INTER-FORUM
Data Services GmbH
Sommerfelder Str. 120, 04316 Leipzig
Tel. 0341/259200, Fax 0341/2592020

INTER-FORUM
Data Services GmbH

Übersicht gültig ab:	
Stand der Aktualisierung:	



Anhang C zur Anlage 5 Datenschutzvereinbarung vom 01.07.2011

Übersicht über die für die INTER-FORUM Data Services GmbH tätigen Wartungsfirmen, die die eingesetzten automatisierten Verfahren oder die eingesetzten Datenverarbeitungsanlagen im Auftrag prüfen oder warten und bei denen im Zusammenhang mit den genannten Tätigkeiten ein Zugriff auf Sozialdaten nicht ausgeschlossen werden kann

Name der Wartungsfirma:	INTER-FORUM AG
Anschrift:	Sommerfelder Straße 120 04316 Leipzig
Aufgabenfeld:	Softwareentwicklung und Verwaltung

Name der Wartungsfirma:	INTER-FORUM Software Services GmbH
Anschrift:	Sommerfelder Straße 120 04316 Leipzig
Aufgabenfeld:	Softwareentwicklung und Softwaresupport

Name der Wartungsfirma:	Lampertz GmbH & Co. KG
Anschrift:	Industriestraße 24 56472 Hof
Aufgabenfeld:	Wartung der IT-Sicherheitsräume

Name der Wartungsfirma:	Kriesten GmbH
Anschrift:	Meißner Straße 218 01445 Radebeul
Aufgabenfeld:	Wartung der Kopierer

Leipzig, 01.07.2011

Leipzig, Datum

INTER-FORUM
Data Services GmbH
Sommerfelder Str. 120, 04316 Leipzig
Tel. 0341/25 92 10, Fax 0341/25 09 88

INTER-FORUM
Data Services GmbH

Übersicht gültig ab:	
Stand der Aktualisierung:	

th

Anhang C zur Anlage 5 Datenschutzvereinbarung vom 01.07.2011

Name der Wartungsfirma:	Francotyp Postalia Vertrieb und Service GmbH
Anschrift:	Triftweg 21-26 16547 Birkenwerder
Aufgabenfeld:	Wartung der Kuvertiermaschinen

Name der Wartungsfirma:	GDMcom GmbH
Anschrift:	Maximilianallee 4 04129 Leipzig
Aufgabenfeld:	Wartung der Telefonanlage

Leipzig, 01.07.2011

Leipzig, Datum

INTER-FORUM
Data Services GmbH
Sommerfelder Str. 120, 04316 Leipzig
Tel. 0341/2592 00 Fax 0341/2592 020

INTER-FORUM
Data Services GmbH

Übersicht gültig ab:	
Stand der Aktualisierung:	

Ch

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. 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

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

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. 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

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

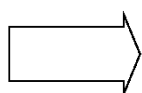
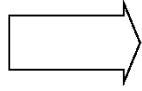
Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

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☐ 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. 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

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

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 Programmtteilnahme 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 Programmtteilnahme 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

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 -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

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

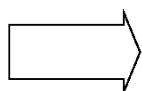
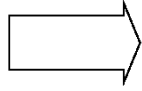
Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich

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
gesamt209 ng/dl oder , mmol/l ☐ nicht untersuchtLDL-
Cholesterin136 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

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

☐

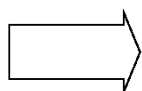
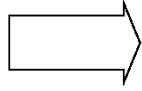
Grad IV

☐

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☒

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

☐

nein

sonstige diagnosespezifische
Medikation☒

ja

☐

nein

Schulungen

Schulung bereits vor Ein-
schreibung in das strukturierte
Behandlungsprogramm
wahrgenommen☒

Diabetes-Schulung

☐

Hypertonie-Schulung

☐

INR-Schulung

☐

andere Schulungen

☐

keine

Schulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)☐

Diabetes-Schulung

☒

Hypertonie-Schulung

☐

INR-Schulung

☐

andere Schulungen

☐

keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen

☐

ja

☐

nein

Zielvereinbarung Blutdruck
aktuellen Wert:☒

halten

☐

senken

KHK-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

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

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 Programmt Teilnahme 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 Programmt Teilnahme 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

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

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 -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

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

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
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
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 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

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

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 Einwilligungserklärungen 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)