

Datenstellenvertrag
zur Durchführung der Disease-Management-Programme
in Hamburg

in der Fassung vom 01.01.2012

zwischen

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

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

der Knappschaft,

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

den **nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Hamburg,

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH),

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

und

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

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Begriffsbestimmungen

Präambel

Abschnitt I Ziele, Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

§ 1 Ziele

§ 2 Vertragsgegenstand

§ 3 Geltungsbereich

Abschnitt II - Datenmanagement

§ 4 Aufgabenbeschreibung

§ 5 Ausführungsfristen

§ 6 Statusdatensatz/Workflow-Daten

§ 7 Mitwirkung der Krankenkassen/-verbände und der KVH

§ 8 Grundsätze der Zusammenarbeit

§ 9 Änderung der zu erbringenden Leistung

Abschnitt III - Datenschutz

§ 10 Datenschutzmaßnahmen, Subunternehmer

§ 11 Datentransport

§ 12 Pflichten der Auftraggeber und der KVH

§ 13 Haftung bei Verletzung von Datenschutzbestimmungen

Abschnitt IV - Datenstellenprüfung

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

Abschnitt V - Zusammenarbeit, Qualitätssicherung, Vertraulichkeit

§ 15 Grundsätze der Zusammenarbeit

§ 16 Qualitätssicherungsaktivitäten

§ 17 Förderung der elektronischen Dokumentation (eDMP)

§ 18 Vertraulichkeit

Abschnitt V - Vergütung, Abrechnung und Pflichtverletzung

§ 19 Vergütung

§ 20 Abrechnung

§ 21 Fälligkeit der Zahlungen

§ 22 Pflichtverletzung, Haftung

§ 23 Freistellung von Ansprüchen Dritter

§ 24 Vertragsstrafe

Abschnitt VI - Sonstige Bestimmungen, Laufzeit

§ 25 Verdingungsunterlagen

§ 26 Erstreckung des Vertrages auf weitere DMP

§ 27 Rechte an Ergebnissen

§ 28 Schriftform

§ 29 Salvatorische Klausel

§ 30 Gerichtsstand

§ 31 Laufzeit, Kündigung

Erläuterungen

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte

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

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

Weitere Begriffsbestimmungen

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

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

Anlagen

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

Präambel

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

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

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

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

Abschnitt I **Ziele, Vertragsgegenstand und Geltungsbereich**

§ 1

Ziele

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

§ 2

Vertragsgegenstand

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

§ 3

Geltungsbereich

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

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

Abschnitt II Datenmanagement

§ 4 Aufgabenbeschreibung

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

§ 5 Ausführungsfristen

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

§ 6 Statusdatensatz/Workflow-Daten

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

§ 7

Mitwirkung der Krankenkassen/-verbände und der KVH

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

§ 8

Grundsätze der Leistungserbringung

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

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

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

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

§ 9

Änderung der zu erbringenden Leistung

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

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

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

Abschnitt III Datenschutz

§ 10

Datenschutzmaßnahmen, Subunternehmer

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

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

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

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

(11) Der Arbeitsablauf wird von der Datenstelle lückenlos dokumentiert. Hierzu gehört insbesondere eine vollständige Protokollierung der Systemleistungen. Die Dokumentation ist für einen Zeitraum von sieben Jahren nach Ablauf der Kalenderjahre vorzuhalten und den Auftraggebern auf Verlangen vorzulegen.

(12) Die Datenstelle unterrichtet die Krankenkassen/-verbände unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs. Die Datenstelle weist die Krankenkassen/-verbände unverzüglich darauf hin, wenn sie der Ansicht ist, dass Weisungen der Krankenkassen/-verbände gegen das BDSG oder andere Rechtsvorschriften verstoßen.

(13) Die Datenstelle liefert den Auftraggebern die für die Meldung nach § 80 Abs. 3 SGB X erforderlichen Angaben.

(14) Subunternehmer dürfen nur mit vorheriger schriftlicher Einwilligung sämtlicher Krankenkassen/-verbände eingeschaltet werden, es sei denn, es handelt sich um unwesentliche Teilleistungen im Sinne des § 4 Nr. 4 Satz 2 VOL/B. Die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Datenstelle und Subunternehmer sind so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen Auftraggebern und Datenstelle entsprechen.

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

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

§ 11

Datentransport

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

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

§ 12

Pflichten der Auftraggeber und der KVH

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

§ 13

Haftung bei Verletzung von Datenschutzbestimmungen

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

Abschnitt IV

Datenstellenprüfung

§ 14

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

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

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

Abschnitt V
Zusammenarbeit, Qualitätssicherung, Vertraulichkeit

§ 15
Grundsätze der Zusammenarbeit

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

§ 16
Qualitätssicherungsaktivitäten

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

- (4) Die Datenstelle stellt die Qualifikation und Fortbildung ihrer Mitarbeiter sicher. Hierzu gehört insbesondere die Vermittlung von Fachwissen, wie z. B. Regelungen der RSAV und Bestimmungen des Bundesversicherungsamtes.
- (5) Die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg informiert die Datenstelle unverzüglich über notwendige Anpassungen der Datenflüsse aufgrund von Regelungen der RSAV und Bestimmungen des Bundesversicherungsamtes.
- (6) Die Datenstelle bietet den DMP teilnehmenden Ärzten ihre Unterstützung bei Fragen zum Erstellen von Dokumentationen an. Ferner informiert sie anfragende Ärzte zu den DMP-Prozessen Einschreibung, Arztwechsel, Neueinschreibung etc. Informationen zur DMP-Vergütung sind ausschließlich der KVH vorbehalten.
- (7) Anregungen und Beschwerden von an den DMP teilnehmenden Ärzten werden dokumentiert und an die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg übermittelt. Die Aufzeichnung wird von der Datenstelle und der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP wahrgenommen. Ärzte erhalten kurzfristig - möglichst innerhalb von 48 Stunden - eine Rückmeldung zu ihren Anregungen/Beschwerden.

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

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

§ 17

Sicherstellung der elektronischen Dokumentation (eDMP)

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

§ 18

Vertraulichkeit

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

Abschnitt V
Vergütung, Abrechnung und Pflichtverletzung

§ 19
Vergütung

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

a) Im Falle der beleghaften Dokumentation:

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

(ab) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Erstdokumentation EUR 2,16457,(ac) für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Datenvorgang im Zusammenhang mit der Folgedokumentation EUR 2,16457.

b) Im Falle der beleglosen Dokumentation:

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

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

c) Im Fall der Arzt-Reminder:

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

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

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

§ 20

Abrechnung

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

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

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

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

§ 21

Fälligkeit der Zahlungen

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

§ 22

Pflichtverletzung, Haftung

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

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

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

§ 23

Freistellung von Ansprüchen Dritter

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

§ 24

Vertragsstrafe

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

2,00 EUR je Dokumentationsvorgang;

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

1,00 EUR je Dokumentationsvorgang.

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

Abschnitt IV

Sonstige Bestimmungen, Laufzeit

§ 25

Verdingungsunterlagen

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

§ 26

Erstreckung des Vertrages auf weitere DMP

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

§ 27

Rechte an Ergebnissen

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

§ 28
Schriftform

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

§ 29
Salvatorische Klausel

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

§ 30
Gerichtsstand

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

§ 31
Laufzeit, Kündigung

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

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

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

Hamburg, den 01.07.2008

INTER-FORUM Data Services GmbH

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

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

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

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

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

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

Anlage 1

Disease-Management-Programme in Hamburg

Aufgabenbeschreibung für die Datenstelle

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

Hinweis

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

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Entgegennahme der TE/EWE

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

2.2 Scannen der TE/EWE

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

2.3 Weiterleitung der TE/EWE

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

2.4 Prüfung der TE/EWE einschließlich Korrekturverfahren

2.4.1 Erfassung der TE/EWE

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

2.4.2 Prüfung der TE/EWE auf Vollständigkeit

Die erfassten TE/EWE werden auf Vollständigkeit geprüft.

2.4.3 Anforderung unvollständiger TE/EWE

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

2.4.4 Weiterleitung der TE/EWE

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

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

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

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

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

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

3.1 Annahme der Dokumentationen

3.1.1 Annahme belegloser Dokumentationen

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Annahme beleghafter Dokumentationen

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

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

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

3.2 Archivierung der ED/FD

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

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

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

3.2.1 Archivierung bei belegloser Dokumentation

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

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

3.2.2 Archivierung bei beleghafter Dokumentation

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Prüfung der ED/FD auf Einhaltung der Frist

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

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

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

Beispiel 1:

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

Beispiel 2:

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

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

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

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

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

3.5 Zwischenspeicherung der ED/FD

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

- Zwischenspeicher 1

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

- Zwischenspeicher 2

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

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

3.6 Pseudonymisierung der Datensätze

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

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

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

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

3.7 Prüfung der ED/FD auf Vollständigkeit und Plausibilität

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

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

3.8 Nachforderung für unvollständige bzw. nicht plausible DMP-Dokumentationen

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

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

3.8.1 Korrekturverfahren für beleglose DMP-Dokumentationen

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

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

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

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

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

Beispiel 1:

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

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

Beispiel 2:

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

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

Beispiel 3:

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

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

Beispiel 4:

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

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

3.8.2 Korrekturverfahren für beleghafte Dokumentationen

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

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

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

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

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

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

3.9 Bestätigungen für elektronisch erstellte Dokumentationen

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

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

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

3.9.2 Prüfung der eingehenden Bestätigungsschreiben

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

Die eingegangenen Bestätigungsschreiben werden bei der Datenstelle eingescannt und archiviert.

3.9.3 Korrekturverfahren für Bestätigungsschreiben

Geht ein Bestätigungsschreiben in der Datenstelle ein,

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

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

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

3.10 Weiterleitung der ED/FD

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

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

4 Rückmeldeverfahren

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

4.1 Zweckgebundenheit des Arzt-Versicherten-Paares

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

4.2 Generierung des Arzt-Versicherten-Paares

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

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

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

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

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

4.3 Definition und Speicherung des Arzt-Versicherten-Paares

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

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

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

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

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

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

4.4 Meldungen der Krankenkassen

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

4.4.1 Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Krankenversicherungsnummer

Sachverhalt

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

Meldung der Krankenkasse

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

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

Maßnahme der Datenstelle

Die Datenstelle übernimmt die Informationen in die Datenbank. Die bisher bekannte Arzt-Nummer/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 Krankenversicherungsnummer 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 Evaluator

Die Datenstelle hat die Aufgabe, alle in der DMP-Datenbank gespeicherten und abgeschlossenen Datensätze an den von den Auftragsgebern bestimmten externen Evaluator 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, Krankenversicherungsnummer; Versichertenpseudonym. Die Fristen für die Datenlieferungen an den jeweiligen Evaluator ergeben sich aus den Kriterien des BVAs zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme in der jeweils gültigen Fassung. Grundsätzlich werden die Daten halbjährlich jeweils bis zum 31.03. bzw. 30.09. des Jahres übermittelt. Für die IKK, BKKn und den vdek sind die Daten an den Evaluator „Medical Netcare GmbH (MNC)“ und für die AOK Rheinland/Hamburg sowie die Knappschaft an den Evaluator „Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (infas)“ zu liefern.

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

5.3 Testdatenlieferungen

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

5.4 Besonderheiten BKK'n

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

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

5.5 Besonderheiten IKK'n

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

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

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

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

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

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

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

6 Leistungen bei Prüfungen gem. § 15a RSAV

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

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

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

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

6.2 Definition Umfang und Zeitraum der vorzulegenden Unterlagen

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

6.3 Definition der vorzulegenden Unterlagen

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

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

- Folgedokumentationen (FD), inkl. sämtlicher Korrekturen. Sollte im Einzelfall auf dem letzten Korrekturbeleg der gesamte Korrekturverlauf nachvollziehbar 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 Empfangsbekanntnis 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,
- Krankenversicherungsnummer,
- 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 Posteingangdatum des Dokumentationsbogens erhält, hat die Datenstelle einen Dokumentationsbogen aus dem Dokumentationsdatensatz zu reproduzieren und an den von den Krankenkassen genannten Adressaten (Prüfdienst oder Krankenkasse) per Paketkurier und gegen Empfangsbekanntnis vorzunehmen. Die Kran-

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

7 Informationen an die Auftraggeber

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

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

7.1 Online-Recherche

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

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

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

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

7.2 Statusdatensatz

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

7.3 Verbandsstatistik

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

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

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

7.4 Information an den koordinierenden Arzt

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

7.5 Abrechnungsstatistiken

7.5.1 Vergütungsdatei für die Kassenärztliche Vereinigung

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

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

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

7.5.2 Rechnungsbegründende Unterlagen für die Krankenkassen

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

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

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

- 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 Datenannahmestellen 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.

Anhang 2

DFÜ-Verfahren

- **Kurzbeschreibung einzelner Arbeitsschritte beim DMP-Portal KVH:**

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

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

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

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

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

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

Anhang 3

Kurzbeschreibung DMPonline

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

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

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

Antrag zur Erfassung von DMP-Daten im Online-Verfahren

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

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

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

Das vertraglich vereinbarte Versandlistenverfahren bleibt von dieser Regelung unberührt.

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

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

Ich akzeptiere vorstehende Vertragsbedingungen uneingeschränkt.

Datum

Unterschrift und Arztstempel

DMP-Kommunikationsmatrix im Rahmen des Datenmanagements

Information der Vertragsärzte, KVH und Krankenkassen

Stand: 01.01.2011

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

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

Anlage 2

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

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

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

Grundlage:

**17. RSAV
gültig ab 01.07.2008**

Version: 1.0

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

**23.05.2008
01.07.2008**

Anlage 1
Datensatz für die indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

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

¹ Gemeint ist die Lebenslage Arztnummer

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

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

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

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

¹ Nur bei DMP KHK auszufüllen

³ Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen

⁴ Bei KHK, Asthma bronchiale und COPD nur optional auszufüllen

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

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

KHK

Grundlage:

**17. RSAV
gültig ab 01.07.2008**

Version: 1.0

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

**07.12.2007
01.07.2008**

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

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

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

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

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

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

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

Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version: 1.0

Stand der Bearbeitung:
Version anzuwenden ab:

07.12.2007
01.07.2008

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

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

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

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

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

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

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

16

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

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

Asthma bronchiale

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version: 1.0

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

07.12.2007
01.07.2008

Anlage 4: Datensatz für die indikationsspezifische Dokumentation: Asthma bronchiale

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

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

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

²⁰

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

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

COPD

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version: 1.0

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

07.12.2007
01.07.2008

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

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

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

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

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

Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
des strukturierten Behandlungsprogramms

Brustkrebs

Erstdokumentation

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.04.2008

Stand der Bearbeitung:
Version
anzuwenden ab:

23.05.2008
5.0.
01.07.2008

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

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

¹ Gemeint ist die Lebenslange Arztnummer

			<ul style="list-style-type: none"> - Feld 10, 11, 12 und 13 können gemeinsam angekreuzt werden. - Enthält Feld 10 und gleichzeitig Feld 11 oder Feld 12 oder Feld 13 eine Angabe, muss das Datum in Feld 10 kleiner oder gleich sein der Angabe in Feld 11 oder in Feld 12 oder kleiner oder größer oder gleich der Angabe in Feld 13 und gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Wenn Feld 10 und Feld 13 eine Angabe enthält und gleichzeitig die Felder 11 und 12 leer sind, dann muss in Feld 10 mindestens die Angabe JJJJ erfolgen; die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.JJJJ ist dabei für das Feld 10 zulässig. Die Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt.. - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss in mindestens einem der Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 eine Angabe JJJJ erfolgen. Die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für die Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 zulässig. Die Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt.
11	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TTMMJJJJ	<p>Bedingtes Pflichtfeld;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn die Felder 10 und 12 und 13 keine Angaben enthalten, muss hier eine Angabe TT.MM.JJJJ gemacht werden. Ein anderes Datumsformat ist dann nicht zulässig. Die Angabe muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Feld 10, 11, 12 und 13 können gemeinsam angekreuzt werden. - Wenn Feld 11 und Feld 13 eine Angabe enthält und gleichzeitig die Felder 10 und 12 leer sind, muss hier mindestens die Angabe JJJJ erfolgen; die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für Feld 11 zulässig. Die Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt. - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss in mindestens einem der Felder 10 und/oder 11

			<p>und/oder 12 eine Angabe JJJ erfolgen. Die Angabe 00.00.JJJ oder 00.MM.JJJ oder TT.MM.JJJ ist dabei für die Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 zulässig. Die Angabe JJJ oder 00.00.JJJ oder 00.MM.JJJ oder TT.MM.JJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJ wird in 01.01.JJJ, die Datumsformate 00.00.JJJ bzw. 00.MM.JJJ werden in 01.01.JJJ bzw. 01.MM.JJJ umgewandelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enthält Feld 11 und gleichzeitig Feld 10 eine Angabe, muss das Datum in Feld 11 größer oder gleich sein dem Datum in Feld 10 und gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 11 und gleichzeitig Feld 12 eine Angabe, kann das Datum in Feld 11 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 12 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 11 und gleichzeitig Feld 13 eine Angabe, kann das Datum in Feld 11 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 13 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 11 und gleichzeitig Feld 10 und Feld 12 und Feld 13 eine Angabe, kann das Datum in Feld 11 sowohl größer als auch kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 12 und 13 und gleichzeitig muss es größer oder gleich sein dem Datum in Feld 10 und gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein .
12	Lokoregionäres Rezidiv (Datum des histologischen Nachweises)	TTMMJJJJ	<p>Bedingtes Pflichtfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn die Felder 10 und 11 und 13 keine Angabe enthalten, muss hier eine Angabe TT.MM.JJJ gemacht werden. Ein anderes Datumsformat ist dann nicht zulässig. Die Angabe muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Feld 10 und 11 und 12 und 13 können gemeinsam angekreuzt werden. - Wenn Feld 12 und 13 eine Angabe enthält und gleichzeitig die Felder 10 und 11 leer sind, muss hier mindestens die Angabe JJJ erfolgen; die Angabe 00.00.JJJ oder 00.MM.JJJ oder TT.MM.JJJ ist dabei für das Feld 12 zulässig. Die Angabe JJJ oder 00.00.JJJ oder 00.MM.JJJ oder TT.MM.JJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJ wird in 01.01.JJJ, die Datumsformate 00.00.JJJ bzw. 00.MM.JJJ werden in 01.01.JJJ bzw. 01.MM.JJJ umgewandelt. - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss in mindestens einem der Felder 10 und/oder 11

			<p>und/oder 12 eine Angabe JJJ erfolgen. Die Angabe 00.00.JJJJ oder 00.MM.JJJJ oder TT.MM.JJJJ ist dabei für die Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 zulässig. Die Angabe JJJ oder 00.00.JJJ oder 00.MM.JJJ oder TT.MM.JJJ muss dabei kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJ wird in 01.01.JJJ, die Datumsformate 00.00.JJJ bzw. 00.MM.JJJ werden in 01.01.JJJ bzw. 01.MM.JJJ umgewandelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enthält Feld 12 und gleichzeitig Feld 10 eine Angabe, muss das Datum in Feld 12 größer oder gleich sein dem Datum in Feld 10 und gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein . - Enthält Feld 12 und gleichzeitig Feld 11 eine Angabe, kann das Datum in Feld 12 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 11 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 12 und gleichzeitig Feld 13 eine Angabe, kann das Datum in Feld 12 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 13 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält Feld 12 und gleichzeitig Feld 10 und Feld 11 und Feld 13 eine Angabe, muss das Datum in Feld 12 größer oder gleich sein dem Datum in Feld 10 und kann gleichzeitig größer oder kleiner oder gleich dem Datum in Feld 11 und Feld 13 sein. und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein
13	Fernmetastasen erstmals gesichert	TTMMJJJJ	<p>Bedingtes Pflichtfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enthält Feld 10 und Feld 11 und Feld 12 nur eine Angabe im Format JJJ oder 00.00.JJJ oder 00.MM.JJJ, muss in Feld 13 eine Angabe im Format TT.MM.JJJ erfolgen. Das Datumsformat JJJ in Feld 10 und 11 und 12 wird in 01.01.JJJ, die Datumsformate 00.00.JJJ bzw. 00.MM.JJJ in Feld 10 und 11 und 12 werden in 01.01.JJJ bzw. 01.MM.JJJ umgewandelt. - Feld 10 und 11 und 12 und 13 können gemeinsam angekreuzt werden. - Enthält Feld 10 und/oder Feld 11 und/oder Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJ, muss in Feld 13 keine Angabe erfolgen. - Enthält Feld 13 eine Angabe, muss in mindestens einem der Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 die Angabe JJJ erfolgen. Die Angabe 00.00.JJJ oder 00.MM.JJJ oder TT.MM.JJJ ist dabei für die Felder 10 und/oder 11 und/oder 12 zulässig. Die Angabe in Feld 13 muss dabei

		<p>kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. Das Datumsformat JJJJ in Feld 10 und 11 und 12 wird in 01.01.JJJJ, die Datumsformate 00.00.JJJJ bzw. 00.MM.JJJJ in Feld 10 und 11 und 12 werden in 01.01.JJJJ bzw. 01.MM.JJJJ umgewandelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enthält Feld 13 und gleichzeitig Feld 10 eine Angabe, kann das Datum in Feld 13 größer oder kleiner oder gleich dem Datum in Feld 10 sein und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein . - Enthält Feld 13 und gleichzeitig Feld 11 eine Angabe, kann das Datum in Feld 13 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 11 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält das Feld 13 und gleichzeitig Feld 12 eine Angabe, kann das Datum in Feld 13 größer oder kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 12 und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein. - Enthält das Feld 13 und gleichzeitig das Feld 10 und das Feld 11 und das Feld 12 eine Angabe, kann das Datum in Feld 13 größer oder kleiner oder gleich dem Datum in Feld 10 und Feld 11 und Feld 12 sein und muss gleichzeitig kleiner oder gleich dem Unterschriftsdatum (Feld 38) sein.
Plausibilität für eine gültige Einschreibung		
		<p>Eine Einschreibung ist gültig, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - mindestens in einem der Felder 10 oder 11 oder 12 die Angaben TT.MM.JJJJ kleiner als 5,5 Jahre (Differenz der Angabe aus Feld 10 oder 11 oder 12 zu Feld 38) beträgt <p>oder:</p> <p>wenn eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist und gleichzeitig in mindestens einem der Felder 10 oder 11 oder 12 eine Angabe JJJJ oder 00.00.JJJJ erfolgt ist. Die Angaben TT.MM.JJJJ oder 00.MM.JJJJ sind dabei ebenfalls zulässig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 28 auszufüllen. • Bei Einschreibung wegen eines lokoregionären Rezidivs sind die Zeilen 29 bis 30 auszufüllen. • Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 31 bis 33 auszufüllen.
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
14	Betroffene Brust	<p>Re./Li./Beidseits</p> <p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format

			<p>TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 gleichzeitig eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe in Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - „Re.“ kann alleine angekreuzt werden - „Li.“ kann alleine angekreuzt werden - „Beidseits“ kann alleine angekreuzt werden - „Re.“ und „Li.“ können gleichzeitig angekreuzt werden - „Re.“ und „Beidseits“ können gleichzeitig angekreuzt werden - „Li.“ und „Beidseits“ können gleichzeitig angekreuzt werden - „Re.“ und „Li.“ und „Beidseits“ können gleichzeitig angekreuzt werden
<p>15</p>	<p>Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt?</p>	<p>Stanzbiopsie / Vakuumenterstützte Mammabiopsie / Offene Biopsie / Mammographie/ Sonographie / Andere</p>	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn nur eine Angabe in Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn „Mammographie“ angekreuzt wird, muss zusätzlich „Stanzbiopsie“ und/oder

			<p>„vakuumunterstützte Mammabiopsie“ und/oder „Offene Biopsie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Sonographie“ angekreuzt wird, muss zusätzlich „Stanzbiopsie“ und/oder „vakuumunterstützte Mammabiopsie“ und/oder „Offene Biopsie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - Wenn „Andere“ angekreuzt wird, muss zusätzlich mindestens eine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Die Angabe „Stanzbiopsie“ kann auch einzeln angekreuzt werden - Die Angabe „Vakuumunterstützte Mammabiopsie“ kann auch einzeln angekreuzt werden - Die Angabe „Offene Biopsie“ kann auch einzeln angekreuzt werden
16	<p>Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen</p>	<p>OP geplant /OP nicht geplant / Postoperativ</p>	<p>Bedingtes Pflichtfeld: Es ist nur eine Angabe zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe in Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn „OP geplant“ oder „Op nicht geplant“ angekreuzt wird, dann ist in den Feldern 17-25 keine Angabe erforderlich - Wenn „postoperativ“ angekreuzt wird, dann sind in den Feldern 17-28 Angaben erforderlich - Wenn „OP geplant“ angekreuzt wird, darf nicht „OP nicht geplant“ und/oder „postoperativ“ angekreuzt werden - Wenn „OP nicht geplant“ angekreuzt wird, darf nicht „OP geplant“ und/oder „postoperativ“ angekreuzt werden - Wenn „postoperativ“ angekreuzt wird, darf nicht „OP geplant“ und/oder „OP nicht geplant“ angekreuzt werden
17	<p>Art der erfolgten operativen Therapie</p>	<p>BET / Mastektomie/ Sentinel-Lymphknoten- Biopsie / Axilläre</p>	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format

	<p>Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / Keine OP</p>	<p>TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist - Wenn „keine OP“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „BET“ angekreuzt wird, kann auch „Mastektomie“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, kann auch „BET“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ angekreuzt wird, kann auch „BET“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Axilläre Lymphonodektomie“ angekreuzt wird, kann auch „BET“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Anderes Vorgehen“ angekreuzt wird, kann auch „BET“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ angekreuzt werden - Die Angaben „BET“ oder „Mastektomie“ oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ oder „Axilläre Lymphonodektomie“ oder „Anderes Vorgehen“ oder „Keine OP“ können auch alleine angekreuzt werden.
--	---	--

Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses

18	pT	x / Tis / 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / keine OP	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist - wenn „X“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - „X“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Keine OP“ angekreuzt wird, kann auch „X“ angekreuzt werden - „Keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Tis“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „4“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
19	pN	X / 0 / 1 / 2 / 3 / Keine OP	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in

			<p>Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder OP nicht geplant“ erfolgt ist. - Wenn „X“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - „X“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Keine OP“ angekreuzt wird, kann auch „X“ angekreuzt werden - „Keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
20	M	X / 0 / 1	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist

21	Grading	1 / 2 / 3 / Unbekannt	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn „X“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden <p>Bedingtes Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „Op nicht geplant“ erfolgt ist
22	Resektionsstatus	R0 / R1 / R2 / Unbekannt / keine OP	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden <p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format

			<p>TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist. - wenn „R0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „R1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „R2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - wenn „Keine OP“ angekreuzt wird, kann auch „Unbekannt“ angekreuzt werden - „Keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - „Unbekannt“ kann auch alleine angekreuzt werden
<p>23</p>	<p>Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)</p>	<p>Positiv / Negativ / Unbekannt</p>	<p>Bedingtes Pflichtfeld;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur eine Antwort ist zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder OP nicht geplant“ erfolgt ist - wenn „Positiv“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden

24	Anzahl der entfernten Lymphknoten	Keine / Sentinel-Lymphknoten / <10 / ≥10	<ul style="list-style-type: none"> - wenn „Negativ“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden <p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „Op nicht geplant“ erfolgt ist. - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf nicht „Sentinel-Lymphknoten“ und/oder „<10“ und/oder „≥10“ angekreuzt werden - Wenn „<10“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „≥10“ angekreuzt werden - Wenn „≥10“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „<10“ angekreuzt werden - Wenn „Sentinel-Lymphknoten“ angekreuzt wird, kann „< 10“ oder „≥10“ zusätzlich angekreuzt werden
25	Anzahl der befallenen Lymphknoten	Keine / Sentinel-Lymphknoten negativ / 1-3 / ≥4 / Unbekannt	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angabe enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist.

			<ul style="list-style-type: none"> - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn in Feld 16 die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist. - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, kann auch „Sentinel-Lymphknoten negativ“ angekreuzt werden - Wenn „keine“ angekreuzt wird, darf nicht „1-3“ und/oder „≥4“ und/oder „unbekannt“ angekreuzt werden - „Keine“ kann auch alleine angekreuzt werden - „Sentinel-Lymphknoten negativ“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „1-3“ angekreuzt wird, darf nicht „kein“ und/oder „≥ 4“ und/oder „Unbekannt“ angekreuzt werden - Wenn „≥ 4“ angekreuzt wird, darf nicht „kein“ und/oder „1-3“ und/oder „Unbekannt“ angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
Adjuvante Behandlung des Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses			
26	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	<p>Bedingtes Pflichtfeld;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur eine Antwort ist zulässig - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angaben enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder in Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional

			<ul style="list-style-type: none"> - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden. - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden. - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden. - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden.
27	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angaben enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist. - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder in Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
28	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und gleichzeitig die Felder 12 und 13 keine Angaben enthalten. - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 und/oder Feld 11 und gleichzeitig in Feld 12 eine Angabe erfolgt ist und das Datum in Feld 10 gleich dem Datum in Feld 12 und/oder das

			<p>Datum in Feld 11 größer dem Datum in Feld 12 ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn neben einer Angabe in Feld 10 und/oder in Feld 11 eine Angabe in Feld 13 im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn nur eine Angabe zu Feld 12 erfolgt ist, ist die Angabe optional. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe zu Feld 13 erfolgt ist, ist die Angabe optional - wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
Befunde und Therapie eines lokoregionären Brustkrebses			
29	Lokalisation	Intramammär / Thoraxwand / Axilla	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ enthält und gleichzeitig das Feld 13 leer ist. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn sowohl in Feld 10 und/oder Feld 11 als auch in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 12 kleiner oder gleich dem Datum in Feld 10 und/oder kleiner dem Datum in Feld 11 ist. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt, ist die Angabe optional - wenn „Intramammär“ angekreuzt wird, kann auch „Thoraxwand“ und/oder „Axilla“ angekreuzt werden - wenn „Thoraxwand“ angekreuzt wird, kann auch „Intramammär“ und/oder „Axilla“ angekreuzt werden - wenn „Axilla“ angekreuzt wird, kann auch „Intramammär“ und/oder „Thoraxwand“ angekreuzt werden - Die Angaben „Intramammär“ oder „Thoraxwand“ oder „Axilla“ können auch jeweils alleine angekreuzt werden.
30	Andauernde oder	Keine / Präoperativ /	bedingtes Pflichtfeld;

abgeschlossene Therapie	Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Anderes Vorgehen	<p>Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ enthält und gleichzeitig das Feld 13 leer ist. - Eine Angabe ist nicht erforderlich, wenn sowohl in Feld 10 und/oder Feld 11 als auch in Feld 12 eine Angabe im Format TT.MM.JJJJ erfolgt ist und das Datum in Feld 12 kleiner oder gleich dem Datum in Feld 10 und/oder kleiner dem Datum in Feld 11 ist. - Wenn zusätzlich zu Feld 12 eine Angabe in Feld 13 erfolgt, ist die Angabe optional. - wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Präoperativ“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „Exzision“ und/oder Mastektomie angekreuzt werden. - wenn „Präoperativ“ angekreuzt wird, kann auch „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Exzision“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „Präoperativ“ angekreuzt werden - wenn „Exzision“ angekreuzt wird, kann auch „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „Präoperativ“ angekreuzt werden - wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Präoperativ“ und/oder „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Präoperativ“ und/oder „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, kann auch „Präoperativ“ und/oder „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - wenn „Anderes Vorgehen“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden
-------------------------	---	--

		<p>und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ angekreuzt werden</p> <p>Die Angaben „Keine“ oder „Präoperativ“ oder „Exzision“ oder „Mastektomie“ oder „Strahlentherapie“ oder „Chemotherapie“ oder „Endokrine Therapie“ oder „Anderes Vorgehen“ können auch jeweils alleine angekreuzt werden</p>
Befunde und Therapie von Fernmetastasen		
31	Lokalisation	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss hier mindestens eine Angabe erfolgen. - Wenn Feld 10 und/oder Feld 11 und/oder Feld 12 eine Angabe enthält und Feld 13 leer ist, ist hier keine Angabe erforderlich. - wenn „Leber“ angekreuzt wird, kann auch „Lunge“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden. - wenn „Lunge“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden. - wenn „Knochen“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Lunge“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden. - wenn „Andere“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Lunge“ und/oder „Knochen“ angekreuzt werden. - Die Angaben „Leber“ oder „Lunge“ oder „Knochen“ oder „Andere“ können auch jeweils alleine angekreuzt werden
32	Therapie	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn Feld 13 eine Angabe enthält, muss hier mindestens eine Angabe erfolgen. - Wenn Feld 10 und/oder Feld 11 und/oder Feld 12 eine Angabe enthält und Feld 13 leer ist, ist hier keine Angabe erforderlich. - wenn „keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - wenn „Operativ“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Operativ“ angekreuzt wird, kann auch „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden

			<ul style="list-style-type: none"> - wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden - wenn „Andere“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Andere“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ angekreuzt werden - „Operativ“ oder „Strahlentherapie“ oder „Chemotherapie“ oder „Endokrine Therapie“ oder „Andere“ oder „Keine“ können auch jeweils alleine angekreuzt werden
33	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn Feld 13 eine Angabe enthält und gleichzeitig in Feld 31 die Angabe „Knochen“ angekreuzt ist - wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Nein“ und/oder „Kontraindikation“ angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Ja“ angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann gleichzeitig „Kontraindikation“ angekreuzt werden - wenn „Kontraindikation“ angekreuzt wird, kann gleichzeitig „Nein“ angekreuzt werden - „Kontraindikation“ kann alleine angekreuzt werden - „nein“ kann alleine angekreuzt werden
Sonstige Beratung und Behandlung			
34	Lymphödem	Ja / Nein	<p>Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Nein“ angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Ja“ angekreuzt werden
35	Systematische Tumorschmerztherapie	Ja / Nein / Nicht erforderlich	<p>Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Nein“ und/oder „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden

			<ul style="list-style-type: none"> - wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Ja“ angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, darf nicht gleichzeitig „Ja“ angekreuzt werden - wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, kann auch „Nein“ angekreuzt werden - „Nicht erforderlich“ kann auch alleine angekreuzt werden
36	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	Ja / Nein / Abgelehnt	<p>Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn „Ja“ angekreuzt wird, kann auch „Abgelehnt“ angekreuzt werden - „Ja“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Abgelehnt“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - wenn „Abgelehnt“ angekreuzt wird, kann auch „Ja“ oder „Nein“ angekreuzt werden - wenn „Ja“ angekreuzt wird, kann nicht „Nein“ angekreuzt werden und umgekehrt - „Abgelehnt“ kann auch alleine angekreuzt werden
37	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ	Optionales Feld
38	Datum	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld Das Datum muss gleich oder kleiner dem Datum in der Erfassungsstelle sein
39	Unterschrift		Pflichtfeld

Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
des strukturierten Behandlungsprogramms

Brustkrebs

postoperative Erstdokumentation nach präoperativer Einschreibung (pnp)

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.04.2008

Stand der Bearbeitung:
Version

23.05.2008
5.0.
01.07.2008

anzuwenden ab:

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

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

¹ Gemeint ist die Lebenslange Arztnummer

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

19	pN	X / 0 / 1 / 2 / 3 / keine OP	<p>- Wenn „4“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden</p> <p>Pflichtfeld Mehrfachnennungen sind möglich Wenn in Feld 17 „Keine OP“ angegeben ist, muss in Feld 19 ebenfalls „Keine OP“ angekreuzt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „X“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - „X“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Keine OP“ angekreuzt wird, kann auch „X“ angekreuzt werden - „Keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
20	M	X / 0 / 1	<p>Pflichtfeld nur eine Antwort ist zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „X“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
21	Grading	1 / 2 / 3 / Unbekannt	<p>Pflichtfeld Nur eine Antwort ist zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „3“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
22	Resektionsstatus	R0 / R1 / R2 / Unbekannt / keine OP	<p>Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist erforderlich Wenn in Feld 17 „Keine OP“ angegeben ist, muss in Feld 22 ebenfalls „Keine OP“ angekreuzt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, kann auch „keine OP“ angekreuzt werden - Wenn „Keine OP“ angekreuzt werden, kann auch „Unbekannt“ angekreuzt werden - „keine OP“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „R0“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „R1“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „R2“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
23	Rezeptorstatus (Östrogen	Positiv / Negativ /	<p>Pflichtfeld;</p>

	und/oder Progesteron)	Unbekannt	Nur eine Antwort ist zulässig <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Positiv“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Negativ“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
24	Anzahl der entfernten Lymphknoten	Keine / Sentinel-Lymphknoten / <10 / ≥10	<p>Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf nicht „Sentinel-Lymphknoten“ und/oder „<10“ und/oder „≥10“ angekreuzt werden - Wenn „<10“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „>10“ angekreuzt werden - Wenn „>10“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ und/oder „<10“ angekreuzt werden - Wenn „Sentinel-Lymphknoten“ angekreuzt wird, dann kann entweder zu „< 10“ oder zu „>= 10“ eine Angabe gemacht werden
25	Anzahl der befallenen Lymphknoten	Keine / Sentinel-Lymphknoten negativ / 1-3 / ≥4 / unbekannt	<p>Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Kein“ angekreuzt wird, kann auch „Sentinel-Lymphknoten negativ“ angekreuzt werden - Wenn „Kein“ angekreuzt wird, darf nicht „1-3“ und/oder „≥ 4“ und/oder „unbekannt“ angekreuzt werden - „keine“ kann auch alleine angekreuzt werden - „Sentinel-Lymphknoten negativ“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „1-3“ angekreuzt wird, darf nicht „kein“ und/oder „≥ 4“ und/oder „unbekannt“ angekreuzt werden - Wenn „≥ 4“ angekreuzt wird, darf nicht „kein“ und/oder „1-3“ und/oder „unbekannt“ angekreuzt werden - Wenn „Unbekannt“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
Adjuvante Behandlung des Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses			
26	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	<p>Pflichtfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden

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

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

Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
des strukturierten Behandlungsprogramms

Brustkrebs

Folgedokumentation

Grundlage:

17. RSAV
gültig ab 01.04.2008

Stand der Bearbeitung:
Version

23.05.2008
5.0.
01.07.2008

anzuwenden ab:

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

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

¹ Gemeint ist die Lebenslange Arztnummer

Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses		
11	<p>Adjuvante Therapie abgeschlossen</p> <p>Ja / Nein</p>	<p>Bedingtes Pflichtfeld</p> <p>Es ist nur eine Angabe zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Primärtumor“ oder „kontralateraler Brustkrebs“ erfolgt ist. - Es ist keine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastase“ erfolgt ist - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden
12	<p>Strahlentherapie</p> <p>Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine</p>	<p>Bedingtes Pflichtfeld</p> <p>Es ist nur eine Angabe zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es ist mindestens eine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Primärtumor“ oder „kontralateraler Brustkrebs“ erfolgt ist. - Es ist keine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastase“ erfolgt ist. - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden

13	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	<p>Bedingtes Pflichtfeld Es ist nur eine Angabe zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Primärtumor“ oder „kontralateraler Brustkrebs“ erfolgt ist. - Es ist keine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastase“ erfolgt ist. - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
14	endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine	<p>Bedingtes Pflichtfeld Es ist nur eine Angabe zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Primärtumor“ oder „kontralateraler Brustkrebs“ erfolgt ist. - Es ist keine Angabe erforderlich, wenn in Feld 10 die Angabe „Lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastase“ erfolgt ist. - Wenn „Geplant“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Andauernd“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Regulär abgeschlossen“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Vorzeitig beendet“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
Seit der letzten Dokumentation aufgetretene Ereignisse			
15	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Intramammär / Thoraxwand / Axilla / Nein	<p>Pflichtfeld; Mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Datum (TT.MM.JJJJ) muss kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 27 (Unterschriftsdatum) - Wenn „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt wird, muss auch „Intramammär“ und/oder „Thoraxwand“

			<ul style="list-style-type: none"> und/oder „Axilla“ angekreuzt werden. Wenn „Intramammär“ und/oder „Thoraxwand“ und/oder „Axilla“ angekreuzt wird, muss auch „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden. Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden.
16	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Nein	<p>Pflichtfeld: Nur eine Angabe ist zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Datum (TT.MM.JJJJ) muss kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 27 (Unterschriftsdatum). Wenn „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ angekreuzt werden Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden
17	Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung)	TT.MM.JJJJ / Leber / Lunge / Knochen / Andere / Nein	<p>Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Datum (TT.MM.JJJJ) muss kleiner oder gleich sein dem Datum in Feld 27 (Unterschriftsdatum). Wenn „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt wird, muss auch mindestens „Leber“ und/oder „Lunge“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden Wenn „Leber“ angekreuzt wird, muss auch „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden Wenn „Lunge“ angekreuzt wird, kann auch „Lunge“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden Wenn „Lunge“ angekreuzt wird, muss auch „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden Wenn „Lunge“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Knochen“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden Wenn „Knochen“ angekreuzt wird, muss auch „TT.MM.JJJJ“ angekreuzt werden Wenn „Knochen“ angekreuzt wird, kann auch „Leber“ und/oder „Lunge“ und/oder „Andere“ angekreuzt werden Wenn „Andere“ angekreuzt werden Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
18	Lymphödem	Ja / Nein	<p>Pflichtfeld Es ist nur eine Angabe zulässig</p> <ul style="list-style-type: none"> Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ angekreuzt werden Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden
Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv / Fernmetastasen)			
19	Aktueller	Vollremission / Teilremission /	Bedingtes Pflichtfeld;

	Behandlungsstatus	No change / Progress	<p>Mehrfachnennungen sind möglich Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feld 10 die Angabe „lokoregionäres Rezidiv“ oder „Fernmetastasen“ enthält und/oder - Feld 15 und/oder 17 eine Angabe TT.MM.JJJJ enthält <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Vollremission“ angekreuzt wird, darf nicht „Teilremission“ oder „Progress“ angekreuzt werden - Wenn „Vollremission“ angekreuzt wird, kann auch „No change“ angekreuzt werden - „Vollremission“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Teilremission“ angekreuzt wird, darf nicht „Vollremission“ oder „Progress“ angekreuzt werden - Wenn „Teilremission“ angekreuzt wird, kann auch „No change“ angekreuzt werden - „Teilremission“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „No change“ angekreuzt wird, darf nicht „Progress“ angekreuzt werden - Wenn „No change“ angekreuzt wird, kann auch „Vollremission“ oder „Teilremission“ angekreuzt werden - „No change“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Progress“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
20	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs	Keine / Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Anderes Vorgehen	<p>bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feld 10 die Angabe „lokoregionäres Rezidiv“ enthält und/oder - Feld 15 eine Angabe TT.MM.JJJJ enthält <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden - Wenn „Präoperativ“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ oder „Exzision“ oder „Mastektomie“ angekreuzt werden - Wenn „Präoperativ“ angekreuzt wird, kann auch „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Exzision“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ oder „Präoperativ“ angekreuzt werden - Wenn „Exzision“ angekreuzt wird, kann auch gleichzeitig „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden

			<ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ oder „Präoperativ“ angekreuzt werden - Wenn „Mastektomie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angekreuzt werden - Wenn „Anderes Vorgehen“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Anderes Vorgehen“ angekreuzt wird, kann auch „Exzision“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ angekreuzt werden
21	Therapie der Fernmetastasen	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich Mindestens eine Angabe ist erforderlich, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feld 10 die Angabe „Fernmetastasen“ enthält und/oder - Feld 17 die Angabe TT.MM.JJJJ enthält <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Operativ“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Operativ“ angekreuzt wird, kann auch „Strahlentherapie“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderere“ angekreuzt werden - wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Strahlentherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderere“ angekreuzt werden - Wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Chemotherapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ und/oder „Anderere“ angekreuzt werden

			<p>werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Endokrine Therapie“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder Chemotherapie“ und/oder „Anderer“ angekreuzt werden - Wenn „Anderer“ angekreuzt wird, darf nicht „Keine“ angekreuzt werden - Wenn „Anderer“ angekreuzt wird, kann auch „Operativ“ und/oder „Strahlentherapie“ und/oder Chemotherapie“ und/oder „Endokrine Therapie“ angekreuzt werden - Die Ausprägungen können auch jeweils einzeln angekreuzt werden - Wenn „Keine“ angekreuzt wird, darf keine weitere Ausprägung angekreuzt werden
22	Bisphosphonattherapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein /Kontraindikation	<p>Bedingtes Pflichtfeld; Es ist eine Angabe erforderlich, wenn Feld 17 die Angabe TT.MM.JJJJ und „Knochen“ enthält</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ und/oder „Kontraindikation“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Kontraindikation“ angekreuzt werden - Wenn „Kontraindikation“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Kontraindikation“ angekreuzt wird, kann auch „Nein“ angekreuzt werden - „Kontraindikation“ kann auch alleine angekreuzt werden
Sonstige Beratung und Behandlung			
23	Systematische Tumorschmerztherapie	Ja / Nein / Nicht erforderlich	<p>Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ und/oder „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden - „Ja“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, kann auch „Nein“ angekreuzt werden - „Nicht erforderlich“ kann auch alleine angekreuzt werden
24	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt	Ja / Nein / Nicht erforderlich	<p>Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ und/oder „Nicht erforderlich“ angekreuzt

			<p>werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Nicht erforderlich“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nicht erforderlich“ angekreuzt wird, kann auch „Nein“ angekreuzt werden - „Nicht erforderlich“ kann auch alleine angekreuzt werden
25	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	Ja / Nein / Abgelehnt	<p>Pflichtfeld Mindestens eine Angabe ist erforderlich Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, darf nicht „Nein“ angekreuzt werden und umgekehrt - Wenn „Ja“ angekreuzt wird, kann auch „Abgelehnt“ angekreuzt werden - „Ja“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, darf nicht „Ja“ angekreuzt werden - Wenn „Nein“ angekreuzt wird, kann auch „Abgelehnt“ angekreuzt werden - „Nein“ kann auch alleine angekreuzt werden - Wenn „Abgelehnt“ angekreuzt wird, kann auch „Ja“ oder „Nein“ angekreuzt werden - „Abgelehnt“ kann auch alleine angekreuzt werden <p>Optionales Feld</p>
26	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ	Optionales Feld
27	Datum	TT.MM.JJJJ	<p>Pflichtfeld Das Datum muss gleich oder kleiner dem Datum in der Erfassungsstelle sein</p>
28	Unterschrift		Pflichtfeld

Technische Anlage

zur

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

Grundlage: RSAV in der jeweils gültigen Fassung
Stand der Technischen Anlage: 22.04.2008
Stand der letzten Technischen Anlage: 01.07.2006

Anzuwenden für:

- Anhang 1 - Brustkrebs *(ab Version 05)*
- Anhang 2 - Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
(ab Version 04)
- Anhang 3 - Koronare Herzkrankheit *(ab Version 04)*
- Anhang 5 - Asthma bronchiale *(ab Version 02)*
- Anhang 6 - COPD *(ab Version 02)*

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 0
Inhaltsübersicht		

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

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 1
Allgemeines		

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

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 1.1
Änderungshistorie		

Folgende Änderungen zur Technischen Anlage wurden durchgeführt:

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

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

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

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

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

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

1. Verfahrensbeschreibung

1.1 Übertragung der Auftragsdatei und der Nutzdatendatei

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

Die Übertragung jeder Nutzdatendatei erfolgt als separate Datei.

Vor der Übertragung einer Nutzdatendatei wird die dazugehörige Auftragsdatei übertragen.

1.1.1 Übertragung per DFÜ

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

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

1.1.2 Übertragung per Datenträger

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

1.1.3 Festlegung der Dateinamen

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

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

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

2. Format der Auftragsdatei

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

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

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

Die Abkürzungen in den Spalten haben folgende Bedeutung:

Nutzungstypen:

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

Feldtypen:

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

Feldarten:

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

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

1. Teil "Allgemeine Beschreibung der Kommunikation":

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

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

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

Kommentar:

Beschreibung des Feldes 'VERFAHRENS_KENNUNG' (Dateityp)

Die Verfahrenskennungen sind für dieses Datenaustauschverfahren wie folgt festgelegt:

Stelle 20:

'E' für Echtdaten
'T' für Testdaten

Stellen 21-23:

'DMP' für die Übermittlung von Statistikinformationen
'DMH' DMP Diabetes mellitus Typ 2, Daten von der Datenstelle an die Kasse¹
'DMR' DMP Diabetes mellitus Typ 2, Daten von der Kasse an die Datenstelle¹
'DAH' DMP Brustkrebs, Daten von der Datenstelle an die Kasse
'DAR' DMP Brustkrebs, Daten von der Kasse an die Datenstelle
'DEH' DMP Diabetes mellitus Typ 1, Daten von der Datenstelle an die Kasse¹
'DER' DMP Diabetes mellitus Typ 1, Daten von der Kasse an die Datenstelle¹
'DKH' DMP Koronare Herzkrankheit, Daten von der Datenstelle an die Kasse
'DKR' DMP Koronare Herzkrankheit, Daten von der Kasse an die Datenstelle
'DDH' DMP Asthma bronchiale, Daten von der Datenstelle an die Kasse
'DDR' DMP Asthma bronchiale, Daten von der Kasse an die Datenstelle
'DSH' DMP COPD, Daten von der Datenstelle an die Kasse
'DSR' DMP COPD, Daten von der Kasse an die Datenstelle
'DPP' DMP-Protokollierungsdaten
'DVE' Datenversand im Rahmen der Evaluation
'DZH' DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Daten von der Datenstelle an die Kasse²
'DZR' DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Daten von der Kasse an die Datenstelle²

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

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

Stelle 24:

Ziffer für Version des Verfahrens, beginnend mit 0.

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

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

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

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

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

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

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

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

Kommentar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Teil "Spezifische Information zur Verschlüsselung":

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

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

Der Dateiname ist wie folgt aufzubauen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stufe 2 Die Stufe 2 beinhaltet die syntaktischen Prüfungen

Stufe 3 In Stufe 3 werden die formalen Prüfungen durchgeführt.

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

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 4.2
Fehlerverfahren Fehlerbehandlung		

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

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 5
Annahmestellen		

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

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

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

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

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

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

Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)	Technische Anlage	Abschnitt 7
Testverfahren		

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

Anhang 1 (Brustkrebs) zu der Technischen Anlage

zur

Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungs- programme (DMP)

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

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

Inhalt:

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

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

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten Brustkrebs)

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

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

0 Grundlage

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

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

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

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

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

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

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

1 Übersicht der Nachrichtentypen

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

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

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

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

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

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

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

2 Austauschformate

2.1 Allgemeines

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

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

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

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

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

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

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

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

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

2.2 Dateiaufbau

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

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

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

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: +Inhalt Musselement + Inhalt Kannelement + Inhalt Musselement

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

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

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

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

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

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

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

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

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

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

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA - Segment

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

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

2.3.2 UNB - Segment

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

2.3.3 UNZ-Segment

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

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

2.3.4 UNH - Segment

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

2.3.5 UNT - Segment

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

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

3 Segmentfolge DMP - Daten Brustkrebs

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

3.1 Datenübermittlung von der Datenstelle an die Krankenkasse

3.1.1 Erstdokumentation

BRKE = Nachrichtentyp Brustkrebs

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

3.1.2 Folgedokumentation

BRKF = Nachrichtentyp Brustkrebs

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

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

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

3.2.1 Erstdokumentation

BREE = Nachrichtentyp Brustkrebs

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

3.2.2 Folgedokumentation

BREF = Nachrichtentyp Brustkrebs

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

3.4 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.4.1 Rückmeldung Einschreibung

BRRM = Nachrichtentyp Brustkrebs Rückmeldung KrankenkasseEinschreibung

RDE – Segment Rückmeldedaten Einschreibung

3.4.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

BRDK = Nachrichtentyp Brustkrebs Rückmeldung Krankenkasse Kassennummer / Versichertennummer

RDK – Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

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

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzdaten-Segmente

4.1 INV-Segment Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

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

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

4.2 FAL-Segment DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikationsübergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 12345678900000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

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

Fortsetzung FAL-Segment

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

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

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

4.3 INL - Segment Information Leistungserbringer Erst- und Folgedokumentation

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

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

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

4.4 DAT - Segment Unterschriftendatum Erst- und Folgedokumentation

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

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

4.5 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

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

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

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

Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

4.6 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassenummer / Versichertennummer

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

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

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

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

Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

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

5.1 BEE – Segment: Einschreibung Erstdokumentation

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

5.2 BEF – Segment Einschreibung Folgedokumentation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.7 BFA–Segment: Befunde und Therapie von Fernmetastasen Erstdokumentation

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

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

5.8 BSA–Segment: Sonstige Beratung und Behandlung Erstdokumentation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.12 BCA–Segment: Sonstige Beratung und Behandlung Folgedokumentation

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

5.13 BAT–Segment: Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

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

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

zur

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

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

**Version des Anhangs: 04
Version anzuwenden ab: 01.07.2008**

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

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

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

0 Grundlage

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

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

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

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

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

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

1 Übersicht der Nachrichtentypen

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

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

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

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

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

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

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

2. Austauschformate

2.1 Allgemeines

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

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

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

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

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

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

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

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

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

2.2 Dateiaufbau

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

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

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

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: + Inhalt Musselement + Inhalt Kannelement + Inhalt Musselement

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

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

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

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

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

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

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

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

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

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

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA-Segment

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

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

2.3.2 UNB-Segment

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

2.3.3 UNZ-Segment

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

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

2.3.4 UNH-Segment

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

2.3.5 UNT-Segment

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

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

3 Segmentfolge DMP-Daten Diabetes mellitus Typ 1 und 2

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

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

DMKK = Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 1 und 2

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

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

DMGE = Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 1 und 2

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

3.3 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.3.1 Rückmeldung Einschreibung

DMRM = Nachrichtentyp Diabetes mellitus Typ 1 und 2 Rückmeldung Einschreibung

RDE – Rückmeldedaten Einschreibung

3.3.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

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

RDK – Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

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

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente

4.1 INV-Segment - Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

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

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

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

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikationsübergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 12345678900000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermitteln wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

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

Fortsetzung FAL-Segment

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

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

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

4.3 INL-Segment - Information Leistungserbringer Erstdokumentation und Folgedokumentation

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

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

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

4.4 DAT-Segment - Unterschriftendatum Arzt Erst- und Folgedokumentation

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

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

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

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

Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

4.8 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassenummer/Versichertennummer

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

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

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

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

Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

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

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

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

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

Fortsetzung AAM-Segment

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

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

Fortsetzung AAM-Segment

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

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

5.2 ASP-Segment – Schulung und Behandlungsplanung

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

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

Fortsetzung ASP-Segment

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

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

zur

Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behand- lungsprogramme (DMP)

Grundlage: 17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version des Anhangs: 04
Version anzuwenden ab: 01.07.2008

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

Inhalt:

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

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

0 Grundlage

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

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

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

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

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

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

1 Übersicht der Nachrichtentypen

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

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

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

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

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

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

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

2 Austauschformate

2.1 Allgemeines

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

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

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

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

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

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

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

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

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

2.2 Dateiaufbau

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

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

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

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: +Inhalt Musselement+Inhalt Kannelement+Inhalt Musselement

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

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

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

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

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

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

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

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

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

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

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA-Segment

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

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

2.3.2 UNB-Segment

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

2.3.3 UNZ-Segment

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

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

2.3.4 UNH-Segment

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

2.3.5 UNT-Segment

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

3 Segmentfolge DMP-Daten KHK

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

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

KHKK = Nachrichtentyp KHK

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

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

KHGE = Nachrichtentyp KHK

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

3.3 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.3.1 Rückmeldung Einschreibung

KHRM = Nachrichtentyp KHK Rückmeldung Einschreibung

RDE - Segment Rückmeldedaten Einschreibung

3.3.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

KHDK = Nachrichtentyp KHK Rückmeldung Kassen-/Versichertennummer

RDK - Segment Rückmeldedaten Kassen-/Versichertennummer

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

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente

4.1 INV-Segment - Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

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

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

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

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikationsübergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 12345678900000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermitteln wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

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

Fortsetzung FAL-Segment

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

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

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

4.3 INL-Segment - Information Leistungserbringer Erstdokumentation und Folgedokumentation

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

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

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

4.4 DAT-Segment - Unterschriftendatum Arzt Erst- und Folgedokumentation

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

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

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

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

Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

4.8 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

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

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

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

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

Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten KHK)

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

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

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

Fortsetzung KAM-Segment

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

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

5.2 KSP-Segment – Schulung und Behandlungsplanung

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

Anhang 5 (Asthma bronchiale) zu der Technischen Anlage

zur

Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behand- lungsprogramme (DMP)

Grundlage: 17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version des Anhangs: 02
Version anzuwenden ab: 01.07.2008

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

Inhalt:

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

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

0 Grundlage

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

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

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

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

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

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

1 Übersicht der Nachrichtentypen

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

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

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

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

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

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

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

2 Austauschformate

2.1 Allgemeines

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

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

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

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

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

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

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

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

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

2.2 Dateiaufbau

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

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

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

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: +Inhalt Musselement+Inhalt Kannelement+Inhalt Musselement

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

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

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

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

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

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

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

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

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

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

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA-Segment

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

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

2.3.2 UNB-Segment

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

2.3.3 UNZ-Segment

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

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

2.3.4 UNH-Segment

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

2.3.5 UNT-Segment

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

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

3 Segmentfolge DMP-Daten Asthma bronchiale

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

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

ASKK = Nachrichtentyp Asthma bronchiale

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

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

ASGE = Nachrichtentyp Asthma bronchiale

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

3.3 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.3.1 Rückmeldung Einschreibung

ASRM = Nachrichtentyp Asthma bronchiale Rückmeldung Einschreibung

RDE - Segment Rückmeldedaten Einschreibung

3.3.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

ASDK = Nachrichtentyp Asthma bronchiale Rückmeldung Krankenkasse Kassennummer/Versichertennummer

RDK - Segment Rückmeldedaten Kassen-/Versichertennummer

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

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente

4.1 INV-Segment - Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

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

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

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

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikationsübergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 12345678900000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermitteln wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

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

Fortsetzung FAL-Segment

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

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

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

4.3 INL-Segment - Information Leistungserbringer Erstdokumentation und Folgedokumentation

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

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

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

4.4 DAT-Segment - Unterschriftendatum Arzt Erst- und Folgedokumentation

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

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

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

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

Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

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

4.8 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

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

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

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

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

Darstellung der Meldetatbestände

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

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

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

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

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten Asthma bronchiale)

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

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
HMA	Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	3	AN	M	"HMA"
	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Täglich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Wöchentlich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Seltener als wöchentlich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Häufigkeit von Asthma-Symptomen – Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Aktueller Peakflow-Wert – Wert	...3	N	K	Angabe in Litern/Minute Zulässiger Wertebereich 40 bis 999
	Aktueller Peakflow-Wert – Nicht durchgeführt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind zulässig. Das Feld ist ausschließlich auf Folgedokumentationen vorhanden.
	Inhalative Glukokortikosteroide – Bei Bedarf	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalative Glukokortikosteroide – Dauermedikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalative Glukokortikosteroide – Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalative Glukokortikosteroide – Kontraindikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Bei Bedarf	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalativ lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Kontraindikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

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

Fortsetzung HMA-Segment

	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Bei Bedarf	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Keine	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Kontraindikation	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige asthmaspezifische Medikation – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige asthmaspezifische Medikation – Systemische Glukokortikosteroide	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige asthmaspezifische Medikation – Andere	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalationstechnik überprüft – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalationstechnik überprüft – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment HMA ist fehlerfrei "1" = Segment HMA ist fehlerbehaftet

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

5.2 HSP-Segment - Schulung und Behandlungsplanung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
HSP	Segment Schulung und Behandlungsplanung	3	AN	M	"HSP"
	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – War aktuell nicht möglich	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Schriftlicher Selbstmanagement-Plan – Nicht durchführbar	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment HSP ist fehlerfrei "1" = Segment HSP ist fehlerbehaftet

**Anhang 6 (COPD)
zu der Technischen Anlage**

zur

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

Grundlage: 17. RSAV
gültig ab 01.07.2008

Version des Anhangs: 02
Version anzuwenden ab: 01.07.2008

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Inhalt:

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

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anlage 2 – indikationsübergreifender Dokumentation - und die Anlage 12 – indikationsspezifische Dokumentation COPD - der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) in der jeweils gültigen Fassung. Weiterentwicklungen der RSAV machen ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente erforderlich.

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

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

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

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

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

1 Übersicht der Nachrichtentypen

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

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
CSKK	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen
CSGE	01	01.07.2008		Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung
CSEA	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/ Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
CSBA	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation COPD (Lfd.Nrn. 1-11, Anlage 12b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
CSBB	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation COPD (Lfd.Nrn. 12ff., Anlage 12b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
CSFA	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Kassenärztlicher Vereinigung/Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
CSFB	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP COPD (Anlage 12b der RSAV) Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 1 RSAV
CSBE	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP COPD (Anlage 12b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
CSEG	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle des Vertrages nach § 28 f Abs 2 Satz 2 RSAV
CSFE	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP COPD (Anlage 12b der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
CSFG	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsamer Einrichtung im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 2 Satz 2 RSAV.
CSEK	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Erstdokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Nachrichtentyp	Version	gültig ab	gültig bis	Erläuterung
CSFK	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp Folgedokumentation DMP COPD (Anlage 12a der RSAV). Datenaustausch zwischen Datenstelle und Krankenkassen im Falle von Einzelverträgen nach § 28 f Abs. 3 RSAV.
CSRM	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Einschreibung(Krankenkasse an Datenstelle)
CSRM	02	01.07.2008		Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Einschreibung(Krankenkasse an Datenstelle)
CSDK	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Kassenummer/Versichertennummer (Krankenkasse an Datenstelle)
CSDK	02	01.07.2008		Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Kassenummer/Versichertennummer (Krankenkasse an Datenstelle)
CSDS	01	01.12.2005	30.06.2008	Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Arztnummer (Datenstelle an Krankenkasse)

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2 Austauschformate

2.1 Allgemeines

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

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

Die Übermittlungsdatei ist eine Zusammenfassung von Nachrichten

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

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

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

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

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

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.2 Dateiaufbau

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

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

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

Beispiel zur Darstellung des Kannelements ohne Inhalt:

Segmentausschnitt: +Inhalt Musselement+Inhalt Kannelement+Inhalt Musselement

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

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

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

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

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

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

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Jede Datei ist wie folgt aufzubauen:

Segment-bez.	Hierarchie-ebene	Segment-art	Segment-typ	Wiederholungs-faktor	Erläuterung
UNA	1	K	Service	1	Festlegungssegment einer Datei und dient zur Festlegung der in der Datei verwendeten Trennzeichen. Das Segment wird nur bei Bedarf (z.B. Änderung der festgelegten Trennzeichen) übertragen.
UNB	1	M	Service	1	Kopfsegment einer Datei und dient zur Eröffnung, Identifizierung und Beschreibung der Datei.
UNH	2	M	Service	N	Kopfsegment einer Nachricht und dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, zu identifizieren und zu beschreiben.
	3	M	Nutzdaten		Segmente eines Nachrichtentyps gemäß Beschreibung (s. Anhänge)
UNT	2	M	Service	N	Endesegment einer Nachricht. Beendet eine Nachricht und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.
UNZ	1	M	Service	1	Endesegment einer Datei. Beendet eine Datei und ermöglicht die Prüfung auf Vollständigkeit.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3 Beschreibung der Servicesegmente

2.3.1 UNA-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNA	Festlegungssegment	3	AN	M	= UNA
	TZ innerh. Datenelemente	1	AN	M	'`' (Trennzeichen innerhalb zusammengesetzter Daten-elemente)
	TZ Datenelemente	1	AN	M	'+' oder anderes Zeichen als Trennzeichen für Datenelemente
	Dezimalzeichen	1	AN	M	'.'
	Aufhebungszeichen	1	AN	M	'?' (für Steuerzeichen; Rücksetzung des nachfolgenden Sonderzeichens auf seine ursprüngliche Bedeutung. Z.B. ? : bedeutet, daß es sich um einen normalen Doppelpunkt handelt und nicht ein Trennzeichen für ein Gruppendatenelement.)
	Reserviert	1	AN	M	blank als Leerzeichen
	Segmentendezeichen	1	AN	M	''' (Kennzeichen für das Ende eines Segments.)

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.2 UNB-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNB	Kopfsegment der Nutzdatendatei Trennung nach Kassenarten	3	AN	M	UNB
	Syntax -- Syntax-Kennung	4	AN	M	z.B. Vereinbarte EDIFACT-Syntax; hier: „UNOC“ = Groß- und Kleinbuchstaben, Umlaute Vereinbarte Version der Syntax; hier: „3“ (derzeit aktuell)
	-- Syntax-Versionsnummer	1	N	M	
	Absender Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Absenders
	Empfänger Datei	9	N	M	Institutionskennzeichen (IK) des Empfängers
	Datum/Uhrzeit -- Datum	8	N	M	Erstelldatum der Datei JJJJMMTT Erstelluhrzeit der Datei HHMM
	-- Uhrzeit	4	N	M	
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	Für ein Absender-Empfänger-Paar und je DMP (z.B. Brustkrebs, Diab. mell. 2, Diab. mell. 1, KHK, ...) ist die Datenaustauschreferenz fortlaufend je Dateiübermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf (99999 + 1 = 00001) ist mit '00001' neu aufzusetzen. Die Zählung ist für Testverfahren und für Echtverfahren getrennt vorzunehmen.
	Dateiname	11	AN	M	Dateiname entsprechend Abschnitt 3.3 der Technischen Anlage

2.3.3 UNZ-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNZ	Endesegment der Nutzdatendatei	3	AN	M	UNZ
	Anzahl Nachrichten	...5	N	M	Anzahl UNHs in der Nutzdatendatei
	Datenaustauschreferenz	5	AN	M	wie in UNB

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

2.3.4 UNH-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNH	Nachrichtentypkopfsegment	3	AN	M	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	einzutragen ist die fortlaufende Nummer der UNH-Segmente zwischen UNB und UNZ mit führenden Nullen, z.B. 00001 für 1. UNH
	Nachrichtenkenung -- Nachr-Typ-Kennung -- Versionsnummer	4 2	AN AN	M M M	z.B. "BREA:01" einzutragen ist z.B. „BREA“ einzutragen ist die Nummer der benutzten Version des Nachrichtentyps (z.B. „01“).
	KV-Bereich	2	N	M	Folgende Einträge sind zulässig: „00“ für unbestimmt „01“ für Schleswig-Holstein „02“ für Hamburg „03“ für Bremen „17“ für Niedersachsen „20“ für Westfalen-Lippe „38“ für Nordrhein „46“ für Hessen „47“ für Koblenz „48“ für Rheinhessen „49“ für Pfalz „50“ für Trier „55“ für Nordbaden „60“ für Südbaden „61“ für Nordwürttemberg „62“ für Südwürttemberg „71“ für Bayern „72“ für Berlin „73“ für Saarland „78“ für Mecklenburg-Vorpommern „83“ für Brandenburg „88“ für Sachsen-Anhalt „93“ für Thüringen „98“ für Sachsen
	Status Datensatz	1	N	M	„0“ = übermittelter Datensatz ist fehlerfrei „1“ = übermittelter Datensatz ist fehlerbehaftet

2.3.5 UNT-Segment

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
UNT	Nachrichtentypendeselement	3	AN	M	UNT
	Anzahl Einheiten	6	N	M	Anzahl der Segmente in der Nachricht einschließlich der Segmente UNH und UNT mit führenden Nullen
	Nachrichtenreferenznummer	5	AN	M	Inhalt entsprechend dem Inhalt des Datenelements "Nachrichtenreferenznummer" aus UNH

3 Segmentfolge DMP-Daten COPD

Die Segmentfolge für die Übermittlung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung/Gemeinsame Einrichtung stellt sich ab dem 1. April 2008 wie folgt dar:

3.1 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Krankenkassen

CSKK = Nachrichtentyp COPD

INV	-	Information Versicherter
FAL	-	DMP-Fall
INL	-	Information Leistungserbringer
AAB	-	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	-	Allgemeiner Behandlungsplan
CAM	-	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
CSP	-	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	-	Unterschriftendatum

3.2 Übermittlung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) von der Datenstelle an die Kassenärztlichen Vereinigungen/ Gemeinsame Einrichtung

CSGE = Nachrichtentyp COPD

FAL	-	DMP-Fall
INL	-	Information Leistungserbringer
AAB	-	Allgemeine Anamnese- und Befunddaten
ABP	-	Allgemeiner Behandlungsplan
CAM	-	Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente
CSP	-	Schulung und Behandlungsplanung
DAT	-	Unterschriftendatum

3.3 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

3.3.1 Rückmeldung Einschreibung

CSRM = Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Einschreibung

RDE - Segment Rückmeldedaten Einschreibung

3.3.2 Rückmeldung Kassennummer/Versichertennummer

CSDK = Nachrichtentyp COPD Rückmeldung Krankenkasse Kassennummer/Versichertennummer

RDK - Segment Rückmeldedaten Kassen-/Versichertennummer

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4 Beschreibung der diagnoseübergreifenden Nutzsegmente

4.1 INV-Segment - Information Versicherter Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INV	Segment Information Versicherter	3	AN	M	"INV"
	Name des Versicherten	..47	AN	M	
	Vorname des Versicherten	..30	AN	M	
	Geburtsdatum des Versicherten	8	N	M	JJJJMMTT (von der KVK/eGK zu übernehmen, ohne Prüfung auf ein logisches Kalenderdatum)
	Versicherten-Nr.	..12	AN	M	
	Datum	8	N	M	JJJJMMTT
	Versicherten-Status	5	AN	K	Versichertenstatus Vgl. Schlüsselverzeichnis gemäß Technischer Anlage Abschnitt 7. Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	VK gültig bis	4	N	K	JJMM Das Feld ist zu übermitteln, sofern vorhanden.
	Geschlecht des Versicherten	1	N	K	Verpflichtend anzugeben (Ausnahme DMP Brustkrebs) ist eine von beiden Ziffern: „1“ = weiblich „2“ = männlich
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	„0“ = Segment INV ist fehlerfrei „1“ = Segment INV ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.2 FAL-Segment - Information DMP-Fall Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
FAL	Segment DMP-Fall	3	AN	M	"FAL"
	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig (indikationsübergreifend) kennzeichnet. Beispiel: 12345678900000000001 IK Datensatz-ID. Es ist sicherzustellen, dass
	DMP-Fallnummer	..7	AN	M	Wird vom Arzt vergeben. Schlüssel ist nicht eindeutig, max. Länge 7 Zeichen.
	Dokumentation in Vertretung erstellt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermitteln wurde
	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Statusfeld Ablage Dokumentation	1	N	M	"1" = Erst-/Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert "2" = Erst-/Folgedokumentation in der Arztpraxis archiviert "3" = Erst-/Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsdatensatzes bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Eingangsdatum (der Korrektur)	8	N	K	Eingangsdatum des Korrekturbelegs bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
	Kennzeichen Erst- oder Folgedokumentation	1	N	M	„1“, sofern es sich um eine Erstdokumentation handelt. „2“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt.
	Fehlerstatus Dokumentationsdatensatz	1	N	M	"0" = Dokumentationsdaten sind fehlerfrei "1" = Dokumentationsdaten sind fehlerbehaftet
	Eingangsdatum der Versandliste/Bestätigungsschreiben	8	N	K	Anzugeben ist das Datum an dem die/das vom DMP-Vertragsarzt unterzeichnete Versandliste/Bestätigungsschreiben für Erstdokumentationen in der Datenstelle eingeht. Bei der Folgedokumentation ist das Feld nicht zwingend zu übermitteln. Format: JJJJMMTT

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung FAL-Segment

Einschreibung wegen Brustkrebs	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 1	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
Einschreibung wegen Diabetes mellitus Typ 2	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
Einschreibung wegen KHK	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
Einschreibung wegen Asthma Bronchiale	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
Einschreibung wegen COPD	1	AN	M	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde. "N", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt wurde.
Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment FAL ist fehlerfrei "1" = Segment FAL ist fehlerbehaftet

Anmerkung zum Segment FAL: Die Datensatz-ID wird je Dokumentationsdatensatz nur einmal vergeben und ist im weiteren Verfahren (z. B. Korrekturdatensätze, Weiterleitung von Datensätzen, Rückmeldungen) als Referenz beizubehalten.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.3 INL-Segment - Information Leistungserbringer Erstdokumentation und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
INL	Segment Information Leistungserbringer	3	AN	M	"INL"
	Betriebsstättennummer	9	AN	M	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Betriebsstättennummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	lebenslange Arztnummer	9	AN	M	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz ein Krankenhaus-IK übermittelt wird und die Arztnummer nicht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Krankenhaus-IK	9	N	M	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls im Dokumentationsdatensatz nicht übermittelt, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
	Pseudonymisierte Versichertennummer	21	N	M	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment INL ist fehlerfrei "1" = Segment INL ist fehlerbehaftet

Die gleichzeitige Übermittlung von Nullen in den Feldern „Betriebsstättennummer“ und „Krankenhaus-IK“ ist nicht zulässig.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.4 DAT-Segment - Unterschriftendatum Arzt Erst- und Folgedokumentation

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
DAT	Segment Unterschriftendatum	3	AN	M	"DAT"
	Datum der Unterschrift (Arzt)	8	N	M	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift des Arztes im Dokumentationsdatensatz
	Merkmal Unterschrift Arzt	1	AN	M	"J", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben unterschrieben hat "N", sofern der Arzt die Erstdokumentation/ Versandliste/ das Bestätigungsschreiben nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Datum der Unterschrift (Arzt) der letzten Korrektur	8	N	K	JJJJMMTT Das jüngste Unterschriftendatum Arzt ist anzugeben; das Datum muss im Falle einer vorangegangenen Korrektur übermittelt werden
	Merkmal Unterschrift Arzt Korrektur	1	AN	K	"J", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg unterschrieben hat "N", sofern der Arzt den papiergebundenen Korrekturbeleg nicht unterschrieben hat. „O“, sofern es sich um eine Folgedokumentation handelt, die keiner Arztunterschrift mehr bedarf.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment DAT ist fehlerfrei "1" = Segment DAT ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.5 AAB – Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten (Erst und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
AAB	Segment Allgemeine Anamnese- und Befunddaten	3	AN	M	"AAB"
	Körpergröße	3,2	AN	K	Format x,xx In Metern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
	Körpergewicht	...3	N	K	Format xxx Angabe in kg
	Blutdruck systolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Blutdruck diastolisch	3	AN	K	In mmHg 3stellig mit führender 0
	Raucher: ja	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Raucher: nein	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Arterielle Hypertonie	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Fettstoffwechselstörung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Diabetes mellitus	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen KHK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen AVK	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Schlaganfall	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Chronische Herzinsuffizienz	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Asthma bronchiale	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen COPD	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Begleiterkrankungen Keine der genannten Erkrankungen	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Serum Kreatinin in mg/dl	4,2	AN	K	in mg/dl; mit vorangestellter "0" mit zwei Nachkommastellen, Format: xx,xx
	Serum Kreatinin in µmol/l	4	AN	K	in µmol/l, 4-stellig mit führender 0
	Serum Kreatinin nicht bestimmt	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment AAB ist fehlerfrei "1" = Segment AAB ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.6 ABP – Segment Allgemeiner Behandlungsplan (Erst- und Folgedokumentation)

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
ABP	Segment Allgemeiner Behandlungsplan	3	AN	M	"ABP"
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Tabakverzicht	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Ernährungsberatung	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote Körperliches Training	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Quartalsweise	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Dokumentationsintervall Jedes zweite Quartal	1	AN	K	"J", sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde
	Nächste Dokumentationserstellung geplant am	8	N	K	JJJJMMTT
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment ABP ist fehlerfrei "1" = Segment ABP ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.7 RDE- Segment Rückmeldedaten Einschreibung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDE	Segment Rückmeldedaten Einschreibung	3	AN	M	"RDE"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
	Versichertennummer	...12	AN	M	
	Einheitliche Versichertennummer	..12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	lebenslange Arztnummer	9	AN	K	Die Arztnummer umfasst 9 Stellen.
	Betriebsstättennummer	9	AN	K	Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen
	Krankenhaus-Nr.	9	N	K	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen.
	Versichertenverhältnis besteht zum Dokumentationszeitpunkt.	1	AN	K	„J“ = Versichertenverhältnis besteht „N“ = Versichertenverhältnis besteht nicht.
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.
	Einschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem der Versicherte bei der Kasse in das jeweilige DMP eingeschrieben wurde.
	Ausschreibedatum der Kasse	8	N	K	Format JJJJMMTT Die Kasse meldet das Datum, zu dem die Teilnahme des Versicherten am jeweiligen DMP endet. Eine Angabe des Grundes ist nicht erforderlich.
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Kennzeichen „Storno/Löschung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall zu stornieren/löschen ist.
	Kennzeichen „Wiedereröffnung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“, sofern der DMP-Fall wiedereröffnet wurde.
	Kennzeichen „Beendigung DMP-Fall“	1	AN	K	„1“ – unbekannt; „2“ – verstorben „3“ – Ausschluss „4“ – Beendigung durch den Patienten „5“ – Regelmäßige Beendigung des Programms

Das RDE-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDE-Segment) darzustellen:

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus- IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- datum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Bestätigung des Versichertenver- hältnisses nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („J“ ist anzugeben)	X (der jeweiligen ED)	X (sofern bekannt)		X (Kann)			
Negativmeldung zum Versicherten- verhältnis nach Erhalt einer ED	X	X	X	X	X (Kann)	X	X	X (sofern zutreffend)	X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweiligen ED)			X (Kann)			
Negativmeldung zum Versicherten- verhältnis nach Erhalt einer FD	X	X	X	X	X (Kann)				X („N“ ist anzugeben)	X (der jeweiligen ED)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus- IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schreibe- bedatum der Kasse	Aus- schreibe- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über Storno/Löschung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)	X		
Meldung über Wiedereröffnung eines DMP-Falles	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)		X	
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Mitglied erklärt Ende) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweiligen Doku)	X	X	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X	X (Kann)			X

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Be- reich	Kas- sen- IK	Versi- cher- ten- num- mer	Ein- heitli- che Versi- cher- ten- num- mer	Arzt- num- mer	Be- triebs- stätten- num- mer	Kranken- haus- IK	Vers.-Verh. besteht zum Doku- zeitpunkt	Daten- satz-ID	Ein- schrei- bedatum der Kasse	Aus- schrei- datum der Kasse	Versicher- tenpseu- donym	Kenn- zeichen Storno/ Lö- schung DMP- Fall	Kenn- zeichen Wieder- eröff- nung DMP- Fall	Kenn- zeichen Beendi- gung DMP- Fall
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Kassenwechsel) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der jeweiligen Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versicherten) OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)				KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X
Meldung über das Ende der Teilnahme des Versicherten am DMP (Tod des Versicherten) MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	x (Kann)	KEINE ANGABE	X (der letzten Doku)	X	X (sofern bekannt)	X (Kann)			X

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

4.8 RDK - Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
RDK	Segment Rückmeldedaten Kassennummer/Versichertennummer	3	AN	M	"RDK"
	Datenstellen-Nr.	9	N	M	IK der Datenstelle
	KV-Bereich	2	AN	M	Kennzeichen für den KV-Bereich, z.B. „01“ für Schleswig-Holstein
	Kassen-Nr. alt	9	N	K	IK der Kasse alt
	Kassen-Nr. neu	9	N	K	IK der Kasse neu
	Kassen-Nr. alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Kassennummer alt“
	Kassen-Nr. neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Kassennummer neu“
	Versichertennummer alt	...12	AN	K	Versichertennummer alt
	Versichertennummer neu	...12	AN	K	Versichertennummer neu
	Versichertennummer alt ist gültig bis	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Bis-Datum der „Versichertennummer alt“
	Versichertennummer neu ist gültig ab	8	N	K	Format: JJJJMMTT Gültigkeit-Ab-Datum der „Versichertennummer neu“
	Versichertenpseudonym	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
	Einheitliche Versichertennummer	...12	AN	K	Anzugeben ist die einheitliche, alphanumerische Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
	Datensatz-Identifikation	21	N	K	Sofern eine Datensatz-ID übermittelt wird, ist die anzugeben, die von der Datenstelle bei der Übernahme des Dokumentationsdatensatzes vergeben wurde. Sofern sich die Meldung der Kassen nicht auf eine Dokumentation bezieht, ist die jüngste Datensatz-ID anzugeben, die von der aktuellen Datenstelle vergeben wurde.

Das RDK-Segment wird von der Krankenkasse erzeugt und kann in den nachstehend aufgeführten Fällen an die Datenstelle übermittelt werden. Jeder Anlass/Sachverhalt ist in einer separaten Meldung (RDK-Segment) darzustellen.

Sofern die Felder „Kassen-Nr. neu“/„Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ oder „Versichertennummer neu“/„Versichertennummer neu ist gültig ab“ gefüllt sind stellt die Datenstelle sicher, dass die Gültigkeit der bisherigen Kassen-/Versichertennummern beendet wird. Die **Beendigung der Gültigkeit erfolgt in der Systematik**: „Kassen-Nr. neu ist gültig ab“ bzw. „Versichertennummer neu ist gültig ab“ **minus einem Tag**.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Bereich	Kassen- IK alt	Kassen- IK neu	Kassen- IK alt gültig bis	Kassen- IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Krankenversicherungsnummer. MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X				X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der jeweiligen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel der Krankenversicherungsnummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X				X	X	X	X	X (Kann)	X (Kann)	X (der letzten Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens	X	X	X	X	X	X							

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung Darstellung der Meldetatbestände

	Datenstellen- IK	KV- Bereich	Kassen- IK alt	Kassen- IK neu	Kassen- IK alt gültig bis	Kassen- IK neu gültig ab	Versicherten- nummer alt	Versicherten- nummer neu	Versicherten- nummer alt gültig bis	Versicherten- nummer neu gültig ab	Versicherten- pseudonym	Einheitliche Versicherten- nummer	Daten- satz- ID
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens und Wechsel der Versichertennummer MIT Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der jeweiligen Doku)
Meldung der Krankenkasse bei einem Wechsel des Krankenkassen-Institutionskennzeichens und Wechsel der Versichertennummer. OHNE Bezug zu einer Doku	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (der letzten Doku)

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5 Beschreibung der diagnosebezogenen Nutzsegmente (fachliche Daten COPD)

5.1 CAM-Segment - Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
CAM	Segment Anamnese- und Befunddaten, Relevante Ereignisse und Medikamente	3	AN	M	"CAM"
	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate) – Liter	3,2	AN	K	Format x,xx In Litern; 1 Stelle plus 2 Nachkommastellen; mit führender Null
	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate) – Nicht durchgeführt	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Häufigkeit von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld wird ausschließlich bei Folgedokumentationsdatensätzen übermittelt.
	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation	..2	N	K	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 99 sind möglich. Das Feld wird ausschließlich bei Folgedokumentationsdatensätzen übermittelt.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – bei Bedarf	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Dauermedikation	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Keine	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika – Kontraindikation	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – bei Bedarf	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Dauermedikation	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Keine	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Kontraindikation	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

Fortsetzung CAM-Segment

	Lang wirksame Anticholinergika – bei Bedarf	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Anticholinergika – Dauermedikation	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Anticholinergika – Keine	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Lang wirksame Anticholinergika – Kontraindikation	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalationstechnik überprüft – Ja	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Inhalationstechnik überprüft – Nein	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Nein	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Theophyllin	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Inhalative Glukokortikosteroide	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Systemische Glukokortikosteroide	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Sonstige diagnosespezifische Medikation – Andere	1	AN	K	“J”= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	“0” = Segment CAM ist fehlerfrei “1” = Segment CAM ist fehlerbehaftet

Anhang 6 zu der Technischen Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten
strukturierter Behandlungsprogramme (DMP)

5.2 CSP-Segment – Schulung und Behandlungsplanung

Segment	Segment/Feldbezeichnung	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
CSP	Segment Schulung und Behandlungsplanung	3	AN	M	"CSP"
	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – War aktuell nicht möglich	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Empfohlene Schulung wahrgenommen – Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Ja	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst – Nein	1	AN	K	"J"= sofern das Feld im Dokumentationsdatensatz übermittelt wurde.
	Fehlerstatus Segment	1	N	M	"0" = Segment CSP ist fehlerfrei "1" = Segment CSP ist fehlerbehaftet

Anlage 2 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name des Versicherten	Familiename, Vorname
3	Geburtsdatum des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträger	Name der Krankenkasse
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK / Diabetes mellitus Typ 1 / Diabetes mellitus Typ 2 / Asthma bronchiale / COPD
11	Modul-Teilnahme ¹	Chronische Herzinsuffizienz ² : Ja / Nein
12	Geschlecht	Männlich / Weiblich
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck ³	mm Hg
16	Raucher	Ja / Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie / Fettstoffwechselstörung / Diabetes mellitus / KHK / AVK / Schlaganfall / Chronische Herzinsuffizienz / Asthma bronchiale / COPD / Keine der genannten Erkrankungen
18	Serum-Kreatinin ⁴	mg/dl / µmol/l / nicht bestimmt
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote	Tabakverzicht / Ernährungsberatung / Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
21	Nächste Dokumentationserstellung geplant am (optionales Feld)	TT.MM.JJJJ

¹ Nur bei DMP KHK auszufüllen

² Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40%

³ Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen

⁴ Bei KHK, Asthma bronchiale und COPD nur optional auszufüllen

Anlage 4 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Brustkrebs - Dokumentation		
Lfd. N r.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	Von der Ärztin/vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	Nummer
6	Versicherten-Nr.	Nummer
7	Vertragsarzt-Nr.	Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.		
10	Erstmanifestation des Primärtumors (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
11	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
12	Lokoregionäres Rezidiv (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
13	Fernmetastasen erstmals gesichert ^{e)}	TT.MM.JJJJ
<ul style="list-style-type: none"> • Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 28 auszufüllen. • Bei Einschreibung wegen eines lokoregionären Rezidivs sind die Zeilen 29 bis 30 auszufüllen. • Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 31 bis 33 auszufüllen. 		
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
14	Betroffene Brust ²⁾	Re. / Li. / Beidseits
15	Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt?	Stanzbiopsie / Vakuumunterstützte Mammabiopsie / Offene Biopsie / Mammographie / Sonographie / Andere (Mehrfachnennung möglich)
16	Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	OP geplant ³⁾ / OP nicht geplant / Postoperativ
17	Art der erfolgten operativen Therapie	BET / Mastektomie / Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / Keine OP (Mehrfachnennung möglich)

¹⁾ Hinweis für Ausfüllanleitung: Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen muss eines der Felder 10 bis 12 zumindest mit einer Jahreszahl ausgefüllt werden.

²⁾ Hinweis für Ausfüllanleitung: Bei Mammakarzinom beidseits soll der prognoseleitende Tumorbefund eingetragen werden (Felder 18 bis 25).

³⁾ Hinweis für Ausfüllanleitung: Im Falle einer präoperativen Einschreibung müssen die fehlenden Daten der Erstdokumentation nachgeliefert werden.

Brustkrebs — Erstdokumentation		
Lfd. N r.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
18	pT	X/Tis ⁴)/0/1/2/3/4/KeineOP
19	pN	X/0/1/2/3/KeineOP
20	M	X/0/1
21	Grading	1/2/3/Unbekannt
22	Resektionsstatus	RO/R1/R2/Unbekannt/KeineOP
23	Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)	Positiv/Negativ/Unbekannt
24	Anzahl der entfernten Lymphknoten	Keine/Sentinel-Lymphknoten/<10/≥10 (Mehrfachnennung möglich)
25	Anzahl der befallenen Lymphknoten	Keine/Sentinel-Lymphknoten negativ/1-3/≥4/ Unbekannt
Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses⁵		
26	Strahlentherapie	Geplant/Andauernd/Regulär abgeschlossen/ Vorzeitig beendet/Keine
27	Chemotherapie	Geplant/Andauernd/Regulär abgeschlossen/ Vorzeitig beendet/Keine
28	Endokrine Therapie	Geplant/Andauernd/Regulär abgeschlossen/ Vorzeitig beendet/Keine
Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs		
29	Lokalisation	Intramammär/Thoraxwand/Axilla (Mehrfachnennung möglich)
30	Andauernde oder abgeschlossene Therapie	Keine/Präoperativ/Exzision/Mastektomie/ Strahlentherapie/Chemotherapie/Endokrine Therapie/Anderes Vorgehen (Mehrfachnennung möglich)
Befunde und Therapie von Fernmetastasen		
31	Lokalisation	Leber/Lunge/Knochen/Andere (Mehrfachnennung möglich)
32	Therapie	Operativ/Strahlentherapie/Chemotherapie/ Endokrine Therapie/Andere/Keine (Mehrfachnennung möglich)
33	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja/Nein/Kontraindikation
Sonstige Beratung und Behandlung		
34	Lymphödem	Ja/Nein
35	Systematische Tumorschmerztherapie	Ja/Nein/Nicht erforderlich
36	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	Ja/Nein/Abgelehnt
37	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

4) Hinweis für Ausfüllanleitung: Tis beinhaltet nur DCIS-Fälle.

5) Hinweis für Ausfüllanleitung: Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren „Anteil behaltener Patientinnen nach brusterhaltender Therapie bei Invasivem Karzinom“, „Anteil adjuvanter endokriner Therapien bei hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom“ und „Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie von allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem invasivem Tumor“ werden nur die adjuvanter Therapien berücksichtigt.

Brustkrebs - Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	Nummer
6	Versicherten-Nr.	Nummer
7	Vertragsarzt-Nr.	Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung erfolgte wegen	Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses / Lokoregionären Rezidivs / Fernmetastasen
Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/kontelateralen Brustkrebses⁶⁾		
11	Adjuvante Therapie abgeschlossen	Ja / Nein
12	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
13	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
14	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse		
15	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Intramammär / Thoraxwand / Axilla / Nein
16	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Nein
17	Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung)	TT.MM.JJJJ / Leber / Lunge / Knochen / Andere / Nein (Mehrfachnennung möglich)
18	Lymphödem	Ja / Nein
Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen⁷⁾		
19	ller Behandlungsstatus	Vollremission / Teilremission / No change / Progress
20	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs	Keine / Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere Vorgehen (Mehrfachnennung möglich)
21	Therapie der Fernmetastasen	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)
22	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation

6) Hinweis für Ausfüllanleitung: Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren „Anteil bestrahlter Patientinnen nach brusterhaltender Therapie bei Invasivem Karzinom“, „Anteil adjuvanter endokriner Therapien bei hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom“ und „Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie von allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem Invasivem Tumor“ werden nur die adjuvanten Therapien berücksichtigt.

7) Hinweis für Ausfüllanleitung: Zeilen 19bis 22sind nur auszufüllen bei bereits bestehender oder neu festgestellter fortgeschrittener Erkrankung.

Brustkrebs — Folgedokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Sonstige Beratung und Behandlung		
23	Systematische Tumorschmerztherapie	Ja / Nein / Nicht erforderlich
24	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt	Ja / Nein / Nicht erforderlich
25	Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	Ja / Nein / Abgelehnt
26	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Anlage 6 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Koronare Herzkrankheit — Dokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Angina pectoris	Typisch/Atypisch/Nein
2	Serum-Elektrolyte ^{1 2}	Bestimmt/Nicht bestimmt
Relevante Ereignisse		
3	Akutes Koronarsyndrom ³	Herzinfarkt/Andere Form des akuten Koronarsyndroms/Nein
4	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention ³	Koronarangiographie/Koronartherapeutische Intervention ⁴ /Keine
5	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation ^{5 6}	Anzahl
Medikamente		
6	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
7	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
8	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation ⁷
9	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
10	Sonstige Medikation ^{8 9}	Ja/Nein
Schulung		
11	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
12	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
13	KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst ⁵	Ja/Nein
14	Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen? ²	Ja/Nein/Nicht erforderlich

¹ Natrium und Kalium im Serum.

² Nur bei Modul Chronische Herzinsuffizienz.

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der 2. und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

⁴ PTCA oder Bypass-Operation.

⁵ Einschließlich Herzinsuffizienz.

⁶ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der 2. und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

⁷ Gilt auch für ACE-Hemmer-Husten.

⁸ Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder eines arteriellen Hypertonus.

⁹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß RSAV-Text hingewiesen werden.

Anlage 8 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Diabetes mellitus Typ 1 und 2		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	HbA1c-Wert	Wert in %
2	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung	Nicht untersucht / Nein / Ja
3	Fußstatus	Pulsstatus: Unauffällig / Auffällig / Nicht erhoben Sensibilitätsprüfung: Unauffällig / Auffällig / Nicht durchgeführt Fußstatus: Unauffällig / Auffällig / Nicht erhoben Wenn Fußstatus auffällig: ¹ Wagner-Stadium: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 Armstrong-Klassifikation: A / B / C / D
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie / Diabetische Neuropathie / Diabetische Retinopathie
Relevante Ereignisse		
5	Relevante Ereignisse ²	Nierenersatztherapie / Erblindung / Amputation / Herzinfarkt / Keine der genannten Ereignisse
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation ³	Anzahl
7	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Stationäre Aufenthalte wegen Nicht-erreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation ³	Anzahl
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation ³	Anzahl
Medikamente		
9	Insulin oder Insulin-Analoga	Ja / Nein
10	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid	Ja / Nein / Kontraindikation
11	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin	Ja / Nein / Kontraindikation
12	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige orale antidiabetische Medikation ⁴	Ja / Nein
13	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
14	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation
15	ACE-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
17	Sonstige antihypertensive Medikation ⁵	Ja / Nein

¹ Angabe des schwerer betroffenen Fußes

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

⁴ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß RSAV-Text hingewiesen werden.

Schulung		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
20	Zielvereinbarung HbA1c	Aktuellen Wert: Halten / Senken / Anheben
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	Durchgeführt / Nicht durchgeführt / Veranlasst
22	Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Nein / Zur qualifizierten Einrichtung für das diabet. Fußsyndrom / Zum diabetologisch qualifizierten Arzt bzw. zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung / Sonstige

⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Einschließlich Diuretika

Anlage 10: (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Asthma bronchiale		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen ¹	Täglich / Wöchentlich / Seltener als wöchentlich / Keine
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Systemische Glukokortikosteroide / Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein / Nicht durchführbar
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

¹ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Anlage 12 (zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate)	X,XX Liter / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
2	Häufigkeit von Exazerbationen ¹ seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation ²	Anzahl
Medikamente		
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein / Theophyllin / Inhalative Glukokortikosteroide / Systemische Glukokortikosteroide / Andere
Schulung		
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: „Exazerbation“ (z.B. „akute Verschlechterung der Symptomatik, die eine Veränderung der Medikation erfordert“) in der Ausfüllanleitung definieren.

² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Brustkrebs

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs

0200H

Krankenhaus-IK

Exemplar für die Datenstelle

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Brustkrebs

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Brustkrebs

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs

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

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.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

0308H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

0308H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

0308H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen.

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei koronarer Herzerkrankung sind, dass

- Ihr Herzinfarktrisiko gesenkt,
- die Entwicklung von Herzbeschwerden vermieden wird und
- Ihre Belastungsfähigkeit erhalten bleibt.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören:

- Betablocker ggf. in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten (Blutdrucksenker),
- ACE-Hemmer (Blutdrucksenker, Therapie der Herzschwäche),
- Statine (Blutfettsenker),
- Thrombozytenaggregationshemmer (Gerinnungshemmer).

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Koronare Herzkrankheiten und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen, Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Dabei geht es z. B. um die Blutdruck-Selbstkontrolle, die Interpretation der Werte und die richtigen Folgerungen aus den Messungen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Diabetes mellitus

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus

Typ 1 oder Typ 2

0100H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele sind:

- Vermeidung typischer Diabetessymptome wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen,
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung),
- Senkung des Schlaganfall- oder Herzinfarkttrisikos,
- Vermeidung der Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können,
- Vermeidung von Nervenschädigungen und des diabetischen Fußsyndroms.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Grundlegende Bestandteile der Therapie können sein:

- Ernährungsberatung, Tabakverzicht, vermehrte körperliche Aktivität.
- Je nach Art der Blutzucker senkenden Therapie eine Stoffwechselfbstkontrolle.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören beispielsweise:

- Zur Senkung des Blutzuckers:
Insuline, Glibenclamid (bei nicht übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2) und Metformin (bei übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2)
- Zur Senkung des Blutdrucks:
Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer.
- Zur Beeinflussung des Fettstoffwechsels bei erhöhtem Risiko eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts:
Statine wie Simvastatin, Pravastatin oder Atorvastatin.
- Zur Linderung von Beschwerden, die durch Nervenschädigungen infolge des Diabetes hervorgerufen werden:
Antidepressiva und Antiepileptika, soweit sie hierfür zugelassen sind.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine verein-

baren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten. So ist beispielsweise eine regelmäßige augenärztliche Untersuchung im Programm vorgesehen.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
 - die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
 - Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
 - Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
 - Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.
- Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Asthma

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma

050AH

Krankenhaus-**IK**

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Asthma

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma

050AH

Krankenhaus-**IK**

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Asthma

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma

050AH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei Asthma bronchiale sind:

1. Vermeidung/Reduktion von

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle, Exazerbationen = plötzlich auftretende, anhaltende, in der Regel reversible Verschlechterung des Krankheitsbildes bzw. der Ausbruch eines Krankheitsschubes),
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag
- einem Voranschreiten der Krankheit und
- unerwünschten Wirkungen der Therapie
- bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität

2. Reduktion der asthmabedingten Sterblichkeit.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören:

Medikamente zur Dauertherapie:

- inhalative Glukokortikosteroide (zur Basistherapie)
- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (als Erweiterung der Basistherapie)

und in begründeten Fällen:

- systemische Glukokortikosteroide
- Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)

Medikamente der Bedarfstherapie:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)
- und in begründeten Fällen:
- kurz wirksame Anticholinergika
 - Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)
 - systemische Glukokortikosteroide (maximal 1 – 2 Wochen)

Medikamente der Bedarfstherapie werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind.

Weitere wichtige Behandlungsbestandteile sind u. a. Schulungen und Informationen, wodurch Sie besser über Ihre individuelle Behandlung mitentscheiden können, die Aufklärung über die Vermeidung von auslösenden Faktoren Ihrer Erkrankung und die Förderung des körperlichen Trainings, sowie die Prüfung einer Hyposensibilisierung bei allergischem Asthma.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

060AH

Krankenhaus-IK

Exemplar für die Datenstelle

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

OBDAH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung COPD

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für COPD

OBDAH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei COPD sind:

1. Vermeidung/Reduktion von

- akuten und chronischen Beeinträchtigungen (z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag und
- einem raschen Vorschreiten der Erkrankung

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie

2. Reduktion der COPD-bedingten Sterblichkeit

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen.

Bei COPD gehören zu den vorrangig zu verwendenden Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffen:

Medikamente zur Dauertherapie:

- lang wirksame Anticholinergika
- lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika

und in begründeten Einzelfällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- inhalative Glukokortikosteroide (bei mittelschwerer und schwerer COPD)
- systemische Glukokortikosteroide

Medikamente der Bedarfstherapie:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika
- kurz wirksame Anticholinergika
- Kombination von kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

und in begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)

Medikamente der Bedarfstherapie werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind.

Weitere wichtige Behandlungsbestandteile sind u. a. Schulungen und Informationen, wodurch Sie besser über Ihre individuelle Behandlung mitentscheiden können, die Aufklärung über die Vermeidung von auslösenden Faktoren Ihrer Erkrankung und die Förderung des körperlichen Trainings.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. COPD und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
<p>Vermeidung von</p> <ul style="list-style-type: none"> – typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen – Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können – von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom – Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) <p>Senkung Ihres Schlaganfall- und Herzinfarkttrisikos</p>	<p>Senkung des Risikos eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden</p> <p>Erhaltung Ihrer Belastungsfähigkeit.</p>	<p>Vermeidung/Reduktion von</p> <ul style="list-style-type: none"> – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen (bei Asthma) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit – unerwünschten Wirkungen der Therapie <p>Normalisierung (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p>Reduktion der Sterblichkeit</p>

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Hierzu gehören z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> – Insulin – Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2) <p>bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer</p> <ul style="list-style-type: none"> – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) 	<ul style="list-style-type: none"> – Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten – ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS) 	<p>Medikamente zur Dauertherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Glukokortikosteroide zum Inhalieren – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) <p>im Bedarfsfall zusätzlich</p> <p>Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) 	<p>Medikamente zur Dauertherapie vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – lang wirksame Anticholinergika <p>im Bedarfsfall (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) – kurz wirksame Anticholinergika – eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z.B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Von jeder Dokumentation erhalten Sie zu Ihrer Information einen Ausdruck. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z.B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingehen, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA200EA und SA200FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (vor der 9. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs.

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs vom 21.12.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	31.08.2006
Anzuwenden ab:	01.01.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_ _ _ _ _“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 200EA – Erstdokumentation, alter Dokumentationsbogen (vor 9. RSAV, gültig bis 30.06.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200EA
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses
9	Datum des histologischen bzw. des gesicherten Nachweises Datum Erstmanifestation	73	80	8	1	N	JJJJMMTT
10	Datum des histologischen bzw. des gesicherten Nachweises Datum Lokalrezidiv	82	89	8	1	N	JJJJMMTT
11	Fernmetastasen gesichert	91	98	8	1	N	JJJJMMTT
12	1. Art der Sicherung der Diagnose – Feinnadelbiopsie	100	100	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	2. Art der Sicherung der Diagnose – Stanzbiopsie	102	102	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	3. Art der Sicherung der Diagnose – Offene Biopsie	104	104	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	4. Art der Sicherung der Diagnose – Sonstige Biopsie	106	106	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	5. Art der Sicherung der Diagnose – Mammographie	108	108	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

17	6. Art der Sicherung der Diagnose – Sonographie	110	110	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	1. Primär betroffene Mamma – rechts	112	112	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	2. Primär betroffene Mamma – links	114	114	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	3. Primär betroffene Mamma – beidseitig	116	116	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	M	118	118	1	1	N	0 = 0 oder "1" = 1 oder "6" = x oder 9 = „keine Angabe vorhanden“
22	1. Lokalisation der Metastasen - Leber	120	120	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	2. Lokalisation der Metastasen – Lunge	122	122	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	3. Lokalisation der Metastasen – Knochen	124	124	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	4. Lokalisation der Metastasen - andere	126	126	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Menopausenstatus	128	128	1	1	N	1 = prämenopausal oder „2“ = postmenopausal
27	1. Aktueller Behandlungsstatus – präoperativ	130	130	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	2. Aktueller Behandlungsstatus – postoperativ	132	132	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	3. Aktueller Behandlungsstatus – adjuvante Therapie	134	134	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	4. Aktueller Behandlungsstatus – Nachsorge	136	136	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	5. Aktueller Behandlungsstatus – derzeit kein operatives Vorgehen geplant	138	138	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	Statusfeld Ablage Dokumentation	140	140	1	1	N	"1" = Erstdokumentation in der Datenstelle archiviert oder "2" = Erstdokumentation in der Arztpraxis archiviert oder "3" = Erstdokumentation in der Krankenkasse archiviert
33	Ergebnis nach abgeschlossener Primärtherapie	142	142	1	1	N	1 = Vollremission oder "2" = Teilremission oder "3" = no change oder "4" = Progress oder "5" = Therapie noch nicht abgeschlossen
34	1. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – BET	144	144	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	2. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – Mastektomie	146	146	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	3. Art der erfolgten chirurgischen Therapie	148	148	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	pie – Onkoplastische OP						
37	4. Art der erfolgten chirurgischen Therapie - Axilläre Lymphonodektomie	150	150	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	5. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – anderes Vorgehen	152	152	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	6. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – kein operatives Vorgehen	154	154	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	1. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mamma rechts	156	156	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	2. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mamma links	158	158	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	3. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Brustwand rechts	160	160	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	4. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Brustwand links	162	162	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	5. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Lymphabflusswege (supraclavicular)	164	164	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	6. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mammaria interna	166	166	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	7. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – andere	168	168	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	8. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlen-	170	170	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	therapie - keine						
48	1. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – Anthrazyklinhaltig	172	172	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	2. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – CMF	174	174	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	3. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – andere	176	176	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	4. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie - keine	178	178	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	1. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie - Antiöstrogene	180	180	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	2. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – GNRH-Analoga	182	182	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	3. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Aromatasehemmer	184	184	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	4. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Gestagene	186	186	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	5. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Ovariectomie	188	188	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	6. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – andere	190	190	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	7. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie - keine	192	192	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	1. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – regulär	194	194	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	2. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Tumorprogress	196	196	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	3. Gründe für die	198	198	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo-

	Beendigung der adjuvanten Therapie – Toxizität						gen angekreuzt wurde
62	4. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Ablehnung der Therapie	200	200	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	5. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie - andere	202	202	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	1. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	204	204	1	1	N	1 = ja
65	2. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	206	206	1	1	N	2 = ja, gemeinsam mit Person des Vertrauens oder "3" = nein oder "4" = abgelehnt
66	Dokumentationszeitraum 6 Monate	208	208	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	Wiedervorstellungstermin vereinbart	210	210	1	1	N	1 = nein, plausibler Grund liegt vor oder "2" = ohne Begründung abgelehnt - Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt.
68	Datum Wiedervorstellungstermin	212	219	8	1	N	JJJJMMTT - Feld ist zu übermitteln, sofern ein Datum auf dem Dokumentationsbogen angegeben wurde.
69	1. Komplikationen der OP – keine	221	221	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	2. Komplikationen der OP – Nachblutung	223	223	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	3. Komplikationen der OP – Wundheilungsstörung	225	225	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	4. Komplikationen der OP - andere	227	227	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	Anzahl entfernter Lymphknoten	229	229	1	1	N	1 = 1-9 oder "2" = > 10 oder "3" = keine - Feld ist zu übermitteln, sofern die Anzahl entfernter Lymphknoten auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
74	Anzahl befallener Lymphknoten	231	231	1	1	N	1 = 1-3 oder "2" = > 4 oder "3" = keine - Feld ist zu übermitteln, sofern die Anzahl befallener Lymphknoten auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
75	Tumortyp	233	233	1	1	N	1 = invasiv oder "2" = mikroinvasiv oder "3" = andere - Feld ist zu übermitteln, sofern der Tumortyp auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
76	Rezeptorstatus	235	235	1	1	N	1 = positiv oder "2" = negativ oder "3" = unbekannt - Feld ist zu übermitteln, sofern Rezeptor-

							status auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
77	Resektion	237	237	1	1	N	1 = R0 oder "2" = R1 oder "3" = R2 oder "4" = unbekannt - Feld ist zu übermitteln, sofern die Resektion auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
78	Grading (nach Elston und Ellis)	239	239	1	1	N	1 = 1 oder "2" = 2 oder "3" = 3 oder "4" = nicht beurteilbar - Feld ist zu übermitteln, sofern das Grading auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
79	pT	241	241	1	1	N	0 = 0 oder "1" = 1 oder "2" = 2 oder "3" = 3 oder "4" = 4 oder "5" = Is oder "6" = X - Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt. 9 = „keine Angabe vorhanden“
80	pN	243	243	1	1	N	0 = 0 oder "1" = 1 oder "2" = 2 oder "3" = 3 oder "6" = x - Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt. 9 = „keine Angabe vorhanden“

1 SA 200FA – Folgedokumentation, alter Dokumentationsbogen (vor 9. RSAV, gültig bis 30.06.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200FA
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses
9	Patientin befindet sich zur Zeit in stationärer oder anderweitiger Behandlung	73	73	1	1	AN	J = Ja oder "N" = Nein
10	Primärtherapie abgeschlossen	75	75	1	1	AN	J = Ja oder "N" = Nein
11	Aktueller Tumorstatus	77	77	1	1	N	1 = Vollremission oder "2" = Teilremission oder "3" = no change "4" = Progress
12	1. Lymphödem – rechts	79	79	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	2. Lymphödem – links	81	81	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	3. Lymphödem - kein	83	83	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	Lokalrezidiv	85	85	1	1	AN	J = Ja oder "N" = Nein (54)
16	1. Fernmetastasen – Leber	87	87	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	2. Fernmetastasen – Lunge	89	89	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	3. Fernmetastasen – Knochen	91	91	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	4. Fernmetastasen – andere	93	93	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	5. Fernmetastasen - keine	95	95	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Ende des Follow up	97	97	1	1	N	1 = regulär oder "2" = Wunsch der Patientin oder "3" = andere - Feld ist zu übermitteln, sofern ein

							Ende des Follow up auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
22	Statusfeld Ablage Dokumentation	99	99	1	1	N	"1" = Folgedokumentation in der Datenstelle archiviert oder "2" = Folgedokumentation in der Arztpraxis oder "3" = Folgedokumentation in der Krankenkasse archiviert
23	1. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mamma rechts	101	101	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	2. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mamma links	103	103	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	3. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Brustwand rechts	105	105	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	4. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Brustwand links	107	107	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	5. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Lymphabflusswege (supraclaviculär)	109	109	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	6. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mammaria interna	111	111	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	7. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – andere	113	113	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	8. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie - keine	115	115	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	1. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – Anthrazyklinhaltig	117	117	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	2. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – CMF	119	119	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	3. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – andere	121	121	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	4. Art der ggf. andauernden Chemotherapie keine	123	123	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

35	1. Art der ggf. andauernden Hormontherapie - Antiöstrogene	125	125	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	2. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – GNRH-Analoga	127	127	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	3. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Aromatasehemmer	129	129	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	4. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Gestagene	131	131	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	5. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Ovariectomie	133	133	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	6. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – andere	135	135	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	7. Art der ggf. andauernden Hormontherapie - keine	137	137	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	1. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – regulär	139	139	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	2. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Tumorprogress	141	141	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	3. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Toxizität	143	143	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	4. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Ablehnung der Therapie	145	145	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	5. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – andere	147	147	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	1. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	149	149	1	1	N	1 = ja
48	2. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	151	151	1	1	N	2 = ja, gemeinsam mit Person des Vertrauens oder "3" = nein oder "4" = abgelehnt

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinhessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwürttemberg
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA200EN und SA200FN

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (nach der 9. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs.

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs vom 21.12.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	31.08.2006
Anzuwenden ab:	01.01.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_ _ _ _ _ _ _ _“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 200EN – Erstdokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 9. RSAV, gültig ab 01.07.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200EN
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Datum des histologischen bzw. des gesicherten Nachweises - Datum Erstmanifestation	73	80	8	1	N	JJJJMMTT
10	Datum des histologischen bzw. des gesicherten Nachweises - Datum Lokalrezidiv	82	89	8	1	N	JJJJMMTT
11	Fernmetastasen gesichert	91	98	8	1	N	JJJJMMTT
12	1. Art der Sicherung der Diagnose – Feinnadelbiopsie	100	100	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	2. Art der Sicherung der Diagnose – Stanzbiopsie	102	102	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	3. Art der Sicherung der Diagnose – Offene Biopsie	104	104	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	4. Art der Sicherung der Diagnose – SONS-	106	106	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	tige Biopsie						
16	5. Art der Sicherung der Diagnose – Mammographie	108	108	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	6. Art der Sicherung der Diagnose – Sonographie	110	110	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	1. Primär betroffene Mamma – rechts	112	112	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	2. Primär betroffene Mamma – links	114	114	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	3. Primär betroffene Mamma – beidseitig	116	116	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	M	118	118	1	1	N	0 = 0 - "1" = 1 - "6" = x oder 9 = „keine Angabe vorhanden“
22	1. Lokalisation der Metastasen - Leber	120	120	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	2. Lokalisation der Metastasen – Lunge	122	122	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	3. Lokalisation der Metastasen – Knochen	124	124	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	4. Lokalisation der Metastasen - andere	126	126	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Menopausenstatus	128	128	1	1	N	1 = prämenopausal - "2" = postmenopausal
27	1. Aktueller Behandlungsstatus – präoperativ	130	130	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	2. Aktueller Behandlungsstatus – postoperativ	132	132	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	3. Aktueller Behandlungsstatus – adjuvante Therapie	134	134	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	4. Aktueller Behandlungsstatus – Nachsorge	136	136	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	5. Aktueller Behandlungsstatus – derzeit kein operatives Vorgehen geplant	138	138	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	Ergebnis nach abgeschlossener Primärtherapie	140	141	2	1	N	1 = Vollremission - "2" = Teilremission - "3" = no change - "4" = Progress - "5" = Therapie noch nicht abgeschlossen "6" = Vollremission + Therapie noch nicht abgeschlossen "7" = Vollremission + no change "8" = Teilremission + no change "9" = Teilremission + Therapie noch nicht abgeschlossen "10" = no change + Therapie noch nicht abgeschlossen

							<p>"11" = Vollremission + no change + Therapie noch nicht abgeschlossen</p> <p>"12" = Teilremission + no change + Therapie noch nicht abgeschlossen</p>
33	1. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – BET	143	143	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	2. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – Mastektomie	145	145	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	3. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – Onkoplastische OP	147	147	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	4. Art der erfolgten chirurgischen Therapie - Axilläre Lymphonodektomie	149	149	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	5. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – anderes Vorgehen	151	151	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	6. Art der erfolgten chirurgischen Therapie – kein operatives Vorgehen	153	153	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	1. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mamma rechts	155	155	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	2. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mamma links	157	157	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	3. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Brustwand rechts	159	159	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	4. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Brustwand links	161	161	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	5. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Lymphabflusswege (supraclavicular)	163	163	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

44	6. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – Mammaria interna	165	165	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	7. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie – andere	167	167	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	8. Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie - keine	169	169	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	1. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – Anthrazyklinhaltig	171	171	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	2. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – CMF	173	173	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	3. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie – andere	175	175	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	4. Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie - keine	177	177	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	1. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie - Antiöstrogene	179	179	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	2. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – GNRH-Analoga	181	181	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	3. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Aromatasehemmer	183	183	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	4. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Gestagene	185	185	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	5. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – Ovariectomie	187	187	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	6. Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie – andere	189	189	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	7. Art der erfolgten	191	191	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo-

	oder andauernden Hormontherapie – keine						gen angekreuzt wurde
58	1. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – regulär	193	193	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	2. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Tumorprogress	195	195	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	3. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Toxizität	197	197	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	4. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Ablehnung der Therapie	199	199	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	5. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie - andere	201	201	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	1. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	203	203	1	1	N	1 = ja
64	2. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	205	205	1	1	N	2 = ja, gemeinsam mit Person des Vertrauens - "3" = nein - "4" = abgelehnt
65	Dokumentationszeitraum 6 Monate	207	207	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	Wiedervorstellungstermin vereinbart	209	209	1	1	N	1 = nein, plausibler Grund liegt vor - "2" = ohne Begründung abgelehnt - Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt.
67	Datum Wiedervorstellungstermin	211	218	8	1	N	JJJJMMTT - Feld ist zu übermitteln, sofern ein Datum auf dem Dokumentationsbogen angegeben wurde.
68	1. Komplikationen der OP – keine	220	220	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	2. Komplikationen der OP – Nachblutung	222	222	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	3. Komplikationen der OP – Wundheilungsstörung	224	224	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	4. Komplikationen der OP - andere	226	226	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	Anzahl entfernter Lymphknoten	228	228	1	1	N	1 = 1-9 "2" = > 10 "3" = keine - Feld ist zu übermitteln, sofern die Anzahl entfernter Lymph-

							knoten auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
73	Anzahl befallener Lymphknoten	230	230	1	1	N	1 = 1-3 "2" = > 4 "3" = keine - Feld ist zu übermitteln, sofern die Anzahl befallener Lymphknoten auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
74	Tumortyp	232	232	1	1	N	1 = invasiv - "2" = mikroinvasiv - "3" = andere - Feld ist zu übermitteln, sofern der Tumortyp auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
75	Rezeptorstatus	234	234	1	1	N	1 = positiv - "2" = negativ - "3" = unbekannt - Feld ist zu übermitteln, sofern Rezeptorstatus auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
76	Resektion	236	236	1	1	N	1 = R0, "2" = R1, "3" = R2, "4" = unbekannt - Feld ist zu übermitteln, sofern die Resektion auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
77	Grading (nach Elston und Ellis)	238	238	1	1	N	1 = 1, "2" = 2, "3" = 3, "4" = nicht beurteilbar - Feld ist zu übermitteln, sofern das Grading auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
78	pT	240	240	1	1	N	„0“ = 0, „1“ = 1, „2“ = 2, „3“ = 3, „4“ = 4, „5“ = Is „6“ = X Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt. 9 = „keine Angabe vorhanden“
79	pN	242	242	1	1	N	„0“ = 0, „1“ = 1, „2“ = 2, „3“ = 3, „6“ = x Feld ist zu übermitteln, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt. 9 = „keine Angabe vorhanden“

1 SA 200FN – Folgedokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 9. RSAV, gültig ab01.07.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200FN
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "00000000" zu füllen.
9	Patientin befindet sich zur Zeit in stationärer oder anderweitiger Behandlung	73	73	1	1	AN	J = Ja - "N" = Nein
10	Primärtherapie abgeschlossen	75	75	1	1	AN	J = Ja - "N" = Nein
11	Aktueller Tumorstatus	77	77	1	1	N	1 = Vollremission - "2" = Teilremission - "3" = no change - "4" = Progress - „5" = Vollremission + no change - „6" = Teilremission + no change
12	1. Lymphödem – rechts	79	79	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	2. Lymphödem – links	81	81	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	3. Lymphödem - kein	83	83	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	Lokalrezidiv	85	85	1	1	AN	J = Ja - "N" = Nein)
16	1. Femmetastasen – Leber	87	87	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	2. Femmetastasen – Lunge	89	89	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	3. Femmetastasen – Knochen	91	91	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	4. Femmetastasen –	93	93	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen

Formatiert: Englisch (Großbritannien)

	andere						gen angekreuzt wurde
20	5. Fernmetastasen - keine	95	95	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Ende des Follow up	97	97	1	1	N	1 = regulär - "2" = Wunsch der Patientin - "3" = andere - Feld ist zu übermitteln, sofern ein Ende des Follow up auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde.
22	1. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mamma rechts	99	99	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	2. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mamma links	101	101	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	3. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Brustwand rechts	103	103	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	4. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Brustwand links	105	105	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	5. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Lymphabflusswege (supraclaviculär)	107	107	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	6. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – Mammaria interna	109	109	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	7. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie – andere	111	111	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	8. Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie - keine	113	113	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	1. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – Anthrazyklinhaltig	115	115	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	2. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – CMF	117	117	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	3. Art der ggf. andauernden Chemotherapie – andere	119	119	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	4. Art der ggf. andauernden Chemotherapie	121	121	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	pie keine						
34	1. Art der ggf. andauernden Hormontherapie - Antiöstrogene	123	123	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	2. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – GNRH-Analoga	125	125	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	3. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Aromatasehemmer	127	127	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	4. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Gestagene	129	129	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	5. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – Ovariectomie	131	131	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	6. Art der ggf. andauernden Hormontherapie – andere	133	133	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	7. Art der ggf. andauernden Hormontherapie - keine	135	135	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	1. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – regulär	137	137	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	2. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Tumorprogress	139	139	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	3. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Toxizität	141	141	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	4. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – Ablehnung der Therapie	143	143	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	5. Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie – andere	145	145	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	1. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	147	147	1	1	N	1 = ja
47	2. Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoption erfolgt	149	149	1	1	N	2 = ja, gemeinsam mit Person des Vertrauens - "3" = nein - "4" = abgelehnt

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwürttemberg
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA200EB und SA200FB

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (nach der 13. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs.

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Brustkrebs vom 21.12.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	01.12.2006
Anzuwenden ab:	01.07.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_ _ _ _ _“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 200EB– Erstdokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 13. RSAV, gültig ab 01.07.2006)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200EB
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift des Arztes
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Datum der Erstmanifestation des Primärtumors (histologischer Nachweis)	73	80	8	1	N	JJJJMMTT
10	Datum des Nachweises des lokoregionären Rezidivs (histologisch)	82	89	8	1	N	JJJJMMTT
11	Datum der Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (histologischer Nachweis)	91	98	8	1	N	JJJJMMTT
12	Datum der erstmaligen gesicherten Diagnose von Fernmetastasen	100	107	8	1	N	JJJJMMTT
13	betroffene Brust: rechts	109	109	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	betroffene Brust: links	111	111	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	betroffene Brust: beidseits	113	113	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

16	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: Stanzbiopsie	115	115	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: vakuumunterstützte Mammabiopsie	117	117	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: offene Biopsie	119	119	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: Mammographie	121	121	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: Sonographie	123	123	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	durchgeführte Untersuchungsdiagnostik: andere	125	125	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
22	OP-Planung (aktueller Behandlungsstatus bezgl. operativem Vorgehen)	127	127	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Keine OP-Planung (aktueller Behandlungsstatus bezgl. operativem Vorgehen)	129	129	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	postoperativ (aktueller Behandlungsstatus bezgl. operativem Vorgehen)	131	131	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	BET (Art der erfolgten operativen Therapie)	133	133	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Mastektomie (Art der erfolgten operativen Therapie)	135	135	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (Art der erfolgten operativen Therapie)	137	137	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	Axilläre Lymphonodektomie (Art der erfolgten operativen Therapie)	139	139	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	anderes Vorgehen (Art der erfolgten operativen Therapie)	141	141	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	keine OP (Art der erfolgten operativen Therapie)	143	143	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	pT: Tis	145	145	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

							gen angekreuzt wurde
32	pT:0	147	147	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	pT:1	149	149	2	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	pT:2	151	151	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	pT:3	153	153	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	pT:4	155	155	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	pT:X	157	157	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	pT: keine OP	159	159	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	pN:0	161	161	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	pN:1	163	163	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	pN:2	165	165	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	pN:3	167	167	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	pN:X	169	169	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	pN: keine OP	171	171	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	M:0	173	173	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	M:1	175	175	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	M:X	177	177	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	Grading:1	179	179	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Grading:2	181	181	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Grading:3	183	183	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Grading: unbekannt	185	185	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	Resektionsstatus: R0	187	187	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Resektionsstatus: R1	189	189	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	Resektionsstatus: R2	191	191	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Resektionsstatus: unbekannt	193	193	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Resektionsstatus: keine OP	195	195	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

57	Rezeptorstatus: (Östrogen und /oder Progesteron): positiv	197	197	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Rezeptorstatus: (Östrogen und /oder Progesteron): Negativ	199	199	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Rezeptorstatus: (Östrogen und /oder Progesteron): unbekannt	201	201	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Anzahl der entfernten Lymphknoten: keine	205	205	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Anzahl der entfernten Lymphknoten: Sentinel-Lymphknoten	207	207	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	Anzahl der entfernten Lymphknoten: <10	209	209	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	Anzahl der entfernten Lymphknoten: >10	211	211	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	Anzahl der befallenen Lymphknoten: keine	213	213	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
65	Anzahl der befallenen Lymphknoten: Sentinel-Lymphknoten	215	215	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	Anzahl der befallenen Lymphknoten: 1-3	217	217	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	Anzahl der befallenen Lymphknoten: >4	219	219	8	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	Anzahl der befallenen Lymphknoten: unbekannt	221	221	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	Strahlentherapie: geplant	223	223	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	Strahlentherapie: andauernd	225	225	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	Strahlentherapie: regulär abgeschlossen	227	227	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	Strahlentherapie: vorzeitig beendet	229	229	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	Strahlentherapie: keine	231	231	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	Chemotherapie: geplant	233	233	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
75	Chemotherapie: andauernd	235	235	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
76	Chemotherapie: regulär abgeschlossen	237	237	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
77	Chemotherapie: vorzeitig beendet	239	239	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
78	Chemotherapie: keine	241	241	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

79	endokrine Therapie: geplant	243	243	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
80	endokrine Therapie: andauernd	245	245	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
81	endokrine Therapie: regulär abgeschlossen	247	247	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
82	endokrine Therapie: vorzeitig beendet	249	249	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
83	endokrine Therapie: keine	251	251	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
84	Lokalisation: intramammär	253	253	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
85	Lokalisation: Thoraxwand	255	255	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
86	Lokalisation: Axilla	257	257	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
87	andauernde oder abgeschlossene Therapie: präoperativ	259	259	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
88	andauernde oder abgeschlossene Therapie: Exzision	261	261	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
89	andauernde oder abgeschlossene Therapie: Mastektomie	263	263	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
90	andauernde oder abgeschlossene Therapie: Strahlentherapie	265	265	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
91	andauernde oder abgeschlossene Therapie: Chemotherapie	267	267	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
92	andauernde oder abgeschlossene Therapie: endokrine Therapie	269	269	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
93	andauernde oder abgeschlossene Therapie: anderes Vorgehen	271	271	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
94	andauernde oder abgeschlossene Therapie: keine	273	273	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
95	Lokalisation: Leber	275	275	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
96	Lokalisation: Lunge	277	277	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
97	Lokalisation: Knochen	279	279	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
98	Lokalisation: andere	281	281	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

							gen angekreuzt wurde
99	Therapie: operativ	283	283	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
100	Therapie: Strahlentherapie	285	285	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
101	Therapie: Chemotherapie	287	287	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
102	Therapie: endokrine Therapie	289	289	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
103	Therapie: andere	291	291	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
104	Therapie: keine	293	293	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
105	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: ja	295	295	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
106	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: nein	297	297	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
107	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: Kontraindikation	299	299	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
108	Lymphödem: ja	301	301	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
109	Lymphödem: nein	303	303		1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
110	systematische Tumorschmerztherapie: ja	305	305	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
111	systematische Tumorschmerztherapie: nein	307	307	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
112	systematische Tumorschmerztherapie: nicht erforderlich	309	309	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
113	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: ja	311	311	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
114	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: nein	313	313	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
115	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: abgelehnt	315	315	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

1 SA 200FB – Folgedokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 13. RSAV, gültig ab01.07.2007)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	200FB
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „A“ für Brustkrebs einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Arztunterschrift
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Primärtumor	73	73	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
10	lokoregionäres Rezidiv	75	75	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
11	kontralateraler Brustkrebs	77	77	1	1	N	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
12	Fernmetastasen	79	79	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	adjuvante Therapie abgeschlossen: ja	81	81	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	adjuvante Therapie abgeschlossen: nein	83	83	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	Strahlentherapie: geplant	85	85	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	Strahlentherapie: andauernd	87	87	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	Strahlentherapie: regulär abgeschlossen	89	89	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	Strahlentherapie: vorzeitig beendet	91	91	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	Strahlentherapie: keine	93	93	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	Chemotherapie: geplant	95	95	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Chemotherapie: an-	97	97	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbo-

	dauernd						gen angekreuzt wurde
22	Chemotherapie: regulär abgeschlossen	99	99	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Chemotherapie: vorzeitig beendet	101	101	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	Chemotherapie: keine	103	103	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	endokrine Therapie: geplant	105	105	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	endokrine Therapie: andauernd	107	107	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	endokrine Therapie: regulär abgeschlossen	109	109	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	endokrine Therapie: vorzeitig beendet	111	111	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	endokrine Therapie: keine	113	113	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	Datum der Manifestation eines lokoregionären Rezidivs (histologischer Nachweis)	115	122	8	1	N	JJJJMMTT
31	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: nein	124	124	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: intramammär	126	126	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: Thoraxwand	128	128	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs: Axilla	130	130	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	Datum der Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (histologischer Nachweis)	132	132	8	1	N	JJJJMMTT
36	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses: nein	134	134	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	Datum der Manifestation von Fernmetastasen (Diagnosesicherung)	136	136	8	1	N	JJJJMMTT
38	Manifestation von Fernmetastasen: nein	138	138	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	Manifestation von Fernmetastasen: Leber	140	140	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	Manifestation von Fernmetastasen:	142	142	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	Lunge						
41	Manifestation von Fernmetastasen-: Knochen	144	144	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	Manifestation von Fernmetastasen: andere	146	146	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	Lymphödem: ja	148	148	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	Lymphödem: nein	150	150	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	aktueller Behandlungsstatus: Vollremission	152	152	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	aktueller Behandlungsstatus: Teilremission	154	154	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	aktueller Behandlungsstatus: no change	156	156	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	aktueller Behandlungsstatus: Progress	158	158	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: präoperativ	160	160	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Exzision	162	162	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Mastektomie	164	164	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Strahlentherapie	166	166	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: Chemotherapie	168	168	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

54	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: endokrine Therapie	170	170	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: anderes Vorgehen	172	172	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Seit letzter Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs: keine	174	174	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	Therapie der Fernmetastasen: operativ	176	176	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Therapie der Fernmetastasen: Strahlentherapie	178	178	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Therapie der Fernmetastasen: Chemotherapie	180	180	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Therapie der Fernmetastasen: endokrine Therapie	182	182	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Therapie der Fernmetastasen: andere	184	184	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	Therapie der Fernmetastasen: keine	186	186	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: ja	188	188	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: nein	190	190	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
65	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen: Kontraindikation	192	192	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	systematische Tumorschmerztherapie: ja	194	194	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	systematische Tumorschmerztherapie: nein	196	196	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	systematische Tumorschmerztherapie: nicht erforderlich	198	198	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	Mammographie seit letzter Dokumentation	200	200	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	durchgeführt: ja						
70	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt: nein	202	202	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt: nicht erforderlich	204	204	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: ja	206	206	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: nein	208	208	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	Information über psychosoziales Versorgungsangebot: abgelehnt	210	210	1	1	AN	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinhessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwürttemberg
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA300EA und SA300FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme bei Koronarer Herzkrankheit.

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Koronarer Herzkrankheit –Version 0.3 - mit Stand vom 01.12.2006
Stand der Satzart:	04.03.2008
Stand der letzten Satzart:	01.02.2008
Anzuwenden ab:	01.04.2007

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_____“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 300EA– Erstdokumentation gültig ab 01.04.2007

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	300EA
2	Disease-Management-Programm	7	7	1	1	A	Es ist „K“ für Koronare Herzkrankheit einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift des Arztes
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	A	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "00000000" zu füllen.
9	Geschlecht: männlich	73	73	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
10	Geschlecht: weiblich	75	75	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
11	Diagnosesicherung durch: akutes Koronarsyndrom	77	77	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
12	Diagnosesicherung durch: invasives bildgebendes Verfahren – Koronarangiographie	79	79	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	Diagnosesicherung durch: mind. 90%ige Wahrscheinlichkeit für Vorliegen einer KHK	81	81	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	Belastungs-EKG – ST-Streckensenkung	83	84	2	1	N	Wertangabe in mm ohne Kommazeichen; 2-stellig. übermittelte Angabe ist als Format: x,x zu interpretieren.
15	Diagnosesicherung	86	86	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem

	durch: nicht invasives bildgebendes Verfahren						Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	Keine Durchführung des Belastungs-EKG weil: Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich	88	88	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	Keine Durchführung des Belastungs-EKG weil: physikalisch nicht belastbar	90	90	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	Keine Durchführung des Belastungs-EKG weil: Kontraindikation liegt vor	92	92	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	Angina Pectoris – typisch Grad I	94	94	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	Angina Pectoris – typisch Grad II	96	96	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Angina Pectoris – typisch Grad III	98	98	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
22	Angina Pectoris – typisch Grad IV	100	100	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Angina Pectoris – atypisch	102	102	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	Angina Pectoris – nicht-angiöser Brustschmerz	104	104	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	Angina Pectoris – keine Schmerzsymptomatik	106	106	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Datum seit Diagnose bekannt	108	111	4	1	N	JJJJ – Jahr der Diagnose. Feld wird ausschließlich auf der ED übermittelt
27	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen - keine	113	113	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Hypertonus	115	115	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	117	117	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	bekannte oder neu aufgetretene Begleit-	119	119	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	oder Folgeerkrankungen - symptomatische Herzrhythmusstörungen						
31	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinsuffizienz	121	121	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Diabetes mellitus	123	123	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Fettstoffwechselstörungen	125	125	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	127	127	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	Raucher – ja	129	129	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	Rauchen – nein	131	131	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	Körpergröße	133	135	3	1	N	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt
38	Körpergewicht	137	139	3	1	N	Angabe in Kilogramm; im Format: xxx ohne Nachkommastelle
39	Blutdruck systolisch	141	143	3	1	N	Angabe in mmHg, 3-stellig
40	Blutdruck diastolisch	145	147	3	1	N	Angabe in mmHg, 3-stellig
41	Cholesterin, gesamt mg/dl	149	151	3	1	N	Angabe in mg/dl; 3-stellig
42	Cholesterin, gesamt mmol/l	153	155	3	1	N	Angabe in mmol/l; 3-stellig ohne Nachkommastelle. Übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren.
43	Cholesterin, gesamt – nicht untersucht	157	157	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	LDL-Cholesterin mg/dl	159	161	3	1	N	Angabe in mg/dl; 3-stellig
45	LDL-Cholesterin mmol/l	163	165	3	1	N	Angaben in mmol/l, 3-stellig ohne Nachkommastelle. Übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren.
46	LDL-Cholesterin – nicht untersucht	167	167	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

47	erfolgte koronartherapeutische Intervention - keine	169	169	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	erfolgte koronartherapeutische Intervention – percutane Intervention	171	171	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	erfolgte koronartherapeutische Intervention – Bypass-OP	173	173	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	stationär notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	175	176	2	1	N	Angabe 2-stellig
51	nicht stationär notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	178	179	2	1	N	Angabe 2-stellig
52	diagnosespezifische Medikation – ja	181	181	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	diagnosespezifische Medikation – nein	183	183	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	Betablocker – ja	185	185	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Betablocker – nein	187	187	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Betablocker – Kontraindikation	189	189	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	Thrombozytenaggregationshemmer – ja	191	191	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Thrombozytenaggregationshemmer – nein	193	193	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Thrombozytenaggregationshemmer – Kontraindikation	195	195	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Nitrate – ja	197	197	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Nitrate – nein	199	199	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	ACE-Hemmer – ja	201	201	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	ACE-Hemmer – nein	203	203	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	Kalzium-Antagonisten – ja	205	205	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
65	Kalzium-Antagonisten – nein	207	207	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) – ja	209	209	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

67	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) – nein	211	211	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	sonstige diagnose-spezifische Medikation – ja	213	213	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	sonstige diagnose-spezifische Medikation – nein	215	215	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – Diabetes Schulung	217	217	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – Hypertonieschulung	219	219	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – INR-Schulung	221	221	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – andere Schulungen	223	223	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	Schulung bereits vor Einschreibung ins DMP wahrgenommen – keine	225	225	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
75	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Diabetes-Schulung	227	227	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
76	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Hypertonie-Schulung	229	229	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
77	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – INR-Schulung	231	231	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
78	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – andere Schulungen	233	233	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
79	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – keine	235	235	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
80	Aufgabe des Tabakkonsums	237	237	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	empfohlen – ja						
81	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen – nein	239	239	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
82	Zielvereinbarung Blutdruck – aktuellen Blutdruck – halten	241	241	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
83	Zielvereinbarung Blutdruck – aktuellen Blutdruck – senken	243	243	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
84	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – ja	245	245	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
85	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – nein	247	247	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

2 SA300FA Folgedokumentation gültig ab 01.04.2007

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	300FA
2	Disease-Management-Programm	7	7	1	1	A	Es ist „K“ für Koronare Herzkrankheit einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift des Arztes
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	A	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – keine	73	73	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
10	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Hypertonus	75	75	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
11	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	77	77	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
12	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – symptomatische Herzrhythmusstörungen	79	79	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen –	81	81	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	Herzinsuffizienz						
14	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Diabetes mellitus	83	83	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Fettstoffwechselstörungen	85	85	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	87	87	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	Raucher – ja	89	89	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	Rauchen – nein	91	91	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	Angina pectoris – typisch Grad I	93	93	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	Angina pectoris – typisch Grad II	95	95	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Angina pectoris – typisch Grad III	97	97	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
22	Angina pectoris – typisch Grad IV	99	99	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Angina pectoris – atypisch	101	101	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	Angina pectoris – nicht angiöser Brustschmerz	103	103	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	Angina pectoris – keine Schmerz-symptomatik	105	105	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Herzinsuffizienz – nein	107	107	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	Herzinsuffizienz – ja NYHA I	109	109	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	Herzinsuffizienz – ja NYHA II	111	111	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	Herzinsuffizienz – ja NYHA III	113	113	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	Herzinsuffizienz – ja NYHA IV	115	115	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	Blutdruck systolisch	117	119	3	1	N	Angabe in mmHg, 3-stellig
32	Blutdruck diastolisch	121	123	3	1	N	Angabe in mmHg, 3-stellig
33	Cholesterin, gesamt mg/dl	125	127	3	1	N	Angabe in mg/dl; 3-stellig
34	Cholesterin, gesamt	129	131	3	1	N	Angabe in mmol/l; 3-stellig.

	mmol/l						Übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren
35	Cholesterin, gesamt – nicht untersucht	133	133	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	LDL-Cholesterin mg/dl	135	137	3	1	N	Angabe in mg/dl; 3-stellig
37	LDL-Cholesterin mmol/l	139	141	3	1	N	Angaben in mmol/l, 3-stellig ohne Nachkommastelle. Übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren.
38	LDL-Cholesterin – nicht untersucht	143	143	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	akutes Koronarsyndrom seit letzter Dokumentation – ja	145	145	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	akutes Koronarsyndrom seit letzter Dokumentation - nein	147	147	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention – keine	149	149	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention – Koronarangiographie	151	151	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention – percutane Intervention	153	153	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention – Bypass-OP	155	155	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	stationäre notfallmäßige Behandlungen von KHK	157	157	1	1	N	Anzahl der Behandlungen „0“-„9“
46	nicht-stationäre notfallmäßige Behandlungen von KHK	159	159	1	1	N	Anzahl der Behandlungen „0“-„9“
47	diagnosespezifische Medikation – ja	161	161	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	diagnosespezifische Medikation – nein	163	163	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Betablocker – ja	165	165	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Betablocker – nein	167	167	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Betablocker – Kontraindikation	169	169	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

52	Thrombozytenaggregationshemmer – ja	171	171	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Thrombozytenaggregationshemmer – nein	173	173	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	Thrombozytenaggregationshemmer – Kontraindikation	175	175	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Nitrate – ja	177	177	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Nitrate – nein	179	179	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	ACE-Hemmer – ja	181	181	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	ACE-Hemmer – nein	183	183	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Kalzium-Antagonisten – ja	185	185	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Kalzium-Antagonisten – nein	187	187	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) – ja	189	189	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) – nein	191	191	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	sonstige aktuelle diagnosespezifische Medikation – ja	193	193	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
64	sonstige aktuelle diagnosespezifische Medikation – nein	195	195	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
65	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Diabetes-Schulung – ja	197	197	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Diabetes-Schulung – nein	199	199	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Diabetes-Schulung war aktuell nicht möglich	201	201	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Hypertonie-Schulung – ja	203	203	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit	205	205	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	letzter Dokumentation) Hypertonie-Schulung – nein						
70	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) Hypertonie-Schulung war aktuell nicht möglich	207	207	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) INR-Schulung – ja	209	209	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) INR-Schulung - nein	211	211	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) INR-Schulung war aktuell nicht möglich	213	213	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) -andere Schulungen- ja	215	215	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
75	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) – andere Schulungen – nein	217	217	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
76	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) – andere Schulungen waren aktuell nicht möglich	219	219	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
77	empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) – bei letzter Doku- mentation keine Schulung empfohlen	221	221	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
78	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – Diabetes Schulung	223	223	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
79	Schulung empfohlen (bei aktueller Doku- mentation) – Hyper- tonie-Schulung	225	225	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

80	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – INR-Schulung	227	227	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
81	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – andere Schulungen	229	229	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
82	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) – keine	231	231	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
83	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen – ja	233	233	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
84	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen – nein	235	235	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
85	Zielvereinbarung Blutdruck – aktuellen Blutdruckwert halten	237	237	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
86	Zielvereinbarung Blutdruck – aktuellen Blutdruckwert senken	239	239	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
87	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – ja	241	241	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
88	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst – nein	243	243	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA100EA und SA100FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (vor der 9. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2 vom 04.11.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	17.07.2006
Anzuwenden ab:	01.01.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_ _ _ _ _ _ _ _“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 100EA – Erstdokumentation, alter Dokumentationsbogen (vor 9. RSAV, gültig bis 30.06.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	100EA
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „M“ für Diabetes mellitus Typ 2 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt oder Patient (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Messmethodik	63	63	1	1	N	1 = Plasma Venös, "2" = Vollblut Venös, "3" = Plasma kapillär, "4" = Vollblut kapillär
9	Diabetes bekannt seit	65	66	2	1	A	Angabe Jahre 00 bis max. 99 oder "nb" = nicht bekannt
10	Diabetes-typische Symptome vorhanden	68	68	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
11	Messwert Gelegenheits-BZ mmol/l	70	72	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt
12	Messwert BZ nüchtern mmol/l	74	76	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt
13	Messwert BZ 2h nach oGTT mmol/l	78	80	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt
14	Messwert Gelegenheits-BZ mg/dl	82	84	3	1	N	Format:xxx
15	Messwert BZ nüchtern mg/dl	86	88	3	1	N	Format: xxx
16	Messwert BZ 2h nach oGTT mg/dl	90	92	3	1	N	Format: xxx
17	2malige Messung BZ	94	94	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
18	Insulin	96	97	2	1	N	„10“ = ja + intensiviert, "11" = ja + nicht intensiviert, "12" = ja + Pumpe, "13" = ja + intensiviert + Pumpe.

							"14" = ja + nicht intensiviert +Pumpe „20" = nein
19	Insulinaloga	99	100	2	1	N	gleiche Schlüssel wie im Feld Insulin
20	Glibenclamid	102	103	2	1	N	10 = ja, "11" = Kontraindikation vorhanden, "20" = nein, "21" = nein + Kontraindikation vorhanden
21	Andere Sulfonyl- harnstoffe und deren Derivate	105	106	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
22	Glitazone	108	109	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
23	Glinide	111	112	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
24	Biguanide	114	115	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
25	Glucosidase- Inhibitoren	117	118	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltabelle aus Feld „Glibenclamid“
26	Größe	120	122	3	1	A	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
27	1. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Hyperto- nus	124	124	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
28	2. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Herzinfarkt	126	126	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
29	3. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Schlagan- fall	128	128	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
30	4. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., pAVK	130	130	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
31	5. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Nephropathie	132	132	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
32	6. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Nierenin- suffizienz	134	134	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
33	7. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Retinopathie	136	136	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
34	8. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Blindheit	138	138	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
35	9. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Neuropathie	140	140	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist

36	10. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Fuß	142	142	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
37	11. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Amputation	144	144	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
38	12. Anamn. bek./neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., keine	146	146	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
39	Übergewicht	148	148	1	1	N	1 = BMI: 25-30 kg/m ² oder "2" = BMI: > 30 kg/m ² oder "3" = nein
40	Raucher	150	150	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
41	Gewicht	152	155	4	1	A	Angabe in Kilogramm; übermittelte Angabe ist als Format: xxx,x zu interpretieren, Kommazahlen werden nicht übermittelt
42	Fußinspektion	157	157	1	1	N	1 = Auffällig oder "2" = Unauffällig
43	Peripherer Pulsstatus	159	160	2	1	N	10 = Auffällig, "11" = Auffällig + Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "12" = Auffällig + Überweisung ausgestellt, "13" = Auffällig + Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "20" = Unauffällig, "21" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "22" = Überweisung ausgestellt; "23" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
44	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)	162	163	2	1	N	10 = Auffällig, "11" = Auffällig + Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "12" = Auffällig + Überweisung ausgestellt, "13" = Auffällig + Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "20" = Unauffällig, "21" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "22" = Überweisung ausgestellt, "23" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
45	Auffälliger Fußstatus	165	165	1	1	N	„1“ = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "2" = Überweisung ausgestellt, "3" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
46	Wagner Klassifikation – rechter Fuß	167	167	1	1	N	„0“ bis „5“ = Grad nach Wagner 0. bis V <u>„9“ = keine Angabe vorhanden</u>
47	Wagner Klassifikation – linker Fuß	169	169	1	1	N	„0“ bis „5“ = Grad nach Wagner 0. bis V <u>„9“ = keine Angabe vorhanden</u>
48	Mikroalbuminurie	171	171	1	1	N	1 = Ja, "2" = Nein, "3" = nicht untersucht, „4“= Ja+Mit-oder Weiterbehandlung erforderlich, „5“= Ja+Überweisung ausgestellt, „6“= Ja+ Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "7" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "8" = Überweisung ausgestellt, "9" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
49	Funduskopie veranlasst	173	173	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
50	Funduskopie nicht	175	175	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	erforderlich						den ist
51	Funduskopie Status	177	177	1	1	N	1 = unauffällig oder "2" = auffällig, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt
52	Blutdruck systolisch	179	181	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
53	Blutdruck diastolisch	183	185	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
54	HbA1c	187	189	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
55	LDL nicht untersucht	191	191	1	1	N	Wert "1" = nicht untersucht, sofern Feld auf dem Doku-Bogen angekreuzt wurde.
56	Messwert LDL mmol/l	193	195	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
57	Messwert LDL mg/dl	197	199	3	1	N	Format: xxx
58	Gesamt-Cholesterin nicht untersucht	201	201	1	1	N	Wert "1" = nicht untersucht, sofern Feld auf dem Doku-Bogen angekreuzt wurde
59	Messwert Gesamt-Cholesterin mmol/l	203	205	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
60	Messwert Gesamt-Cholesterin mg/dl	207	209	3	1	N	Format: xxx
61	Retinopathie	211	211	1	1	N	1 = Retinopathie ja oder "2" = Retinopathie nein, sofern auf Doku-Bogen angekreuzt
62	Nicht-stat. notfallm. Beh. von Hyper-/Hypoglykämien in letzten 12 M.	213	214	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
63	Vollstationär. wg. Hyper-/Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten	216	217	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
64	Nicht-stat. notfallm. Beh. Diab./Diab. ass. Erkr. in letzten 12 M.	219	220	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
65	Vollstationär wg. Diab./Diab. ass. Erkr. in den letzten 12 Monaten	222	223	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
66	Lasertherapie	225	225	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
67	Medikamentöse Fettstoffwechseltherapie	227	227	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
68	Antihypertensive medikamentöse Therapie	229	229	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
69	1. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Diabetische Fußambulanz	231	231	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
70	2. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl.	233	233	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	Augenarzt						
71	3. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Akut-stationär	235	235	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
72	4. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Reha	237	237	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
73	5. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. nicht erforderlich	239	239	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
74	6. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Diabetologe	241	241	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
75	7. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Internist	243	243	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
76	8. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Neurologe	245	245	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
77	9. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Chirurg	247	247	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
78	10. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Orthopäde	249	249	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
79	11. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Nephrologe	251	251	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
80	12. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Sonstige	253	253	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
81	Dokumentationszeitraum	255	255	1	1	N	3 = 3 Monate oder "6" = 6 Monate
82	Diabetes-Schulung bereits vor DMP Einschreibung absolviert	257	257	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
83	Diabetes-Schulung bereits vor DMP Einschreibung absolviert – Angabe der Anzahl der Jahre	259	260	2	1	N	Zeitspanne in Jahren.Format JJ.
84	Diabetes-Schulung veranlasst	262	262	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
85	Diabetes-Schulung nicht erforderlich	264	264	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
86	Diabetes-Schulung aktuell nicht möglich (plausibler Grund liegt vor)	266	266	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
87	Diabetes-Schulung nicht wahrgenommen (plausibler Grund liegt vor)	268	268	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	vor)						
88	Diabetes-Schulung ohne Begründung abgelehnt	270	270	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
89	Hypertonie-Schulung bereits vor DMP Einschreibung absolviert	272	272	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
90	Hypertonie-Schulung bereits vor DMP Einschreibung absolviert – Angabe der Anzahl der Jahre	274	275	2	1	N	Zeitspanne in Jahren.Format JJ. Feld kann ausschließlich im Falle der Erstdokumentation gefüllt werden.
91	Hypertonie-Schulung veranlasst	277	277	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
92	Hypertonie-Schulung nicht erforderlich	279	279	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
93	Hypertonie-Schulung aktuell nicht möglich (plausibler Grund liegt vor)	281	281	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
94	Hypertonie-Schulung nicht wahrgenommen (plausibler Grund liegt vor)	283	283	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
95	Hypertonie-Schulung ohne Begründung abgelehnt	285	285	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
96	Raucherentwöhnung empfohlen	287	287	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
97	Ernährungsberatung empfohlen	289	289	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
98	Vereinbarter HbA1c-Zielwert	291	293	3	1	N	übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt
99	Vereinbarter Ziel-Blutdruck systolisch	295	297	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
100	Vereinbarter Ziel-Blutdruck diastolisch	299	301	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0

1 SA 100FA – Folgedokumentation, alter Dokumentationsbogen (vor 9. RSAV, gültig bis 30.06.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	100FA
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „M“ für Diabetes mellitus Typ 2 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift (Arzt)	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der <u>ersten</u> Unterschrift Arzt (<u>ursprüngliches Unterschriftsdatum</u>)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	1. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Hypertonus	63	63	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
9	2. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Herzinfarkt	65	65	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
10	3. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Schlaganfall	67	67	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
11	4. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., pAVK	69	69	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
12	5. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Nephropathie	71	71	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
13	6. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Niereninsuffizienz	73	73	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
14	7. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., diab. Retinopathie	75	75	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
15	8. Anamn. neu aufgetr. Begleit-/ Folgeerkr., Blindheit	77	77	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
16	9. Anamn. neu auf-	79	79	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

Gelöscht: letzten

	getr. Begleit-/ Fol- geerkr., diab. Neuro- pathie						den ist
17	10. Anamn. neu auf- getr. Begleit-/ Fol- geerkr., diab. Fuß	81	81	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
18	11. Anamn. neu auf- getr. Begleit-/ Fol- geerkr., Amputation	83	83	1	1		Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
19	12. Anamn. neu auf- getr. Begleit-/ Fol- geerkr., keine	85	85	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhan- den ist
20	Übergewicht	87	87	1	1	N	1 = BMI: 25-30 kg/m ² oder "2" = BMI: > 30 kg/m ² oder "3" = nein
21	Raucher	89	89	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
22	Gewicht	91	94	4	1	A	in Kilogramm; übermittelte Angabe ist als Format: xxx,x zu interpretieren, Kommazahlen wird nicht übermittelt
23	Diabetes bedingte Symptome (z.B. Poly- urie, Polydipsie, Mü- digkeit)	96	96	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
24	Nicht-stat. notfallm. Beh. von Hyper- /Hypoglykämien in letzten 12 M.	98	99	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
25	Vollstationär. wg. Hyper-/Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten	101	102	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
26	Nicht-stat. notfallm. Beh. Diab./Diab. ass. Erkr. in letzten 12 M.	104	105	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
27	Vollstationär wg. Diab./Diab. ass. Erkr. in den letzten 12 Monaten	107	108	2	1	N	Anzahl, Werte: "00 bis 99"
28	Lasertherapie	110	110	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
29	Fußinspektion	112	112	1	1	N	1 = Auffällig oder "2" = Unauffällig
30	Peripherer Pulsstatus	114	115	2	1	N	10 = Auffällig, "11" = Auffällig + Mit- oder Weiter- behandlung erforderlich, "12" = Auffällig + Über- weisung ausgestellt, "13" = Auffällig + Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "20" = Unauffällig, "21" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "22" = Überwei- sung ausgestellt; "23" = Mit- oder Weiterbehand- lung erforderlich + Überweisung ausgestellt
31	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono- Filament-Test)	117	118	2	1	N	10 = Auffällig, "11" = Auffällig + Mit- oder Weiter- behandlung erforderlich, "12" = Auffällig + Über- weisung ausgestellt, "13" = Auffällig + Mit- oder

							Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "20" = Unauffällig, "21" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "22" = Überweisung ausgestellt, "23" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
32	Auffälliger Fußstatus	120	120	1	1	N	1 = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "2" = Überweisung ausgestellt, "3" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
33	Wagner Klassifikation – rechter Fuß	122	122	1	1	N	„0“ bis „5“ = Grad nach Wagner 0. bis V „9“ = keine Angabe vorhanden
34	Wagner Klassifikation – linker Fuß	124	124	1	1	N	„0“ bis „5“ = Grad nach Wagner 0. bis V „9“ = keine Angabe vorhanden
35	Mikroalbuminurie	126	126	1	1	N	1 = Ja, "2" = Nein, "3" = nicht untersucht, „4“= Ja+Mit-oder Weiterbehandlung erforderlich, „5“= Ja+Überweisung ausgestellt, „6“= Ja+ Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt, "7" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, "8" = Überweisung ausgestellt, "9" = Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich + Überweisung ausgestellt
36	Funduskopie veranlasst	128	128	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
37	Funduskopie nicht erforderlich	130	130	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
38	Funduskopie Status	132	132	1	1	N	1 = unauffällig oder "2" = auffällig, sofern auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt
39	Blutdruck systolisch	134	136	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
40	Blutdruck diastolisch	138	140	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
41	HbA1c	142	144	3	1	A	Angabe in%; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt
42	LDL nicht untersucht	146	146	1	1	N	Wert "1" = nicht untersucht , sofern Feld auf dem Doku-Bogen angekreuzt wurde.
43	Messwert LDL mmol/l	148	150	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt
44	Messwert LDL mg/dl	152	154	3	1	N	Format: xxx
45	Gesamt-Cholesterin nicht untersucht	156	156	1	1	N	Wert "1" = nicht untersucht, sofern Feld auf dem Doku-Bogen angekreuzt wurde
46	Messwert Gesamt-Cholesterin mmol/l	158	160	3	1	N	Angabe in mmol/l; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt
47	Messwert Gesamt-Cholesterin mg/dl	162	164	3	1	N	Format: xxx
48	Retinopathie	166	166	1	1	N	1 = Retinopathie ja oder "2" = Retinopathie nein, sofern auf Doku-Bogen angekreuzt
49	Medikationsänderung seit der letzten Dokumentation	168	168	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
50	Medikamentöse Fettstoffwechseltherapie	170	170	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

51	Antihypertensive medikamentöse Therapie	172	172	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
52	Insulin	174	175	2	1	N	„10“ = ja + intensiviert, „11“ = ja + nicht intensiviert, „12“ = ja + Pumpe, „13“ = ja + intensiviert + Pumpe, „14“ = ja + nicht intensiviert + Pumpe, „20“ = nein
53	Insulinanaloga	177	178	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Insulin“
54	Glibenclamid	180	181	2	1	N	„10“ = ja, „11“ = Kontraindikation vorhanden, „20“ = nein, „21“ = nein + Kontraindikation vorhanden
55	Andere Sulfonylhamstoffe und deren Derivate	183	184	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
56	Glitazone	186	187	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
57	Glinide	189	190	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
58	Biguanide	192	193	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
59	Glucosidase-Inhibitoren	195	196	2	1	N	Inhalt gemäß obiger Schlüsseltable aus Feld „Glibenclamid“
60	1. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Diabetische Fußambulanz	198	198	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
61	2. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Augenarzt	200	200	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
62	3. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Akut-stationär	202	202	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
63	4. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Reha	204	204	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
64	5. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. nicht erforderlich	206	206	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
65	6. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Diabetologe	208	208	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
66	7. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Internist	210	210	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
67	8. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Neurologe	212	212	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
68	9. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Chirurg	214	214	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

69	10. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Orthopäde	216	216	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
70	11. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Nephrologe	218	218	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
71	12. Indikationsbez. Ein-/Überweisung veranl. Sonstige	220	220	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
72	Dokumentationszeit- raum	222	222	1	1	N	3 = 3 Monate oder "6" = 6 Monate
73	Diabetes-Schulung durchgeführt	224	224	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
74	Diabetes-Schulung veranlasst	226	226	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
75	Diabetes-Schulung nicht erforderlich	228	228	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
76	Diabetes-Schulung aktuell nicht möglich (plausibler Grund liegt vor)	230	230	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
77	Diabetes-Schulung nicht wahrgenommen (plausibler Grund liegt vor)	232	232	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
78	Diabetes-Schulung ohne Begründung abgelehnt	234	234	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
79	Hypertonie-Schulung durchgeführt	236	236	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
80	Hypertonie-Schulung veranlasst	238	238	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
81	Hypertonie-Schulung nicht erforderlich	240	240	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
82	Hypertonie-Schulung aktuell nicht möglich (plausibler Grund liegt vor)	242	242	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
83	Hypertonie-Schulung nicht wahrgenommen (plausibler Grund liegt vor)	244	244	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
84	Hypertonie-Schulung ohne Begründung abgelehnt	246	246	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
85	Raucherentwöhnung empfohlen	248	248	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
86	Ernährungsberatung empfohlen	250	250	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
87	neu vereinbarter HbA1c-Zielwert	252	254	3	1	N	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx.x zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt

88	Zielwert HbA1c nicht erreicht	256	256	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
89	Zielwert HbA1c innerhalb von 6 Monaten nicht erreicht	258	258	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
90	Überweisung HbA1c ausgestellt	260	260	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
91	neu vereinbarter Ziel-Blutdruck systolisch	262	264	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
92	Vereinbarter Ziel-Blutdruck diastolisch	266	268	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
93	Vorheriger Zielwert Blutdruck nicht erreicht	270	270	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
94	Zielwert Blutdruck innerhalb von 6 Monaten nicht erreicht	272	272	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
95	Überweisung ausgestellt	274	274	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwürttemberg
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA100EN und SA100FN

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte (nach der 9. RSAV) strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2

Grundlage:	Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2 vom 04.11.2004
Stand der Satzart:	15.08.2007
Stand der letzten Satzart:	17.07.2006
Anzuwenden ab:	01.01.2006

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_ _ _ _ _ _ _ _“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJMMTT: „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 JJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 100EN – Erstdokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 9. RSAV, gültig ab 01.07.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	100EN
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „M“ für Diabetes mellitus Typ 2 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift (Arzt)	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift Arzt (ursprüngliches Unterschriftsdatum)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Diagnose bekannt seit	63	66	4	1	N	Angabe des Jahres im Format JJJJ
9	Diagnosespezifische Medikation	68	68	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist.
10	BZ-Messungen - einmalige Messung	70	70	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
11	BZ-Messungen - zwei- oder mehrfache Messung	72	72	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
12	BZ-Messungen - oGTT	74	74	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
13	BZ-Wert - nüchtern (Plasma venös oder kapillär)	76	76	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
14	BZ-Wert - nüchtern (Vollblut venös oder kapillär)	78	78	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
15	BZ-Wert - postprandial/oGTT (Plasma venös oder Vollblut kapillär)	80	80	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
16	BZ-Wert - postprandial/oGTT (Plasma kapillär)	82	82	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
17	BZ-Wert - postprandial/oGTT (Vollblut venös)	84	84	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

18	Diabetestypische Symptome vorhanden	86	86	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
19	Bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – keine	88	88	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
20	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Schlaganfall	90	90	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
21	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Blindheit	92	92	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
22	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Hypertonus	94	94	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
23	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – pAVK	96	96	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
24	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Neuropathie	98	98	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
25	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Fettstoffwechselstörung	100	100	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
26	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Nephropathie	102	102	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
27	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Fuß	104	104	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
28	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – KHK	106	106	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
29	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Nierenersatztherapie	108	108	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
30	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Amputation	110	110	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
31	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	112	112	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
32	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Retinopathie	114	114	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
33	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	116	116	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

34	Raucher	118	118	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
35	Körpergröße	120	122	3	1	N	Angabe in Centimetern; ohne Kommazeichen
36	Körpergewicht	124	126	3	1	N	Angabe in kg; ohne Kommazeichen
37	Peripherer Pulsstatus - nicht erhoben	128	128	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
38	Peripherer Pulsstatus - unauffällig	130	130	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
39	Peripherer Pulsstatus - auffällig	132	132	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
40	Peripherer Pulsstatus - Überweisung ausgestellt	134	134	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
41	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - nicht durchgeführt	136	136	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
42	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - unauffällig	138	138	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
43	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - auffällig	140	140	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
44	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - Überweisung ausgestellt	142	142	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
45	Blutdruck systolisch	144	146	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
46	Blutdruck diastolisch	148	150	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
47	HbA1c	152	154	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
48	HbA1c - oberer Normwert des Labors	156	158	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
49	Serum Kreatinin in $\mu\text{mol/l}$	160	162	3	1	A	in $\mu\text{mol/l}$ 3stellig mit führender 0
50	Serum Kreatinin in mg/dl	164	166	3	1	A	Angabe in mg/dl; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
51	Serum Kreatinin nicht untersucht	168	168	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
52	Fußstatus - nicht erhoben	170	170	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
53	Fußstatus - unauffällig	172	172	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
54	Fußstatus - auffällig	174	174	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

55	Fußstatus - rechts	176	176	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
56	Fußstatus - links	178	178	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
57	Wagner Klassifikation 0	180	180	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
58	Wagner Klassifikation I	182	182	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
59	Wagner Klassifikation II	184	184	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
60	Wagner Klassifikation III	186	186	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
61	Wagner Klassifikation IV	188	188	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
62	Wagner Klassifikation V	190	190	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
63	Armstrong Klassifikation A	192	192	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
64	Armstrong Klassifikation B	194	194	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
65	Armstrong Klassifikation C	196	196	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
66	Armstrong Klassifikation D	198	198	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
67	Osteoarthropathie rechts	200	200	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
68	Osteoarthropathie links	202	202	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
69	Überweisung ausgestellt	204	204	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
70	Einweisung veranlasst	206	206	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
71	Diabetesbedingte retinale Lasertherapie	208	208	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
72	Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten	210	211	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 00 bis 99 sind
73	Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hypoglykämischer Entgleisungen in den letzten 12 Monaten	213	214	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 00 bis 99 sind möglich
74	Glibenclamid – Ja	216	216	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
75	Glibenclamid – Nein	218	218	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
76	Glibelclamid - Kontraindikation	220	220	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
77	Metformin – Ja	222	222	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
78	Metformin – Nein	224	224	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

							ist
79	Metformin - Kontraindikation	226	226	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
80	Glucosidase-Inhibitoren – Ja	228	228	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
81	Glucosidase-Inhibitoren – Nein	230	230	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
82	Glucosidase-Inhibitoren - Kontraindikation	232	232	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
83	Andere Sulfonylharnstoffe und – analoge (einschl. Glinide) – Ja	234	234	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
84	Andere Sulfonylharnstoffe und – analoge (einschl. Glinide) – Nein	236	236	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
85	Andere Sulfonylharnstoffe und – analoge (einschl. Glinide) - Kontraindikation	238	238	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
86	Glitazone – Ja	240	240	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
87	Glitazone – Nein	242	242	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
88	Glitazone - Kontraindikation	244	244	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
89	Insulin - Nein	246	246	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
90	Insulin – intensiviert	248	248	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
91	Insulin – nicht intensiviert	250	250	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
92	Insulin-Analoga - Nein	252	252	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
93	Insulin-Analoga – intensiviert	254	254	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
94	Insulin-Analoga – nicht intensiviert	256	256	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
95	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	258	258	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
96	Antihypertensive medikamentöse Therapie	260	260	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
97	Thrombozytenaggregationshemmer	262	262	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
98	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	264	264	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
99	Ernährungsberatung	266	266	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. „N“ einzutragen, sofern dieses

	empfohlen						vorhanden ist
100	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: halten	268	268	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
101	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: senken	270	270	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
102	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: anheben	272	272	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
103	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: halten	274	274	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
104	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: senken	276	276	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
105	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - durchgeführt	278	278	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
106	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - nicht durchgeführt	280	280	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
107	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - veranlasst	282	282	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
108	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - nein	284	284	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
109	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - diab. Fußambu- lanz/Einrichtung	286	286	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
110	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - diabetologisch qualifi- zierte/r Arzt/Einrichtung	288	288	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
111	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - akut-stationär	290	290	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
112	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - Reha	292	292	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
113	Indikationsbezogene Über- bzw. Einwei- sung erforderlich - sonstige	294	294	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

114	Dokumentationsintervall - quartalsweise	296	296	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
115	Dokumentationsintervall - jedes zweite Quartal	298	298	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
116	Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen – Diabetes-Schulung	300	300	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
117	Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen - Hypertonie-Schulung	302	302	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
118	Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen - keine	304	304	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
119	Schulung empfohlen - Diabetes-Schulung	306	306	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
120	Schulung empfohlen - Hypertonie-Schulung	308	308	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
121	Schulung empfohlen – keine	310	310	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

1 SA 100FN – Folgedokumentation, neuer Dokumentationsbogen (nach 9. RSAV, gültig ab01.07.2004)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellenanzahl	FT Stellenanzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	100FN
2	Disease-Management Programm	7	7	1	1	A	Es ist „M“ für Diabetes mellitus Typ 2 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift (Arzt)	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der <u>ersten</u> Unterschrift Arzt (<u>ursprüngliches Unterschriftsdatum</u>)
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	AN	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Institutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – keine	63	63	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
9	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Schlaganfall	65	65	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
10	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Blindheit	67	67	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
11	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Hypertonus	69	69	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
12	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – pAVK	71	71	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
13	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Neuropathie	73	73	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
14	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Fettstoffwechsellstörung	75	75	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
15	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeer-	77	77	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

Gelöscht: letzten

	krankungen – Nephropathie						
16	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Fuß	79	79	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
17	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – KHK	81	81	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
18	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Nierenersatztherapie	83	83	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
19	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Amputation	85	85	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
20	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	87	87	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
21	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Retinopathie	89	89	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
22	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	91	91	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
23	Raucher	93	93	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
24	Diabetestypische Symptome vorhanden	95	95	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
25	Diabetesbedingte retinale Lasertherapie	97	97	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
26	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation	99	100	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 00 bis 99 sind möglich
27	Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hypoglykämischer Entgleisungen seit der letzten Dokumentation	102	102	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich
28	Körpergewicht	104	106	3	1	N	Angabe in kg; ohne Kommazeichen
29	Peripherer Pulsstatus - nicht erhoben	108	108	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
30	Peripherer Pulsstatus - unauffällig	110	110	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
31	Peripherer Pulsstatus - auffällig	112	112	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
32	Peripherer Pulsstatus - Überweisung ausgestellt	114	114	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

33	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - nicht durchgeführt	116	116	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
34	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - unauffällig	118	118	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
35	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - auffällig	120	120	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
36	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - Überweisung ausgestellt	122	122	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
37	Blutdruck systolisch	124	126	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
38	Blutdruck diastolisch	128	130	3	1	A	In mmHg 3stellig mit führender 0
39	HbA1c	132	134	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazahlen werden nicht übermittelt
40	HbA1c - oberer Normwert des Labors	136	138	3	1	A	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazahlen werden nicht übermittelt
41	Serum Kreatinin in µmol/l	140	142	3	1	A	in µmol/l 3stellig mit führender 0
42	Serum Kreatinin in mg/dl	144	146	3	1	A	Angabe in mg/dl; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazahlen werden nicht übermittelt
43	Serum Kreatinin nicht untersucht	148	148	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
44	Fußstatus - nicht erhoben	150	150	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
45	Fußstatus - unauffällig	152	152	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
46	Fußstatus - auffällig	154	154	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
47	Fußstatus - rechts	156	156	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
48	Fußstatus - links	158	158	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
49	Wagner Klassifikation 0	160	160	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
50	Wagner Klassifikation I	162	162	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
51	Wagner Klassifikation II	164	164	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
52	Wagner Klassifikation III	166	166	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
53	Wagner Klassifikation	168	168	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vor-

	IV						handen ist
54	Wagner Klassifikation V	170	170	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
55	Armstrong Klassifikation A	172	172	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
56	Armstrong Klassifikation B	174	174	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
57	Armstrong Klassifikation C	176	176	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
58	Armstrong Klassifikation D	178	178	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
59	Osteoarthropathie rechts	180	180	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
60	Osteoarthropathie links	182	182	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
61	Überweisung ausgestellt	184	184	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
62	Einweisung veranlasst	186	186	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
63	Diagnosespezifische Medikation	188	188	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
64	Glibenclamid – Ja	190	190	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
65	Glibenclamid – Nein	192	192	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
66	Glibelclamid - Kontraindikation	194	194	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
67	Metformin – Ja	196	196	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
68	Metformin – Nein	198	198	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
69	Metformin - Kontraindikation	200	200	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
70	Glucosidase-Inhibitoren – Ja	202	202	1	1	N	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
71	Glucosidase-Inhibitoren – Nein	204	204	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
72	Glucosidase-Inhibitoren - Kontraindikation	206	206	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
73	Andere Sulfonylhamstoffe und – analoge (einschl. Glinide) – Ja	208	208	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
74	Andere Sulfonylhamstoffe und – analoge (einschl. Glinide) – Nein	210	210	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
75	Andere Sulfonylhamstoffe und – analoge (einschl.	212	212	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	Glinide) - Kontraindikation						
76	Glitazone – Ja	214	214	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
77	Glitazone – Nein	216	216	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
78	Glitazone - Kontraindikation	218	218	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
79	Insulin - Nein	220	220	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
80	Insulin – intensiviert	222	222	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
81	Insulin – nicht intensiviert	224	224	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
82	Insulin-Analoga - Nein	226	226	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
83	Insulin-Analoga – intensiviert	228	228	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
84	Insulin-Analoga – nicht intensiviert	230	230	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
85	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	232	232	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
86	Antihypertensive medikamentöse Therapie	234	234	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
87	Thrombozytenaggregations-hemmer	236	236	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
88	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	238	238	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
89	Ernährungsberatung empfohlen	240	240	1	1	A	Es ist ein „J“ bzw. ein „N“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
90	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: halten	242	242	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
91	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: senken	244	244	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
92	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: anheben	246	246	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
93	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: halten	248	248	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
94	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: senken	250	250	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
95	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - durchgeführt	252	252	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
96	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	254	254	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

	- nicht durchgeführt						
97	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - veranlasst	256	256	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
98	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - nein	258	258	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
99	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - diab. Fußambulanz/ Einrichtung	260	260	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
100	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - diabetologisch qualifizierte/ Arzt/Einrichtung	262	262	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
101	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - akut-stationär	264	264	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
102	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - Reha	266	266	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
103	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - sonstige	268	268	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
104	Dokumentationsintervall - quartalsweise	270	270	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
105	Dokumentationsintervall - jedes zweite Quartal	272	272	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
106	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Diabetes-Schulung: ja	274	274	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
107	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Diabetes-Schulung: nein	276	276	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
108	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Diabetes-Schulung: war aktuell nicht möglich	278	278	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

109	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Hypertonie-Schulung: ja	280	280	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
110	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Hypertonie - Schulung: nein	282	282	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
111	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation - Hypertonie - Schulung: war aktuell nicht möglich	284	284	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
112	Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	286	286	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
113	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) - Diabetes-Schulung	288	288	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
114	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) - Hypertonie-Schulung	290	290	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist
115	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) - keine	292	292	1	1	A	Es ist ein „J“ einzutragen, sofern dieses vorhanden ist

Anhang 1

„00“	nicht zuordnungsfähig
„01“	Schleswig-Holstein
„02“	Hamburg
„03“	Bremen
„17“	Niedersachsen
„20“	Westfalen-Lippe
„38“	Nordrhein
„46“	Hessen
„47“	Koblenz
„48“	Rheinessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwürttemberg
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

Datensatzbeschreibung zur Evaluation

Satzarten SA400EA und SA400FA

Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten für die Evaluation der medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes Mellitus Typ 1.

Grundlage: Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 1 vom 0x.xx.200x

gemäß Version 02 des Anhang 4 zur Technischen Anlage mit Stand vom 01.12.2005

Stand der Satzart: 11.08.2008

Stand der letzten Satzart: 06.08.2008

Anzuwenden ab: 01.01.2008

Satzart	
Datensatz (in der Satzart)	
Übergabe in:	fester Satzlänge
Trennzeichen:	mit „Carriage Return Line Feed“ (CRLF) zwischen den Datensätzen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe:	vordefiniert, feste Datenfeldlänge (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Feldtyp:	vordefiniert (vgl. Aufbau Datensatz xy)
Struktur:	<i>numerische</i> Datenfelder rechtsbündig
	alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	Semikolon zwischen den einzelnen Datenfeldern
Leerstellen:	im <i>alphanumerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Blanks füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>alphanumerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Blanks zu füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Arztnummer: „_____“
	im <i>numerisch</i> vordefinierten Datenfeld mit Nullen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität erfüllt sind
	ein <i>numerisch</i> vordefiniertes Datenfeld ist entsprechend der Stellenzahl vollständig mit Neunen füllen, wenn in diesem Datenfeld die Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit und/oder Plausibilität nicht erfüllt sind, Bsp.: Datum JJJJMMTT: „99999999“

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	N	Jedes Datum wird im Format JJJJMMTT angegeben.

Anlage 1 medizinische Evaluationsdaten

1 SA 400EA– Erstdokumentation gültig ab 01.01.2008

Feld -Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellen -anzahl	FT Stellen -anzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	400EA
2	Disease-Management-Programm	7	7	1	1	A	Es ist „T“ für Diabetes Mellitus Typ 1 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift des Arztes
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	A	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskenn-zeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "00000000" zu füllen.
9	Datum Diagnose bekannt seit	73	76	4	1	N	JJJJ – Jahr der Diagnose. Feld wird ausschließlich auf der ED übermittelt
10	Insulin-/Insulin-Analoga-Therapie - ja	78	78	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
11	Insulin-/Insulin - Analoga-Therapie - nein	80	80	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
12	Diabetes-typische Symptome vorhanden - ja	82	82	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	Diabetes-typische Symptome vorhanden - nein	84	84	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	bekannte oder neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen – keine	86	86	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Schlaganfall	88	88	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
16	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Blindheit	90	90	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen –	92	92	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

	Hypertonus						
18	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – pAVK	94	94	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Neuropathie	96	96	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen Fettstoffwechselstörung	98	98	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Nephropathie	100	100	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
22	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Fuß	102	102	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – KHK	104	104	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Nierenersatztherapie	106	106	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Amputation	108	108	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	110	110	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – proliferative Retinopathie	112	112	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	114	114	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	Raucher – ja	116	116	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	Raucher - nein	118	118	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
31	geplante bzw. bestehende Schwangerschaft	120	120	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
32	Körpergröße	122	124	3	1	N	Angabe in Metern; übermittelte Angabe ist als Format: x,xx zu interpretieren, Kommazichen wird nicht übermittelt
33	Körpergewicht	126	128	3	1	N	Angabe in Kilogramm ohne Nachkommastelle (bei 2-stelligen Angaben mit vorangestellter Null)

34	Bei Kindern und Jugendlichen: altersgerechte körperliche Entwicklung - unauffällig	130	130	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	Bei Kindern und Jugendlichen: altersgerechte körperliche Entwicklung - auffällig	132	132	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	Peripherer Pulsstatus - nicht erhoben	134	134	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	Peripherer Pulsstatus – unauffällig	136	136	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	Peripherer Pulsstatus - auffällig	138	138	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	Peripherer Pulsstatus - Überweisung ausgestellt	140	140	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - nicht durchgeführt	142	142	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - unauffällig	144	144	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - auffällig	146	146	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - Überweisung ausgestellt	148	148	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	Fußstatus - nicht erhoben	150	150	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	Fußstatus - unauffällig	152	152	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	Fußstatus - auffällig	154	154	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	Bei auffälligem Fußstatus - rechts	156	156	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	Bei auffälligem Fußstatus - links	158	158	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Osteoarthropathie - rechts	160	160	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Osteoarthropathie - links	162	162	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
51	Wagner Klassifikation 0	164	164	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	Wagner Klassifikation I	166	166	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Wagner Klassifikation II	168	168	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

54	Wagner Klassifikation III	170	170	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Wagner Klassifikation IV	172	172	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Wagner Klassifikation V	174	174	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	Armstrong Klassifikation A	176	176	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Armstrong Klassifikation B	178	178	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Armstrong Klassifikation C	180	180	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
60	Armstrong Klassifikation D	182	182	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
61	Überweisung ausgestellt	184	184	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
62	Einweisung veranlasst	186	186	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
63	Blutdruck - systolisch	188	190	3	1	N	In mmHg 3stellig mit führender 0
64	Blutdruck - diastolisch	192	194	3	1	N	In mmHg 3stellig mit führender 0
65	HbA1c	196	198	3	1	N	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazzeichen wird nicht übermittelt
66	HbA1c - oberer Normwert des Labors	200	202	3	1	N	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazzeichen wird nicht übermittelt
67	Serum Kreatinin in µmol/l	204	206	3	1	N	in µmol/l; mit vorangestellter „0“
68	Serum Kreatinin in mg/dl	208	210	3	1	N	in mg/dl mit vorangestellter "0"; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazzeichen wird nicht übermittelt
69	Serum Kreatinin nicht untersucht	212	212	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung - nicht untersucht	214	214	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
71	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung - ja	216	216	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
72	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung - nein	218	218	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
73	Überweisung ausgestellt	220	220	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten	222	223	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte „0 bis 99“ sind möglich

75	Stationäre notfallmäßige Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidose in den letzten 12 Monaten	225	226	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte „0 bis 99“ sind möglich
76	Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des angestrebten HbAc-Wertes in den letzten 12 Monaten	228	229	2	1	N	Angabe der Anzahl; Werte „0 bis 99“ sind möglich
77	Diabetesbedingte retinale Lasertherapie - Ja	231	231	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
78	Diabetesbedingte retinale Lasertherapie - Nein	233	233	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
79	Insulin - Nein	235	235	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
80	Insulin – intensiviert	237	237	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
81	Insulin – nicht intensiviert	239	239	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
82	Insulin – Pumpe	241	241	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
83	Insulin-Analoga - Nein	243	243	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
84	Insulin-Analoga – intensiviert	245	245	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
85	Insulin-Analoga – nicht intensiviert	247	247	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
86	Insulin-Analoga – Pumpe	249	249	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
87	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	251	251	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
88	Antihypertensive medikamentöse Therapie	253	253	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
89	Thrombozytenaggregationshemmer	255	255	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
90	Schulung bereits vor Einschreibung ins strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen - Diabetes-Schulung	257	257	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

91	Schulung bereits vor Einschreibung ins strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen - Hypertonie- Schulung	259	259	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
92	Schulung bereits vor Einschreibung ins strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen - keine	261	261	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
93	Schulung empfohlen - Diabetes- Schulung	263	263	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
94	Schulung empfohlen - Hypertonie-Schulung	265	265	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
95	Schulung empfohlen - keine	267	267	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
96	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: halten	269	269	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
97	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: senken	271	271	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
98	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: anheben	273	273	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
99	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: halten	275	275	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
100	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: senken	277	277	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
101	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - durchgeführt	279	279	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
102	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - nicht durchgeführt	281	281	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
103	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - veranlasst	283	283	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
104	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - nein	285	285	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
105	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - diab. Fußambulanz /Einrichtung	287	287	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
106	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - akut- stationär	289	289	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
107	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - diab. qual. Einrichtung zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen	291	291	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

108	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - sonstige	293	293	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
109	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - diabetologisch qualifizierte/r Arzt /Einrichtung	295	295	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
110	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - diabetologisch qualifizierte/r pädiatrische/r Arzt/Einrichtung	297	297	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
111	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - Rehabilitation	299	299	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

2 SA400FA Folgedokumentation gültig ab 01.01.2008

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stelle von	Stelle bis	Stellen-anzahl	FT Stellen-anzahl	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	1	A	400FA
2	Disease-Management-Programm	7	7	1	1	A	Es ist „T“ für Diabetes Mellitus Typ 1 einzutragen
3	KV-Bereich	9	10	2	1	N	lt. Verschlüsselungstabelle Anhang 1
4	Datum der Unterschrift	12	19	8	1	N	JJJJMMTT - Datum der ersten Unterschrift des Arztes
5	Vertragsarzt-Nr.	21	29	9	1	A	Die Arztnummer muss der Arztnummer im Arztstempel auf dem Dokumentationsbogen entsprechen
6	Institutionskennzeichen	31	39	9	1	N	Es ist das Hauptinstitutionskennzeichen der Kasse anzugeben. Die Daten sind getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu liefern.
7	Pseudonym	41	61	21	1	A	Es ist das von der Datenstelle für den betreffenden Versicherten generierte Pseudonym einzutragen.
8	Krankenhaus-IK	63	71	9	1	N	IK des Krankenhauses. Das Krankenhaus-IK umfasst genau 9 Stellen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung des Krankenhaus-IK nicht vorsieht, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
9	Diabetes-typische Symptome vorhanden - ja	73	73	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
10	Diabetes-typische Symptome vorhanden- nein	75	75	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
11	Bekannte oder neu aufgetretene Begleit- o. Folgeerkrankungen – keine	77	77	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
12	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Schlaganfall	79	79	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
13	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Blindheit	81	81	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
14	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Hypertonus	83	83	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
15	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – pAVK	85	85	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

16	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Neuropathie	87	87	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
17	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Fettstoffwechselstörung	89	89	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
18	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Nephropathie	91	91	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
19	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – diab. Fuß	93	93	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
20	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – KHK	95	95	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
21	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Nierenersatztherapie	97	97	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
22	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Amputation	99	99	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
23	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – Herzinfarkt	101	101	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
24	Bekannte Begleit- o. Folgeerkrankungen – proliferative Retinopathie	103	103	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
25	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen – sonstige	105	105	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
26	Raucher - ja	107	107	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
27	Raucher - nein	109	109	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
28	Geplante bzw. bestehende Schwangerschaft	111	111	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
29	Bei Kindern und Jugendlichen: altersgerechte körperliche Entwicklung-unauffällig	113	113	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
30	Bei Kindern und Jugendlichen: altersgerechte körperliche Entwicklung - auffällig	115	115	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

31	Körpergewicht	117	119	3	1	N	Angabe in Kilogramm ohne Nachkommastelle (bei 2-stelligen Angaben mit vorangestellter Null)
32	Peripherer Pulsstatus - nicht erhoben	121	121	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
33	Peripherer Pulsstatus - unauffällig	123	123	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
34	Peripherer Pulsstatus - auffällig	125	125	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
35	Peripherer Pulsstatus - Überweisung ausgestellt	127	127	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
36	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - nicht durchgeführt	129	129	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
37	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - unauffällig	131	131	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
38	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) - auffällig	133	133	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
39	Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) – Überweisung ausgestellt	135	135	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
40	Fußstatus - nicht erhoben	137	137	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
41	Fußstatus - unauffällig	139	139	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
42	Fußstatus - auffällig	141	141	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
43	Bei auffälligem Fußstatus - rechts	143	143	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
44	Bei auffälligem Fußstatus - links	145	145	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
45	Osteoarthropathie – rechts	147	147	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
46	Osteoarthropathie – links	149	149	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
47	Wagner Klassifikation 0	151	151	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
48	Wagner Klassifikation I	153	153	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
49	Wagner Klassifikation II	155	155	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
50	Wagner Klassifikation III	157	157	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

51	Wagner Klassifikation IV	159	159	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
52	Wagner Klassifikation V	161	161	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
53	Armstrong Klassifikation A	163	163	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
54	Armstrong Klassifikation B	165	165	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
55	Armstrong Klassifikation C	167	167	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
56	Armstrong Klassifikation D	169	169	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
57	Überweisung ausgestellt	171	171	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
58	Einweisung veranlasst	173	173	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
59	Blutdruck - systolisch	175	177	3	1	N	In mmHg 3stellig mit führender 0
60	Blutdruck - diastolisch	179	181	3	1	N	In mmHg 3stellig mit führender 0
61	HbA1c	183	185	3	1	N	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
62	HbA1c - oberer Normwert des Labors	187	189	3	1	N	Angabe in %; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
63	Serum Kreatinin in µmol/l	191	193	3	1	N	in µmol/l; 3 stellig mit führender 0
64	Serum Kreatinin in mg/dl	195	197	3	1	N	in mg/dl mit vorangestellter "0"; übermittelte Angabe ist als Format: xx,x zu interpretieren, Kommazeichen wird nicht übermittelt
65	Serum Kreatinin nicht untersucht	199	199	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
66	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung - nicht untersucht	201	201	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
67	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung - ja	203	203	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
68	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung - nein	205	205	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
69	Überweisung ausgestellt	207	207	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
70	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation	209	209	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich

71	Stationäre notfallmäßige Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidose seit der letzten Dokumentation	211	211	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich
72	Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des angestrebten HbAc-Wertes seit der letzten Dokumentation	213	213	1	1	N	Angabe der Anzahl; Werte 0 bis 9 sind möglich
73	Diabetesbedingte retinale Lasertherapie - Ja	215	215	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
74	Diabetesbedingte retinale Lasertherapie - Nein	217	217	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
75	Insulin - Nein	219	219	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
76	Insulin – intensiviert	221	221	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
77	Insulin – nicht intensiviert	223	223	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
78	Insulin – Pumpe	225	225	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
79	Insulin-Analoga - Nein	227	227	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
80	Insulin-Analoga – intensiviert	229	229	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
81	Insulin-Analoga – nicht intensiviert	231	231	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
82	Insulin-Analoga – Pumpe	233	233	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
83	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	235	235	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
84	Antihypertensive medikamentöse Therapie	237	237	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
85	Thrombozytenaggregationshemmer	239	239	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
86	Empfohlene Schulung wahrgenommen seit letzter Dokumentation Diabetes-Schulung - ja	241	241	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
87	Empfohlene Schulung wahrgenommen seit letzter Dokumentation Diabetes-Schulung - nein	243	243	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

88	Empfohlene Schulung wahrgenommen seit letzter Dokumentation Diabetes-Schulung – war aktuell nicht möglich	245	245	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
89	Empfohlene Schulung wahrgenommen seit letzter Dokumentation Hypertonie-Schulung - ja	247	247	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
90	Empfohlene Schulung wahrgenommen seit letzter Dokumentation Hypertonie-Schulung - nein	249	249	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
91	Empfohlene Schulung wahrgenommen seit letzter Dokumentation Hypertonie-Schulung – war aktuell nicht möglich	251	251	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
92	Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen	253	253	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
93	Schulung empfohlen - Diabetes-Schulung	255	255	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
94	Schulung empfohlen - Hypertonie-Schulung	257	257	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
95	Schulung empfohlen – keine	259	259	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
96	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: halten	261	261	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
97	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: senken	263	263	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
98	Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: anheben	265	265	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
99	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: halten	267	267	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
100	Zielvereinbarung Blutdruck - aktuellen Wert: senken	269	269	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
101	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - durchgeführt	271	271	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
102	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - nicht durchgeführt	273	273	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
103	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung - veranlasst	275	275	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

104	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - nein	277	277	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
105	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - diab. Fußambulanz/ Einrichtung	279	279	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
106	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - akut- stationär	281	281	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
107	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - diab. qual. Einrichtung zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen	283	283	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
108	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - sonstige	285	285	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
109	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich – diabe- tologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung	287	287	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
110	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich – diabe- tologisch qualifizierte/r pädiatrische/r Arzt/Einrichtung	289	289	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde
111	Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich - Rehabilitation	291	291	1	1	A	J, sofern das Feld auf dem Dokumentationsbogen angekreuzt wurde

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	Stellenanzahl	FT-Stellenanzahl	Feldtyp	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	JJJMMTT
37	Geburtsdatum des Versicherten	158	165	8	1	N	Format: JJJMMTT
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	Stellenanzahl	FT-Stellenanzahl	Feldtyp	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	JJJMMTT
37	Geburtsdatum des Versicherten	158	165	8	1	N	Format: JJJMMTT
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.

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“	Rhein Hessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„51“	Rheinland-Pfalz
„52“	Baden-Württemberg
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Südwürttemberg
„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	Stellenanzahl	FT-Stellenanzahl	Feldtyp	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	Stellenanzahl	FT-Stellenanzahl	Feldtyp	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“	Rhein Hessen
„49“	Pfalz
„50“	Trier
„51“	Rheinland-Pfalz
„52“	Baden-Württemberg
„55“	Nordbaden
„60“	Südbaden
„61“	Nordwürttemberg
„62“	Süd württemberg
„71“	Bayern
„72“	Berlin
„73“	Saarland
„78“	Mecklenburg-Vorpommern
„83“	Brandenburg
„88“	Sachsen-Anhalt
„93“	Thüringen
„98“	Sachsen

lfd. Nr.	Feld-Bezeichnung	Anz. Stellen	Feldtyp	Feldart	Anmerkungen
1	Kennzeichen für Protokollierung	4	AN	M	Standardangabe durch Datenstelle: BPRO für Brustkrebs DPRO für Diabetes mellitus Typ 2 KPRO für KHK TPRO für Diabetes mellitus Typ 1 APRO für Asthma CPRO für COPD
2	Version Nachrichtentyp	2	N	M	Standardangabe durch Datenstelle: "05" - mit voranstehender Null
3	KV-Bereich	2	N	M	Standardangabe durch Datenstelle: (z. B. "71" für Bayern)
4	IK der Datenstelle	9	N	M	Standardangabe durch Datenstelle: IK umfasst genau 9 Stellen
5	Übermittlungsart	2	N	M	1 = papiergebundener Dokumentationsbogen 2 = elektronische Dokumentation 21 = elektronische Dokumentation per Diskette 22 = elektronische Dokumentation per CD 23 = elektronische Dokumentation per E-Mail 24 = elektronische Dokumentation per Safenet / Online 25 = elektronische Dokumentation per D2D 26 = elektronische Dokumentation per Gusbox 27 = elektronische Dokumentation per DFÜ
6	Name des Versicherten	..47	AN	K	
7	Vorname des Versicherten	..30	AN	K	
8	Geb. am	8	N	K	JJJJMMTT
9	Versicherten-Nr.	..12	AN	K	
10	Datum	8	N	K	JJJJMMTT (Einlesedatum der Versichertenkarte)
11	Datensatz-Identifikation	21	N	M	Datensatz-ID bestehend aus dem IK der Datenstelle (9stellig) und einer 12stelligen Ziffer, die den entsprechenden Datensatz eindeutig kennzeichnet Beispiel: 1234567890000000000001 IK Datensatz-ID
12	Krankenkasse bzw. Kostenträger	..30	AN	M	Name der Kasse
13	Kassen-Nr.	9	N	M	IK der Kasse
14	Eingangsdatum (erstmaliger Eingang oder Eingang Korrektur)	8	N	M	Eingangsdatum des Dokumentationsbogens bei der Datenstelle. Das Datum ist zu erfassen und im Format JJJJMMTT zu übermitteln.
15	Vertragsarzt-Nr.	7 oder 9	AN	K	Relevant für Dokumentationen mit einem Arztunterschriftsdatum (erstmalig) bis einschließlich 30.06.2008. Die Arztnummer umfasst entweder 7 oder 9 Stellen und muss der im Arztstempel aus dem Dokumentationsbogen entsprechen. Falls der Dokumentationsbogen die Übermittlung der Arztnummer nicht vorsieht, ist das Feld mit "0000000" zu füllen. Falls keine Arztnummer auf dem Dokumentationsbogen vorhanden ist, ist das Feld mit "0000000" zu füllen.
16	Krankenhaus-IK	9	N	K	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. Falls kein Krankenhaus-IK auf dem Dokumentationsbogen vorhanden ist, ist das Feld mit "000000000" zu füllen.
17	Lebenslange Arztnummer	9	AN	K	Relevant für Dokumentationen mit einem Arztunterschriftsdatum (erstmalig) nach dem 30.06.2008. Die Lebenslange Arztnummer umfasst 9 Stellen und muss der Angabe im Dokumentationsdatensatz entsprechen.
18	Betriebsstättennummer	9	AN	K	Relevant für Dokumentationen mit einem Arztunterschriftsdatum (erstmalig) nach dem 30.06.2008. Die Betriebsstättennummer umfasst 9 Stellen und muss der Angabe aus dem Dokumentationsdatensatz entsprechen.
19	Pseudonymisierte Versichertennummer	21	N	K	9stelliges IK der Kasse ergänzt um ein 12stelliges Pseudonym (Zufallszahl)
20	Datum der Unterschrift (Arzt)	8	N	K	JJJJMMTT Datum der ersten Unterschrift Arzt
21	Merkmal Unterschrift Arzt (erste Unterschrift)	1	AN	M	J, sofern der Arzt den Bogen unterschrieben hat N, sofern der Arzt den Bogen nicht unterschrieben hat
22	Datum der Unterschrift (Arzt) der letzten Korrektur	8	N	K	JJJJMMTT Das jüngste Unterschriftendatum Arzt ist anzugeben; das Datum muss im Falle einer vorangegangenen Korrektur übermittelt werden
23	Merkmal Unterschrift Arzt (Unterschrift letzte Korrektur)	1	AN	M	J, sofern der Arzt den Bogen unterschrieben hat N, sofern der Arzt den Bogen nicht unterschrieben hat
24	Kennzeichen für Dokumentationsart	2	AN	M	ED für Erstdokumentation EA für Erstdokumentation bei Arztwechsel FD für Folgedokumentation FA für Folgedokumentation bei Arztwechsel TE für Teilnahme-/Einwilligungserklärung TA für Teilnahme-/Einwilligungserklärung bei Arztwechsel
25	Dokumentationsintervall	1	N	K	3 für quartalsweise 6 für alle zwei Quartale
26	Dokumentationsdatensatz vollständig	1	AN	K	Aufgrund des Wegfalls der Trennung von a+b-Datensätzen ist für Dokumentationen mit einem Arztunterschriftsdatum nach dem 30.06.2008 ausschließlich die Angabe "J" oder "N" zu verwenden. J, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (a +b) vollständig ist N, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (a+b) unvollständig ist 1, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (nur b) vollständig ist 2, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (nur a) nachträglich vollständig wurde
27	Dokumentationsdatensatz plausibel	1	AN	K	Aufgrund des Wegfalls der Trennung von a+b-Datensätzen ist für Dokumentationen mit einem Arztunterschriftsdatum nach dem 30.06.2008 ausschließlich die Angabe "J" oder "N" zu verwenden. J, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (a +b) plausibel ist N, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (a+b) unplausibel ist 1, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (nur b) plausibel ist 2, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (nur a) plausibilisiert wurde

28	Dokumentationsdatensatz verfristet	1	AN	K	Aufgrund des Wegfalls der Trennung von a+b-Datensätzen ist für Dokumentationen mit einem Arztunterschriftsdatum <u>nach dem 30.06.2008</u> ausschließlich die Angabe "J" oder "N" zu verwenden. J, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (a +b) verfristet ist N, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (a+b) nicht verfristet ist 1, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (nur b) nicht verfristet ist 2, ist einzutragen, sofern die Dokumentation (nur a) nachträglich vervollständigt und plausibilisiert wurde
29	Aktion der Datenstelle	2	AN	M	00 = Keine Maßnahme erforderlich (default) 01 = Korrektur-Bogen an Arzt 02 = Reminding Korrektur-Bogen an Arzt 03 = Korrekturbogen zurück 04 = Datensatz-Export an Kasse 05 = Korrektur-Datensatz-Export an Kasse 06 = Datenfreigabeerklärung an Arzt 07 = Reminding Datenfreigabeerklärung an Arzt 08 = Versandliste an Arzt 09 = Reminding Versandliste an Arzt 10 = Versandliste zurück 11 = Rechnungsstellung 12 = Datenfreigabeerklärung zurück 13 = fehlende DMP-Berechtigung bzw. Arztgenehmigung* 14 = nicht zertifizierte DMP-Software 15 = Dokumentationsvorgänger fehlend 16 = Datum erste Unterschrift vor Vertragsbeginn 17 = verfrühte Dokumentation (alle Diagnosen außer DMP Brustkrebs) 18 = ungeprüft (zum Zeitpunkt der Erstellung des Statusdatensatzes) 19 = Dubletten (Mehrfach eingereichte Dokumentationen) 20 = Geblockte Dokumentationen (z.B. Dokumentation in "ausgeschriebenem" Zeitraum, vom Arzt veranlaßte "Blockierung" einer Dokumentation, weil Diagnose nicht vorliegt) 21 = a-Daten nach Ende der Übermittlungsfrist nicht vollständig und plausibel 22 = telefonisches Korrekturverfahren 23 = ungültige Dokumentation, da diese nicht der zum Dokumentationszeitpunkt gültigen RSAV entspricht
30	Datum Maßnahme Datenstelle	8	N	K	Einzutragen ist das Datum, an dem die Datenstelle die Maßnahme ergriffen hat. Die Angabe erfolgt im Format: JJJJMMTT
31	Teilnahme-/Einwilligungserklärung (TE/EWE) liegt vor	1	AN	K	J, ist einzutragen, sofern die TE/EWE vorliegt N, ist einzutragen, sofern die TE/EWE nicht vorliegt
32	Jüngstes Unterschriftsdatum auf der TE/EWE	8	N	K	Einzutragen ist das jüngste Unterschriftsdatum auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung und sofern die Datenstelle mit der Erfassung dieser beauftragt wurde. Die Angabe erfolgt im Format: JJJJMMTT.
33	Rechnungsnummer	...25	AN	K	Einzutragen ist die Rechnungsnummer unter der der Dokumentationsdatensatz von der Datenstelle mit der Krankenkasse abgerechnet wird.
34	Artikelnummer	...20	N	K	Einzutragen ist die exakte Referenzierung des abgerechneten Belegs zur Rechnungsnummer
35	Kennzeichen zur Gültigkeit des Arzt-Versicherten-Paares	1	AN	K	J, ist einzutragen, sofern das Arzt-Versicherten-Paar gültig ist N, ist einzutragen, sofern das Arzt-Versicherten-Paar nicht gültig ist

BKK-Spezifika

36	Ereignisschlüssel	5	N	K	Laut Tabelle BKK-Ereignistypen
37	Datum/Uhrzeit Ereignis	14	N	K	JJJJMMThhmmss
38	Ereigniswert	4	N	K	opt. zusätzliche Angabe eines num. Wertes
39	Ereignisbezeichner	..30	AN	K	opt. zusätzliche Angabe eines alphanum. Bezeichners
40	Formularschlüssel	5	AN	M	Anzugeben ist die OCR-Kennung des Formulars
41	Status	2	AN	K	differenzierter Status laut BKK-Statustabelle
42	log. Dateiname Ausgang	..26	AN	K	Name der Ausgangsdatei für Ereignis Dateiversand

* Dieser Schlüssel ist nur anzugeben, wenn der Arzt oder das Krankenhaus nicht im Leistungserbringerverzeichnis enthalten ist und in den Dokumentationsdatensätzen das Kennzeichen "in Vertretung" nicht gesetzt wurde.

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.

Anlage 5 - Datenschutzvereinbarung

Hamburg, den 01.07.2011

INTER-FORUM Data Services GmbH

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

Anhang A zur Anlage 5 Datenschutzvereinbarung vom 01.07.2011

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, Datum

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, Datum

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 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, Datum

INTER-FORUM
Data Services GmbH

Übersicht gültig ab:	
Stand der Aktualisierung:	

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, Datum

INTER-FORUM
Data Services GmbH

Übersicht gültig ab:	
Stand der Aktualisierung:	

Liste der am DMP Brustkrebs in Hamburg teilnehmenden BKKn (Stand 08.05.2008)

Nr.	Kassenname	Strasse	PLZ	Ort	IK	VK	Bemerkungen
1	advitaBKK	Johann-Klein-Str. 6	67227	Frankenthal	106428247	49412	
2	Autoclub BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover	108491740	63423	
3	BAHN-BKK	Voltastr. 81	60486	Frankfurt	109938503	64506	
4	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Gütersloh	103725342	19557	
5	BKK 24	Am Ziegeleiweg 3	31683	Obernkirchen	102122660	09416	
6	BKK A.T.U	Jocherstr. 7	85221	Dachau	108591499	68415	
7	BKK Aktiv	Dannenbaumstrasse 15	44803	Bochum	103524383	48414	
8	BKK S-H	Stadtstraße 10	25348	Gückstadt	101320043	01417	
9	abc BKK	Kölnr Str. 71-77	58256	Ennepetal	103524942	18404	
10	BKK Axel Springer	Fuhlentwiete 10	20355	Hamburg	101520103	02439	
11	BKK Beiersdorf AG	Uhnast. 20	20253	Hamburg	101532301	02402	
12	BKK BJB	Werler Str. 1	59755	Arnsberg	103524101	18415	
13	BKK BMW	Mengkofener Str. 6	84130	Dingolfing	109034270	69401	
14	BKK BVM	Bernhard-Nocht-Str. 78	20359	Hamburg	109939708	72480	
15	BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg	104424794	25408	
16	BKK Dematic	Ruhrstr. 11	58300	Wetter	103526897	18420	
17	BKK DER PARTNER	Birkenweg 3	26127	Oldenburg	102522653	13407	
18	BKK der SIEMAG	Wiesenstr. 30	57271	Hilchenbach	103525567	18515	
19	BKK Deutsche Bank AG	Klosterstr. 24-28	40211	Düsseldorf	104224634	24413	
20	BKK Deutsche BP Aktiengesellschaft	Überseering 21	22297	Hamburg	101520012	02438	
21	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld	103724294	19402	
22	BKK Dr. Oetker	Bolbrinkersweg 6	33617	Bielefeld	103724238	19418	

23	BKK Verbund Plus	Bismarckring 64	88400 Biberach	107832012	62461
24	BKK Essanelle	Wiesenstr. 70B	40549 Düsseldorf	104239915	70438
25	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525 Heinsberg	104125509	21407
26	BKK EWE	Donnerschweer Str. 20	26123 Oldenburg	102429648	12407
27	BKK exklusiv	Zum blauen See 7	31275 Lehrte	102122557	09402
28	BKK FAHR	Industriepark 2.10	78244 Gottmadingen	107535396	58428
29	BKK firmus	Gottlieb-Daimler-Str. 11	28237 Bremen	103121137	03412
30	BKK für Heilberufe	Schiess Str. 43	40549 Düsseldorf	104628222	24401
31	BKK futur	Girmesgath 5	47803 Krefeld	104826197	28425
32	BKK Gesundheit	Balinger Str. 80	72336 Balingen	107829723	95530
33	BKK GILDEMEISTER/SEIDENSTICKER	Winterstr. 49	33649 Bielefeld	103724272	19410
34	BKK Grüner + Jahr	Berliner Platz 1	25524 Itzehoe	101332332	01419
35	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051 Herford	103725547	19479
36	BKK Herkules	Fünfensterstr. 5	34117 Kassel	105530331	42419
37	BKK Hoesch	Kirchderner Str. 47-49	44145 Dortmund	103524522	18552
38	BKK IHV	Äppelallee 27	65203 Wiesbaden	105830539	45402
39	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189 Wiesbaden	105830517	45411
40	BKK MAN UND MTU MÜNCHEN	Karlsfelder Str. 209e-f	80995 München	108433204	63418
41	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332 Gütersloh	103725364	19473
42	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221 Celle	101520078	09455
43	BKK NORDDEUTSCHE AFFINERIE	Hovestr. 50	20539 Hamburg	101520090	02424
44	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059 Ludwigshafen	106431652	49411
45	BKK Philips	Röntgenstr. 24	22335 Hamburg	101523297	02420
46	BKK PHOENIX	Harburger Ring 10	21073 Hamburg	101520181	02419

47	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter	101931440	07430
48	BKK R+V	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden	105823040	45405
49	BKK Rhein-Neckar	Windeckstr. 90	68163	Mannheim	107031126	53425
50	BKK Ruhrgebiet	Castroper Str. 228	44791	Bochum	103524372	18528
51	BKK RWE	Weifenallee 32	29225	Celle	102131240	09409
52	BKK Sachsen-Anhalt	Thalheimer Str. 59	06766	Wolfen	101131395	86403
53	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter	101922757	07417
54	mhplus BKK	Franckstr. 8	71636	Ludwigsburg	108035612	61421
55	BKK TUJ	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover	102137985	09452
56	UPM BKK	Georg-Haindl-Str. 5	86153	Augsburg	109131438	70413
57	BKK VBU	Wartenberger Str. 24	13053	Berlin	109723913	72421
58	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schweite	103526615	18544
59	BKK VICTORIA - D.A.S.	Fischerstr. 8	40477	Düsseldorf	104229606	24430
60	BKK VITAL	Giulinistr. 2	67065	Ludwigshafen	106432038	49409
61	BKK VOR ORT	Grünwalder Straße 14-22	42657	Solingen	104526376	31425
62	BKK Werra-Meissner	Sudetenlandstr. 2a	37269	Eschwege	105530126	42420
63	Bosch BKK	Kruppstr. 19	70469	Stuttgart	108036123	99493
64	CITY BKK	Pommernallee 1	14052	Berlin	109538019	2418
65	DaimlerChrysler BKK	Mercedesstr. 1	28309	Bremen	108030775	61491
66	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18	56073	Koblenz	106329225	47410
67	Deutsche BKK		38439	Wolfsburg	109939003	07423
68	Die Continentale BKK	Ruhrallee 92	44139	Dortmund	103523440	18536
69	PBK - DIE PERSÖNLICHE BKK	Konrad-Adenauer-Str. 25	85221	Dachau	108532794	64409
70	DRÄGER & HANSE BKK	Moisinger Allee 1-3	23558	Lübeck	100323099	78406

71	Energie-BKK	Lange Laube 6	30159 Hannover	102129930	09450
72	ESSO BKK	Osterbekstraße 90a	22083 Hamburg	101520329	64539
73	BKK Ford & Rheinland	Emdener Straße 70	50735 Köln	104625753	27423
74	pronova BKK	Brunckstr. 47	67063 Ludwigshafen	106492393	49402
75	Gemeinsame BKK (GBK) Köln	Jakordenstr. 18-20	50668 Köln	104625684	27464
76	Gothaer VuD BKK	Gothaer Platz 2-8	37083 Göttingen	105530342	08406
77	HypoVereinsbank BKK	Arnulfstr. 27	80335 München	108428980	63405
78	INOVITA BKK	Bahnhofstraße 1-3	58095 Hagen	103525419	99475
79	ktpBKK	Kurfürstenstr. 58	45138 Essen	104525035	31413
80	LOGISTIK BKK	Betenstr. 19	44137 Dortmund	103524430	18511
81	Mitteldeutsche BKK	Bahnhofstr. 13	06217 Merseburg	101131921	86401
82	METRO AG Kaufhof BKK	Subbelrather Straße 15	50823 Köln	104625695	99405
83	NOVITAS Vereinigte BKK	Philosophenweg 17	47057 Duisburg	104491707	25428
84	SAINT-GOBAIN BKK	Ruhrglasstr. 50	45329 Essen	104124029	64540
85	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263 Neu-Isenburg	105330168	99431
86	Schwenninger BKK	Winkelstr. 9	78056 Villingen-Schwenningen	107536262	58434
87	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099 Hamburg	101320032	01402
88	Shell BKK/LIFE	Suhrenkamp 59	22335 Hamburg	101520147	02409
89	SIGNAL IDUNA BKK	Joseph-Scherer-Str. 3	44139 Dortmund	103529026	18402
90	SKD BKK	Gunnar-Wester-Str. 12	97421 Schweinfurt	108833505	67412
91	TAUNUS BKK	Wächtersbacher Str. 89	60386 Frankfurt	105830016	45409
92	WMF BKK	Eberhardstraße	73312 Geisingen	108036441	61477
93	BKK der Allianz Gesellschaften	Gieselastr. 10	80802 München	108432429	63421
94	BKK Dürkopp Adler	Bunzlauer Str. 10	33719 Bielefeld	103724249	19409

95	SBK	Putzbrunner Str. 93	81739 München	108433248	63401
96	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42879 Remscheid	104926494	37431
97	BKK ZF&Partner	Charlottenstraße 2	88045 Friedrichshafen	107829563	62460
98	BKK Melitta Plus	Ringstr. 99	32427 Minden	103726081	19540
99	ATLAS BKK	Hastedter Heerstr. 290	28207 Bremen	103121013	03407
100	G+H BKK	Bürgermeister-Grünzweig-Str. 1	67059 Ludwigshafen	106431663	49407
101	BKK Merck	Frankfurterstr. 133	64293 Darmstadt	105230076	39409
102	BKK Ost-Hessen	Schloß 12	63607 Wächtersbach	105330066	40423
103	BKK WÜRTH	Gartenstr. 11	74653 Künzelsau	108023140	61487
104	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476 Kronberg	105330157	40426
105	neckermann-BKK	Hugo-Junkers-Str.5	60386 Frankfurt	105330191	40418
106	BKK ALP plus	Zweifaller Str. 130	5224 Stolberg	104127692	21405
107	neue bkk	Bahnhofstraße 15	78713 Schramberg	108035451	61470
108	BKK HENSCHEL Plus	Josef-Fischer-Straße 10	34127 Kassel	105530364	42410
109	BKK B. Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212 Melsungen	105530422	42401
110	BKK sports direkt	Dürbheimer Str. 36	78604 Rietheim-Weilheim	107531405	58441
111	BKK DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	Postfach 19 05 40	42705 Solingen	104926702	37436

Namensumbenennung

Namensumbenennung ehem. Marquardt

Liste der am DMP KHK in Hamburg teilnehmenden BKKn (Stand:24.04.2008)									
Nr.	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort	Haupt-IK	VK-Nr.	Bemerkungen		
1	advita BKK	Postfach 1744	67207	Frankenthal	106428247	49412			
2	BKK Aesculap	Jetterstr. 13/1	78532	Tuttlingen	107536171	58430			
3	BKK Barmag-Steinmüller	Leverkuser Str. 65	42897	Remscheid	104926520	37427			
4	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Gütersloh	103725342	19557			
5	BKK A.T.U	Jocherstr. 7	85221	Dachau	108591499	68415			
6	BKK der Allianz Gesellschaften		80795	München	108432429	63421			
7	BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg	104424794	25408			
8	BKK DEMATIC	Ruhrstr. 11	58300	Wetter	103526897	18420			
9	BKK der SIEMAG	Postfach 41 60	57264	Hilchenbach	103525567	18515			
10	BKK Deutsche Bank AG	Klosterstr. 24-28	40211	Düsseldorf	104224634	24413			
11	BKK Deutsche BP Aktiengesellschaft	Überseering 21	22297	Hamburg	101520012	19408			
12	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld	103724294	19402			
13	BKK Dr. Oetker	Bolbrinkersweg 6	33617	Bielefeld	103724238	19418			
14	BKK Verbund Plus	Bismarckring 64	88400	Biberach	107832012	62461			
15	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg	104125509	21407			
16	BKK für Heilberufe	Schiess- Straße 43	40549	Düsseldorf	104628222	24401			
17	BKK Gildemeister Seidensticker	Winterstraße 49	33649	Bielefeld	103724272	19410			
18	BKK GOETZE & Partner	Bürgermeister-Schmidt-Str. 17	51399	Burscheid	104627129	27486			
19	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford	103725547	19479			
20	BKK Herkules	Fünfensterstr. 5	34117	Kassel	105530331	42419			
21	BKK Hoesch	Kirchderner Str. 47-49	44145	Dortmund	103524522	18552			
22	BKK IHV	Äppellallee 27	65203	Wiesbaden	105830539	45402			
23	BKK MAN und MTU München	Karlsfelder Str. 209 f	80995	München	108433204	63418			
25	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Gütersloh	103725364	19473			
26	BKK Ost-Hessen	Schloß 12	63607	Wächtersbach	105330066	40423			
27	BKK Pfaiz	Lichtenberger Straße 16	67059	Ludwigshafen	106431652	49411			
28	BKK Philips	Röntgenstr. 24-26	22335	Hamburg	101523297	02420			

Nr.	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort	Haupt-IK	VK-Nr.	Bemerkungen
29	BKK R+V Versicherung	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden	105823040	45405	
31	BKK Rhein-Neckar	Windeckstraße 90	68163	Mannheim	107031126	53425	
32	BKK Ruhrgebiet	Castroper Str. 228	44791	Bochum	103524372	18528	
33	BKK SCHOTT-ZEISS	Rheinallee 143	55120	Mainz	108029306	48412	
34	BKK SPAR	Paul-Dessau-Str. 8	22761	Hamburg	101532243	02429	
35	UPM BKK	Georg-Haindl-Str. 5	86153	Augsburg	109131438	70413	
36	BKK Verkehrsbau Union	Lindenstraße 67	10969	Berlin	109723913	72421	
37	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte	103526615	18544	
38	BKK VICTORIA - D.A.S.	Fischerstr. 8	40477	Düsseldorf	104229606	24430	
39	BKK Vital	Giulinistr. 2	67065	Ludwigshafen	106432038	49409	
40	BKK VOR ORT	Grünwalder Straße 14-22	42657	Solingen	104526376	31425	
41	BKK WÜRTH	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau	108036577	61487	
42	Debeka BKK	Postfach 30 03 62	56027	Koblenz	106329225	47410	
43	BKK Dürkopp Adler	Bunzlauer Str. 10	33719	Bielefeld	103724249	19409	
44	Die Continentale BKK	Ruhrallee 92	44139	Dortmund	103523440	18536	
45	PBK - DIE PERSÖNLICHE BKK	Konrad-Adenauer-Str. 25	85221	Dachau	108532794	64409	
46	ESSO BKK	Osterbekstraße 90a	22083	Hamburg	101520329	02413	
47	BKK Ford & Rheinland	Emdener Straße 70	50735	Köln	104625753	27423	
48	G+H Betriebskrankenkasse	Postfach 21 04 20	67004	Ludwigshafen	106431663	49407	
49	HypoVereinsbank BKK	Arnulfstr. 27	80335	München	108428980	63405	
51	LOGISTIK BKK	Betenstr. 19	44137	Dortmund	103524430	18511	
52	METRO AG Kaufhof BKK	Subbelrather Straße 15	50823	Köln	104625695	27405	
53	mhplus BKK	Franckstr. 8	71636	Ludwigsburg	108035612	61421	
54	NOVITAS Vereinigte BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg	104491707	25420	
55	BKK der G.M. Pfaff AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern	106431572	49417	
57	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen	107536262	58434	
58	SIGNAL IDUNA BKK	Rheinlanddamm 185	44139	Dortmund	103529026	18402	
59	TAUNUS BKK	Wächtersbacherstr. 89	60386	Frankfurt / Main	105830016	45409	

Nr.	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort	Haupt-IK	VK-Nr.	Bemerkungen
60	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42897	Remscheid	104926494	37431	
61	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen	108036441	61477	
62	BKK ZF & Partner	Charlottenstraße 2	88045	Friedrichshafen	107829563	62462	
63	neue bkk	Bahnhofstraße 15	78713	Schramberg	108035451	61470	
64	SAINT-GOBAIN BKK	Bismarckstr. 149	52066	Aachen	104124029	21408	
65	BKK der BMW AG	Mengkofener Straße 6	84130	Dingolfing	109034270	69401	
66	abc BKK	Köln Str. 71-77	58256	Ennepetal	103524942	18404	
67	ATLAS BKK	Hastedter Heerstr. 290	28207	Bremen	103121013	03407	
68	Autoclub BKK	Blutenburgstraße 66	80636	München	108491740	63423	
69	BKK24	Am Ziegeleiweg 3	31683	Obernkirchen	102122660	09416	
70	BKK ALP plus	Postfach 1948	52206	Stolberg	104127692	21405	
71	BKK AXEL SPRINGER	Fuhrentwiete 10	20355	Hamburg	101520103	02439	
72	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg	101532301	02402	
73	BKK Braun-Gillette	Westerbachstr. 23A	61476	Kronberg	105330157	40426	
74	BKK DER PARTNER	Birkenweg 3	26127	Oldenburg	102522653	13407	
75	BKK Essanelle	Wiesenstr. 70 B	40549	Düsseldorf	104239915	70438	
76	BKK EWE	Donnerschweer Str. 20	26123	Oldenburg	102429648	12407	
77	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte	102122557	09402	
78	BKK FAHR	Industriepark 210	78244	Gottmadingen	107535396	58428	
79	Gothaer VuD BKK	Gothaer Platz 2-8	37083	Göttingen	105530342	08406	
80	BKK Gruner + Jahr - Die Präventionskasse	Beethovenstr. 7	25524	Itzehoe	101332332	01419	
81	BKK KRONES	Zwickauer Str. 8	93073	Neutraubling	108934142	68404	
82	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden	105830517	45411	
83	BKK Melitta Plus	Marienstraße 122	32425	Minden	103726081	19540	
84	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle	101520078	09455	
85	BKK der Norddeutschen Affinerie	Hovestr. 50	20539	Hamburg	101520090	02424	
86	BKK PHOENIX	Harburger Ring 10	21073	Hamburg	101520181	02419	
87	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle	102131240	09409	

Nr.	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort	Haupt-IK	VK-Nr.	Bemerkungen
89	BKK S-H	Stadtstr. 10	25348	Glückstadt	101320043	01417	
90	DRÄGER & HANSE BKK	Moisinger Allee 1-3	23558	Lübeck	101320338	78415	
91	Energie-BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover	102129930	09450	
92	INOVITA BKK	Bahnhofstraße 1-3	58095	Hagen	103525419	18401	
93	ktp BKK	Kurfürstenstr. 58	45138	Essen	104525035	31413	
94	NECKERMANN-BKK	Hugo-Junkers-Str. 5	60386	Frankfurt	105330191	40418	
95	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg	105330168	40410	
96	Securita BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg	101320032	01402	
97	Shell BKK/LIFE	Suhrenkamp 59	22335	Hamburg	101520147	02409	
98	SKD BKK	Gunnar-Wester-Str. 12	97421	Schweinfurt	108833505	67412	
99	BKK Aktiv	Universitätsstraße 43	44775	Bochum	103524383	48414	
100	BKK Gesundheit	Wiener Platz 6	01069	Dresden	107829712	95530	
101	BAHN-BKK	Voltastr. 81	60486	Frankfurt a. Main	109938503	40401	
102	BKK firmus	Gottlieb-Daimler-Str. 11	28237	Bremen	103121137	03412	
103	BKK FTE	Andreas-Humann-Str. 2	96106	Ebern	108836600	67406	
104	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter	101931440	07430	
105	BKK Sachsen-Anhalt	Thalheimer Str. 59	06766	Wolfen	101131395	86403	
106	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter	101922757	07417	
107	BKK TUJ	Karl-Wichert-Allee 23	30625	Hannover	102137985	09452	
108	Bosch BKK	Kruppstr. 19	70469	Stuttgart	108036123	61409	
109	CITY BKK	Pommernallee 1	14052	Berlin	109538019	02418	
110	Deutsche BKK		38439	Wolfsburg	109939003	07423	
111	Mitteldeutsche BKK	Bahnhofstr. 13	06217	Merseburg	101132294	86499	
112	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen	106492393	49402	
113	DaimlerChrysler BKK	Mercedesstr. 1	28309	Bremen	108030775	61491	
114	BKK BVM	Sachsenfeld 4	20097	Hamburg	109939708	02403	
115	BKK futur	Girmesgath 5	47803	Krefeld	104826197	28425	
116	GBK Gemeinsame BKK Köln	Jakordenstr. 18-20	50668	Köln	104625684	27464	

Liste der am DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Hamburg teilnehmenden BKKn (Stand: 21.04.2008)

Nr.	Name der BKK	Strasse	PLZ	Ort	Haupt-IK	VK-Nr.
1	Advita BKK	Johann-Klein-Str. 6	67227	Frankenthal	106428247	49412
2	BKK Aktiv	Universitätsstr. 43	44775	Bochum	103524383	48414
3	BKK Akzo Nobel		63784	Obernburg	108833355	67411
4	BKK der Allianz Gesellschaften		80795	München	108432429	63421
5	BKK A.T.U	Jocherstr. 7	85221	Dachau	108591499	68415
6	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Gütersloh	103725342	19557
7	BKK Dematic	Ruhrstr. 11	58300	Wetter	103526897	18420
8	BKK Deutsche Bank AG	Klosterstr. 24-28	40211	Düsseldorf	104224634	24413
9	BKK Deutsche BP Aktiengesellschaft	Überseering 21	22297	Hamburg	101520012	19408
10	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld	103724294	19402
11	Die Continentale BKK	Ruhrallee 92	44139	Dortmund	103523440	18536
12	PBK - DIE PERSÖNLICHE BKK	Konrad-Adenauer-Str. 25	85221	Dachau	108532794	64409
13	BKK Dr. Oetker	Bolbrinkersweg 6	33617	Bielefeld	103724238	19418
14	BKK Verbund Plus	Bismarckring 64	88400	Biberach	107832012	62461
15	ESSO BKK	Osterbekstraße 90a	22083	Hamburg	101520329	02413

16	BKK EUREGIO		Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg	104125509	21407
17	BKK Ford & Rheinland		Emdener Straße 70	50735	Köln	104625753	27423
18	GBK-Köln		Jakordenstr. 18-20	50668	Köln	104625684	27464
19	BKK Gesundheit		Wiener Platz 6	01069	Dresden	107829712	95530
20	BKK Gildemeister Seidensticker		Winterstraße 49	33649	Bielefeld	103724272	19410
21	BKK für Heilberufe		Schiess-Straße 43	40549	Düsseldorf	104628222	24401
22	BKK Herkules		Fünffensterstr. 5	34117	Kassel	105530331	42419
23	BKK Hoesch		Kirchderner Str. 47-49	44145	Dortmund	103524522	18552
24	HypoVereinsbank BKK		Arnulfstr. 27	80335	München	108428980	63405
25	INOVITA BKK		Bahnhofstraße 1-3	58095	Hagen	103525419	18401
26	BKK IHV		Äppelallee 27	65203	Wiesbaden	105830539	45402
27	BKK Linde		Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden	105830517	45411
28	LOGISTIK BKK		Betenstr. 19	44137	Dortmund	103524430	18511
29	BKK MAN und MTU München		Karlsfelder Str. 209 f	80995	München	108433204	63418
30	METRO AG Kaufhof BKK		Subbelrather Straße 15	50823	Köln	104625695	27405
31	mhplus BKK		Franckstr. 8	71636	Ludwigsburg	108035612	61421
32	BKK Miele		Carl-Miele-Str. 29	33332	Gütersloh	103725364	19473
33	NOVITAS Vereinigte BKK		Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg	104491707	25428

34	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen	106431652	49411
35	BKK Philips	Röntgenstr. 24-26	22335	Hamburg	101523297	02420
36	BKK R+V	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden	105823040	45405
37	BKK Ruhrgebiet	Castroper Str. 228	44791	Bochum	103524372	18528
38	Saint-Gobain BKK	Bismarckstr. 149	52066	Aachen	104124029	21408
39	Salus BKK	Siemensstraße 5a	63263	Neu-Isenburg	105330168	40410
40	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen	107536262	58434
41	BKK der SIEMAG	Postfach 4160	57264	Hilchenbach	103525567	18515
42	BKK SCHOTT-ZEISS	Rheinallee 143	55120	Mainz	108029306	48412
43	TAUNUS BKK	Wächtersbacher Straße 89	60386	Frankfurt a. Main	105830016	45409
44	BKK UPM	Georg-Haindl-Str. 5	86153	Augsburg	109131438	70413
45	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte	103526615	18544
46	BKK Verkehrsbau Union	Lindenstr. 67	10969	Berlin	109723913	72421
47	BKK VICTORIA-D.A.S.	Fischerstr. 8	40477	Düsseldorf	104229606	24430
48	BKK Vital	Guillinistr. 2	67065	Ludwigshafen	106432038	49409
49	BKK VOR ORT	Grünwalder Str. 14-22	42657	Solingen	104526376	31425
50	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen	108036441	61477
51	ATLAS BKK	Hastedter Heerstr. 290	28207	Bremen	103121013	03407

52	Autoclub BKK	Blutenburgstraße 66	80636	München	108491740	63423
53	abc BKK	Kölner Str. 71-77	58256	Ennepetal	103524942	18404
54	BKK AXEL SPRINGER	Fuhlentwiete 10	20355	Hamburg	101520103	02439
55	BKK 24	Am Ziegeleiweg 3	31683	Obernkirchen	102122660	09416
56	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg	105330157	40426
57	BKK der Norddeutschen Affinerie	Hovestr. 50	20539	Hamburg	101520090	02424
58	BKK DER PARTNER	Birkenweg 3	26127	Oldenburg	102522653	13407
59	DRÄGER & HANSE BKK	Moisinger Allee 1-3	23558	Lübeck	101320338	78406
60	Energie-BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover	102129930	09450
61	BKK ESSANELLE	Wiesenstr. 70b	40549	Düsseldorf	104239915	70438
62	BKK EWE	Donnerschweer Str. 20	26123	Oldenburg	102429648	12407
63	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte	102122557	09402
64	BKK FAHR	Industriepark 210	78244	Gottmadingen	107535396	58428
65	Gothaer BKK	Gothaer Platz 2-8	37083	Göttingen	105530342	08406
66	BKK Gruner + Jahr	Beethovenstr. 7	25524	Itzehoe	101332332	01419
67	ktpBKK	Kurfürstenstr. 58	45138	Essen	104525035	31413
68	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle	101520078	09455
69	BKK PHOENIX	Harburger Ring 10	21073	Hamburg	101520181	02419

70	BKK RWE		Welfenallee 32	29225	Celle	102131240	09409
71	BKK S-H		Stadtstr. 10	25348	Glückstadt	101320043	01417
72	Securvita BKK		Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg	101320032	01402
73	Shell BKK/Life		Suhrenkamp 59	22335	Hamburg	101520147	02409
74	SIGNAL IDUNA BKK		Rheinlanddamm 185	44139	Dortmund	103529026	18402
75	SKD BKK		Gunnar-Wester-Str. 12	97421	Schweinfurt	108833505	67412
76	BAHN-BKK		Voltastr. 81	60486	Frankfurt a. Main	109938503	40401
77	Bosch BKK		Kruppstr. 19	70469	Stuttgart	108036123	61409
78	CITY BKK		Pommernallee 1	14052	Berlin	109538019	02418
79	Deutsche BKK		Willi-Brandt-Platz 8	38440	Wolfsburg	109939003	07423
80	BKK firmus		Gottlieb-Daimler-Str. 11	28237	Bremen	103121137	03412
81	Mitteldeutsche BKK		Bahnhofstr. 13	06217	Merseburg	101132294	86499
82	BKK Publik		Thiestr. 15	38226	Salzgitter	101931440	07430
83	BKK Salzgitter		Thiestr. 15	38226	Salzgitter	101922757	07417
84	BKK TUI		Karl-Wichert-Allee 23	30625	Hannover	102137985	09452
85	BKK BVM		Sachsenfeld 4	20097	Hamburg	109939708	02403
86	BKK futur		Girmesgath 5	47803	Krefeld	104826197	28425
88	DaimlerChrysler BKK		Mercedesstr. 1	28309	Bremen	108030775	61491

89	BKK der BMW AG	Mengkofener Str. 6	84130	Dingolfing	109034270	69401
90	pronova BKK	Brunckstr. 47	67063	Ludwigshafen	106492393	49402
91	BKK Sachsen-Anhalt	Thalheimer Str. 59	06766	Wolfen	101131395	86403
92	SBK	Heimeranstraße 31	80339	München	108433248	63401
93	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg	101532301	02402
94	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18	56073	Koblenz	106329225	47410
95	BKK DÜRKOPP ADLER AG	Bunzlauer Str. 10	33719	Bielefeld	103724249	19409
96	BKK Rhein-Neckar	Windeckstraße 90	68163	Mannheim	107031126	53425
97	BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg	104424794	25408
98	BKK ZF & Partner	Charlottenstraße 2	88045	Friedrichshafen	107829563	62460
99	Neue BKK	St.-Pöltener-Str. 37	89522	Heidenheim	108035451	61470
100	G+H BKK	Bürgermeister-Grünzweig-Str. 1	67059	Ludwigshafen	106431663	49407
101	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42897	Remscheid	104926494	37431
102	BKK Merck	Frankfurterstr. 133	64293	Darmstadt	105230076	39409
103	BKK Aesculap	Jetterstr. 13/1	78532	Tuttlingen	107536171	58430
104	BKK GOETZE & Partner	Bürgermeister-Schmidt-Straße 17	51399	Burscheid	104627129	27486
105	BKK HENSCHHEL Plus	Josef-Fischer-Straße 10	34127	Kassel	105530364	42410
106	BKK WÜRTH	Gartenstraße 11	74653	Künzelsau	108023140	61487

107	BKK Melitta plus		Marienstraße 122	32425	Minden	103726081	19540
108	Herford Minden Ravensberg		Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford	103725547	19479
109	NECKERMANN -BKK		Hugo-Junkers-Straße 5	60386	Frankfurt	105330191	40418
110	BKK ALP plus		Zweifaller Str. 130	52206	Stolberg	104127692	21405
111	BKK sports direkt		Dürbheimer Str. 36	78604	Rietheim-Weilheim	107531405	58441
112	BKK Westfalen-Lippe		Alter Steinweg 34	48143	Münster	103726263	19504

				Namensumbenennung vorher BKK Marquardt	
--	--	--	--	---	--

A	B	C	D	E	F	G	H	
1	Liste der am DMP Diabetes mellitus Typ 1 in Hamburg teilnehmenden BKK'n (Stand 10.07.2008)							
2								
	Nr.	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort	Haupt-IK	VK-Nr.	Bemerkungen
3								
4	1	advitaBKK	Postfach 1744	67207	Frankenthal	106428247	49412	
5	2	Autoclub BKK	Am Westpark 8	81373	München	108491740	63423	
6	3	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Gütersloh	103725342	19557	
7	4	BKK A.T.U	Jocherstr. 7	85221	Dachau	108591499	68415	
8	5	BKK Aktiv	Universitätsstraße 43	44775	Bochum	103524383	48414	
9	6	BKK Akzo Nobel		63784	Obernburg	108833355	67411	
10	7	BKK AXEL-SPRINGER	Fuhlenwiete 10	20355	Hamburg	101520103	2439	
11	8	BKK Beiersdorf AG	Uhnstr. 20	20253	Hamburg	101532301	2402	
12	9	BKK der Allianz Gesellschaften		80795	München	108432429	63421	
13	10	BKK der G.M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern	106431572	49417	
14	11	BKK der Siemens	Wiesenstr. 30	57271	Hilchenbach	103525567	18515	
15	12	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf	104224634	24413	
16	13	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld	103724294	19402	
17	14	BKK Dr. Oetker	Herforder Str. 23	33602	Bielefeld	103724238	19418	
18	15	BKK Dürkopp Adler	Bunzlauer Str. 10	33719	Bielefeld	103724249	19409	
19	16	BKK Essanelle	Wiesenstr. 70 B	40252	Düsseldorf	104239915	70438	
20	17	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg	104125509	21407	
21	18	BKK für Heilberufe	Schiess-Straße 43	40549	Düsseldorf	104628222	24401	
22	19	BKK futur	Lorenzstr. 10	70435	Stuttgart	104826197	28425	
23	20	BKK Gesundheit	Wiener Platz 6	01069	Dresden	107829712	95530	
24	21	BKK Gildemeister Seidensticker	Winterstraße 49	33649	Bielefeld	103724272	19410	
25	22	BKK GOETZE & Partner	Bürgermeister-Schmidt-Str. 17	51399	Burscheid	104627129	27486	
26	23	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford	103725547	19479	
27	24	BKK Herkules	Fünfensterstr. 5	34117	Kassel	105530331	42419	
28	25	BKK HypoVereinsbank	Arnulfstr. 27	80335	München	108428980	63405	
29	26	BKK IHV	Äppelallee 27	65203	Wiesbaden	105830539	45402	
30	27	BKK MAN und MTU München	Karlsfelder Str. 209 f	80995	München	108433204	63418	
31	28	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Gütersloh	103725364	19473	
32	29	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle	101520078	9455	
33	30	BKK Pfalz	Lichtenberger Straße 16	67059	Ludwigshafen	106431652	49411	
34	31	BKK R+V	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden	105823040	45405	
35	32	BKK Rhein-Neckar	John-Deere-Str.90	68163	Mannheim	107031126	53425	

A	B	C	D	E	F	G	H
Nr.	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort	Haupt-IK	VK-Nr.	Bemerkungen
3							
36	33 BKK Ruhrgebiet	Castroper Str. 228	44791	Bochum	103524372	18528	
37	34 BKK SCHOTT-ZEISS	Rheinallee 143	55120	Mainz	108029306	48412	
38	35 BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach	107832012	62461	
39	36 BKK Vereinigte Deutsche Nickel-Werke	Rosenweg 15	58239	Schwerte	103526615	18544	
40	37 BKK Verkehrsbau Union	Lindenstraße 67	10969	Berlin	109723913	72421	
41	38 BKK VICTORIA - D.A.S.	Fischerstr. 8	40477	Düsseldorf	104229606	24430	
42	39 BKK WÜRTH	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau	108036577	61487	
43	40 BKK ZF & Partner	An der Königsbach 8	56075	Koblenz	107829563	62462	
44	41 Debeka BKK	Postfach 30 03 62	56027	Koblenz	106329225	47410	
45	42 Die Continentale BKK	Königswall 22	44137	Dortmund	103523440	18536	
46	43 Die Persönliche BKK	Konrad Adenauer Straße 25	85221	Dachau	108532794	64409	
47	44 E.ON Betriebskrankenkasse		45117	Essen	104525057	31418	
48	45 ESSO BKK	Osterbekstraße 90a	22083	Hamburg	101520329	2413	
49	46 G+H Betriebskrankenkasse	Bgm.- Grünzweig-Str. 1	67059	Ludwigshafen	106431663	72525	
50	47 LOGISTIK BKK	Speicherstr. 2	44147	Dortmund	103524430	18511	
51	48 METRO AG Kaufhof BKK	Postfach	50606	Köln	104625695	27405	
52	49 heute bkk	Bahnhofstraße 15	78713	Schramberg	108035451	61470	
53	50 NOVITAS Vereinigte BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg	104491707	25428	
54	51 Shell BKK/Life	Suhenkamp 59	22335	Hamburg	101520147	02409	
55	52 TAUNUS BKK	Wächtersbacherstr. 89	60386	Frankfurt / Main	105830016	45409	
56	53 UPM BKK	Georg-Haindl-Str. 5	86153	Augsburg	109131438	70413	
57	54 Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42897	Remscheid	104926494	37431	
58	55 BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen	102122660	9416	
59	56 BKK Braun-Gillette	Westerbachstr. 23 A	61476	Kronberg	105330157	40426	
60	57 BKK der Norddeutschen Affinerie	Hovestr. 50	20539	Hamburg	101520090	2424	
61	58 BKK DER PARTNER	Walderseestr. 6	30163	Hannover	102522653	13407	
62	59 BKK EWE	Donnerschweer Str. 20	26123	Oldenburg	102429648	12407	
63	60 BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte	102122557	9402	
64	61 BKK FAHR BKK Gruner + Jahr	Industriepark 210	78244	Gottmadingen	107535396	58428	
65	62 Die Präventionskasse	Beethovenstr. 7	25524	Itzehoe	101332332	1419	
66	63 BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt	105230076	39409	
67	64 BKK Ost-Hessen	Schloß 12	63607	Wächtersbach	105330066	40423	
68	65 BKK RWE	Weifenallee 32	29225	Celle	102131240	9409	
69	66 BKK Werra- Meissner	Sudetenlandstr. 2a	37269	Eschwege	105530126	42420	

A	B	C	D	E	F	G	H
Nr.	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort	Haupt-IK	VK-Nr.	Bemerkungen
3							
70	Die NECKERMANN-BKK	Hugo-Junkers-Str. 5	60386	Frankfurt	105330191	40418	
71	energie-BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover	102129930	9450	
72	Gothaer BKK	Gothaer Platz 2-8	37083	Göttingen	105530342	8406	
73	NOVITA BKK	Bahnhofstr. 1-3	59085	Hagen	103525419	18401	
74	ktpBKK	Kurfürstenstr. 58	45138	Essen	104525035	31413	
75	SIGNAL IDUNA BKK	Rheinlanddamm 185	44139	Dortmund	103529026	18402	
76	SKD BKK	Gunnar-Wester-Str. 12	97421	Schweinfurt	108833505	67412	
77	SAINT-GOBAIN BKK	Bismarckstr. 149	52066	Aachen	104124029	21408	
78	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen	108036441	61477	
79	BKK BVM	Sachsenfeld 4	20097	Hamburg	109939708	02403	
80	BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg	104424794	25408	
81	BKK VOR ORT	Willy-Brandt-Platz 3	46045	Oberhausen	104526376	31425	
82	mpplus BKK	Franckstr. 8	71636	Ludwigsburg	108035612	61421	
83	BKK BMW	Mengkofener Straße 6	84130	Dingolfing	109034270	69401	
84	BKK Hoesch	Kirchdamer Str. 47-49	44145	Dortmund	103524522	18552	
85	DRÄGER & HANSE BKK	Moisinger Allee 1-3	23558	Lübeck	101320338	78415	
86	pronova BKK	Brunckstr. 47	67063	Ludwigshafen	106492393	49402	
87	Daimler BKK	Mercedesstr. 1	28309	Bremen	108030775	61491	
88	BAHN-BKK	Voltastr. 81	60486	Frankfurt a. Main	109938503	40401	
89	BKK firmus	Gottlieb-Daimler-Str. 11	28237	Bremen	103121137	3412	
90	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter	101931440	7430	
91	BKK Sachsen-Anhalt	Thalheimer Str. 59	06766	Bitterfeld-Wolfen	101131395	86403	
92	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter	101922757	7417	
93	BKK TUI	Karl-Wichert-Allee 23	30625	Hannover	102137985	9452	
94	CITY BKK	Pommernallee 1	14052	Berlin	109538019	2418	
95	Mitteldeutsche BKK	Bahnhofstr. 13	06217	Merseburg	101131921	86401	
96	BKK SBK	Heineranstraße 31	80339	München	108433248	63401	
97	Deutsche BKK	Willy-Brandt-Platz 8	38440	Wolfsburg	109939003	7423	
98	BKK FTE	Willy-Brandt-Platz 8	38440	Wolfsburg	108836600	17402	

	B
	Name der BKK
3	
4	advita BKK
5	Aesculap
6	Audi BKK
7	Bertelsmann BKK
8	BKK A.T.U.
9	BKK Achenbach Buschhütten
10	BKK Alzo Nobel
11	BKK Barmag-Steinmüller
12	BKK DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
13	BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI
14	BKK Dematic
15	BKK der Allianz Gesellschaften
16	BKK der G.M. PFAFF AG
17	BKK der SIEMAG
18	BKK Deutsche Bank AG
19	BKK Diakonie
20	BKK Dr. Oetker
21	BKK Dürkopp Adler
22	BKK Essanelle
23	BKK EUREGIO
24	BKK für Heilberufe
25	BKK futur
26	BKK Gesundheit
27	BKK Glöckner Seidensticker
28	BKK GOETZE & Partner
29	BKK Herford Minden Ravensberg
30	BKK HypoVereinsbank
31	BKK IHV
32	BKK MAN und MTU München
33	BKK Miele
34	BKK MOBIL OIL
35	BKK Pfalz
36	BKK Philips
37	BKK R+V
38	BKK Rhein-Neckar
39	BKK Ruhrgebiet
40	BKK Schott-Zeiss
41	BKK Verbund Plus
42	BKK Vereinigte Deutsche Nickel-Werke
43	BKK Verkehrsbau Union

	B
	Name der BKK
3	
44	BKK VICTORIA - D.A.S.
45	BKK Vital
46	BKK Vorwerk & Co.KG
47	BKK WÜRTH
48	BKK ZF & Partner
49	DaimlerChrysler BKK
50	Debaka BKK
51	Deutsche BP Aktiengesellschaft
52	Die Continentale BKK
53	PBK - DIE PERSÖNLICHE BKK
54	ESSO BKK
55	BKK Ford & Rheinland
56	G+H Betriebskrankenkasse
57	LOGISTIK BKK
58	BKK sports direkt
59	METRO AG Kauhof BKK
60	neue bkk
61	NOVITAS Vereinigte BKK
62	SAINT-GOBAIN BKK
63	Schwenninger BKK
64	TAUNUS BKK
65	UFM BKK
66	Vallant BKK
67	WMF BKK
68	ATLAS BKK
69	Autoclub BKK
70	BKK 24
71	abc BKK
72	BKK ALP plus
73	BKK AXEL SPRINGER
74	BKK Beiersdorf AG
75	BKK Braun-Gillette
76	BKK der Norddeutschen Affinerie
77	BKK DER PARTNER
78	BKK EWE
79	BKK exklusiv
80	BKK FAHR
81	BKK Gruner + Jahr Die Präventionskasse
82	BKK HENSCHHEL Plus
83	BKK Linde
84	BKK Melitta Plus

	B
	Name der BKK
3	
85	BKK Merck
86	BKK Ost-Hessen
87	BKK PHOENIX
88	BKK RWE
89	BKK S-H
90	BKK Werra Meissner
91	Die NECKERMANN-BKK
92	DRÄGER & HANSE BKK
93	Energie-BKK
94	Gothaer BKK
95	INOVITA BKK
96	ktp BKK
97	Salus BKK
98	SECURVITA BKK
99	Shell BKKLife
100	SIGNAL IDUNA BKK
101	SKD BKK
102	BKK BVM
103	BKK VOR ORT
104	GBK Gemeinsame BKK Köln
105	implius BKK
106	BKK Hoesch
107	BKK Aktiv
108	BKK BMW
109	BAHN-BKK
110	BKK firmus
111	BKK Publik
112	BKK Sachsen-Anhalt
113	BKK Salzgeber
114	BKK TUI
115	Bosch BKK
116	CITY BKK
117	Mitteldeutsche BKK
118	pronova BKK
119	Deutsche BKK
120	BKK FTE
121	SBK
122	BKKT Textilgruppe Hof
123	E.ON Betriebskrankenkasse
124	BKK der Thüringer Energieversorgung

Annahmestellen im Ersatzkassenbereich für papiergebundene Unterlagen

Kassenname	BARMER Ersatzkasse
Ansprechpartner/in	Rechnungen: Gertrud Peters, Tel.: 0202-568199-2945 eMail: gertrud.peters@barmer.de TE/EWE: Barmer Ersatzkasse Abt. 1070 Gesundheits- und Versorgungsmanagement
Abteilung	Abt. 1070 Gesundheits- und Versorgungsmanagement
Strasse/Nr.	Lichtscheider Str. 89
PLZ/Ort	42285 Wuppertal
Tel./Fax	
eMail-Adresse	
Institutionskennzeichen	104940005

Kassenname	Techniker Krankenkasse
Ansprechpartner/in	TE/EWE Frau Vera Sievers
Abteilung	TK-Plus Team
Strasse/Nr.	Mexikoring 33
PLZ/Ort	22297 Hamburg
Tel./Fax	040-288285-312
eMail-Adresse	Vera.Sievers@tk-online.de
Ansprechpartner/in	Rechnungen Frau Dagmar Köppel
Abteilung	DMP
Strasse/Nr.	Bramfelder Str. 140
PLZ/Ort	22305 Hamburg
Tel./Fax	040-6909-1543
eMail-Adresse	Dagmar.Koeppel@tk-online.de
Institutionskennzeichen	Krankenversicherung West: 101575519 Krankenversicherung Ost: 101588809

Kassenname	Kaufmännische Krankenkasse
Ansprechpartner/in	
Abteilung	DMZ
Strasse/Nr.	Königsbrücker Str. 33
PLZ/Ort	01099 Dresden
Tel./Fax	0351-56389-0 0351-56389299
eMail-Adresse	
Institutionskennzeichen	

Annahmestellen im Ersatzkassenbereich für papiergebundene Unterlagen

Kassenname	GEK
Ansprechpartner/in	Sandra Kuhn
Abteilung	4.2.2 Versorgungsmanagement
Strasse/Nr.	Gottlieb-Daimler-Str. 19
PLZ/Ort	73529 Schwäbisch Gmünd
Tel./Fax	07171/801-769
eMail-Adresse	Sandra.kuhn@gek.de
Institutionskennzeichen	108 089 673

Kassenname	Hkk
Ansprechpartner/in	Marion Wölke
Abteilung	DMP
Strasse/Nr.	Martinistr. 26
PLZ/Ort	28195 Bremen
Tel./Fax	0421/ 3655-7281
eMail-Adresse	Marion.Woelke@hkk.de
Institutionskennzeichen	103170002 (+102400510 IKK WE)

Kassenname	Hanseatische Krankenkasse
Ansprechpartner/in	Bärbel Wegner
Abteilung	Ref. DMP
Strasse/Nr.	Wandsbeker Zollstr. 82-90
PLZ/Ort	22041 Hamburg
Tel./Fax	040 65696-1244
eMail-Adresse	Dmp@hek.de
Institutionskennzeichen	101570104

Kassenname	Hamburg Münchener Krankenkasse
Ansprechpartner/in	Angelika Steffens
Abteilung	Versorgungsmanagement
Strasse/Nr.	Schäferkampsallee 16
PLZ/Ort	20357 Hamburg
Tel./Fax	040/ 4 15 35 -268
eMail-Adresse	Angelika.Steffens@hmk.info
Institutionskennzeichen	101568008

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 01 und 02

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Frau Meiss
Abteilung	229200 DMP
Strasse/Nr.	Walkerdamm 1-9
PLZ/Ort	24103 Kiel
Tel./Fax	0431 6797-251
eMail-Adresse	claudia.meiss@dak.de
Institutionskennzeichen	

Annahmestellen im Ersatzkassenbereich für papiergebundene Unterlagen

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 03 und 17

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Herr Müller
Abteilung	269211 DMP
Strasse/Nr.	Ellernstraße 40
PLZ/Ort	30175 Hannover
Tel./Fax	0511 2836-338
eMail-Adresse	detlev.mueller@dak.de
Institutionskennzeichen	

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 52 (55, 60, 61 und 62)

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Herr Schuckert
Abteilung	359100 DMP
Strasse/Nr.	Marienstr. 19
PLZ/Ort	70188 Stuttgart
Tel./Fax	0711 6457-145
eMail-Adresse	oliver.schuckert@dak.de
Institutionskennzeichen	

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 20

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Herrn Düllmann persönlich
Abteilung	760260
Strasse/Nr.	Brinkhoffstr. 4
PLZ/Ort	44137 Dortmund
Tel./Fax	0231 4257591185
eMail-Adresse	andreas.duellmann@dak.de
Institutionskennzeichen	

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 38

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Frau Haugeneder
Abteilung	329100 DMP
Strasse/Nr.	Rosenheimer Straße 145i
PLZ/Ort	81671 München
Tel./Fax	089 45052-272
eMail-Adresse	brigitte.haugeneder@dak.de
Institutionskennzeichen	

Annahmestellen im Ersatzkassenbereich für papiergebundene Unterlagen

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 46, 51 und 73

Kassenname	DAK Unternehmen Leben	Vertretung
Ansprechpartner/in	Herr Wandelburg	
Abteilung	7500 00 (Südwest)	Herr Jäger
Strasse/Nr.	Göttelmann Straße 17	
PLZ/Ort	55130 Mainz	
Tel./Fax	06131 9982-128	
eMail-Adresse	michael.wandelburg@dak.de	06131 9982-133
Institutionskennzeichen		michael.jaeger@dak.de

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 78

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Frau Sperlich
Abteilung	229300 DMP
Strasse/Nr.	Am Grünen Tal 36
PLZ/Ort	19063 Schwerin
Tel./Fax	0385 39505-279
eMail-Adresse	inge.sperlich@dak.de
Institutionskennzeichen	

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 72 und 83

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Frau Jaeger
Abteilung	219100 DMP
Strasse/Nr.	Kommandantenstraße 18
PLZ/Ort	10969 Berlin
Tel./Fax	030 69007-245
eMail-Adresse	daniela.jaeger@dak.de
Institutionskennzeichen	

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 88

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Frau Meyer
Abteilung	219300 DMP
Strasse/Nr.	Große Diesdorfer Str. 203
PLZ/Ort	39110 Magdeburg
Tel./Fax	0391 7361-437
eMail-Adresse	karina.meyer@dak.de
Institutionskennzeichen	

Annahmestellen im Ersatzkassenbereich für papiergebundene Unterlagen

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 93

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Frau Gräfe
Abteilung	2393 DMP
Strasse/Nr.	Krämpferstraße 4
PLZ/Ort	99084 Erfurt
Tel./Fax	0361 2151-197
eMail-Adresse	marianne.graefe@dak.de
Institutionskennzeichen	

Postalische Lieferung TE/EWE für KV-Bereich 98

Kassenname	DAK Unternehmen Leben
Ansprechpartner/in	Frau Selle
Abteilung	2091 DMP
Strasse/Nr.	Freiberger Str. 37
PLZ/Ort	01067 Dresden
Tel./Fax	0351 8637 231
eMail-Adresse	katrin.selle@dak.de
Institutionskennzeichen	

Verzeichnis der durch die IKK Hamburg vertretenen Innungskrankenkassen

Diese Innungskrankenkassen sind dem Datenstellenvertrag beigetreten.

Die nord- und mitteldeutsche IKK (numIKK)	Willy-Brandt-Ring 1 38350 Helmstedt
IKK Baden-Württemberg und Hessen	Abraham-Lincoln-Straße 32 65183 Wiesbaden
IKK Brandenburg und Berlin	Keithstraße 9/11 10787 Berlin
IKK gesund plus	Umfassungsstrasse 85 39124 Magdeburg
IKK Niedersachsen	Günther Wagner Allee 23 30177 Hannover
IKK Nord	Greifstraße 107 17034 Neubrandenburg
IKK Nordrhein	Kölner Straße 3 51429 Bergisch Gladbach
IKK Sachsen	Arndtstraße 13 01099 Dresden
IKK Südwest direkt	Hafenstraße 16 66111 Saarbrücken
IKK Südwest-Plus	Isaac-Fulda-Alle 7 55124 Mainz
IKK Thüringen	Mittelhäuser Straße 68 99089 Erfurt
Vereinigte IKK	Westring 24 44787 Bochum
BIG-Gesundheit	Charlotten-Carree Markgrafenstraße 62 10969 Berlin
IKK-Direkt	Kaistraße 101 24114 Kiel

AUSSCHREIBUNG

eines

Dienstleistungsauftrags (Datenstelle im DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs)

der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg (ARGE)

der AOK Hamburg

der See-Krankenkasse

dem BKK - Landesverband NORD, handelnd für die BKK'n, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt zum Vertrag erklärt haben

der Krankenkasse für den Gartenbau, zugleich handelnd als Landesverband der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

der Innungskrankenkasse (IKK) Hamburg, zugleich handelnd für die IKK'n, die gegenüber der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt haben

der Knappschaft

– Verwaltungsstelle Hannover –

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Landesvertretung Hamburg, handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV), Landesvertretung Schleswig-Holstein, handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg (GE)

Verdingungsunterlagen

Inhaltsverzeichnis

- I. Allgemeine Kurzbeschreibung der Dienstleistung sowie Hinweise zur Angebotserstellung und zur Auswertung
- II. Leistungsverzeichnis mit Angebotsblättern
- III. Allgemeine Vertragsbedingungen
- IV. Besondere Vertragsbedingungen

I. Allgemeine Kurzbeschreibung der Dienstleistung und Hinweise zur Angebotserstellung und zur Auswertung

1. Gegenstand der Ausschreibung

Die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme "DMP") soll die Behandlung chronisch Erkrankter durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung verbessern und die Erkrankten vor Folgeerkrankungen bewahren. Der medizinische Schwerpunkt der DMP liegt in der Vorbeugung.

Das zum 01.01.2002 in Kraft getretene Risikostrukturausgleichsreformgesetz ermöglicht es den Krankenkassen, ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme anzubieten. Die Auftraggeber haben diese Möglichkeit aufgegriffen und DMP für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs entwickelt. Weitere strukturierte Behandlungsprogramme, u.a. für Diabetes mellitus Typ 1, Koronare Herzerkrankungen, Asthma und COPD, werden voraussichtlich folgen.

Gegenstand dieser Ausschreibung ist die Einrichtung und der Betrieb einer Datenstelle mit dem Zweck, die im Rahmen des DMP anfallenden Datenströme (§ 137 f SGB V) einheitlich zu verwalten. Dies betrifft insbesondere die elektronische Erfassung der vom DMP-Arzt erhobenen Daten, deren Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität, die Datentrennung, deren Pseudonymisierung und die Weiterleitung der Da-

ten an die jeweiligen Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (im folgenden „KVH“) und an die von den Krankenkassen und der KVH gegründeten Gemeinsamen Einrichtung (im folgenden GE) nach § 28 f Abs. 2 Nr. 4 RSAV i.V.m. den jeweiligen DMP-Verträgen.

Die Leistung wird nach §§ 1 a Nr. 2 Abs. 1, 3 a Nr. 1 Abs. 1 VOL/A nach dem zweiten Abschnitt der VOL/A im Wege des offenen Verfahrens vergeben.

Dieses Vorgehen entspricht den aktuellen Vorgaben und Forderungen des Bundesversicherungsamtes, das die Aufsicht über die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke ausübt.

2. Kurzbeschreibung der Dienstleistung (Detailbeschreibung siehe II. Leistungsverzeichnis)

2.1 Gegenstand der Dienstleistung

Die Datenstelle (im folgenden teilweise auch „Auftragnehmer“ genannt) soll jeweils für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs und folgende Dienstleistungen erbringen:

2.1.1 Leistungen im Zusammenhang mit der Teilnahmeerklärung/ Einwilligungserklärung

Entgegennahme der vom DMP-Arzt aufgenommenen Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung (im folgenden TE/EWE) des Versicherten; Erfassung; Prüfung, ggf. Nachforderung und Weiterleitung der Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse.

2.1.2 Leistungen im Zusammenhang mit der Erstdokumentation inklusive Diagnosesicherung insgesamt

Entgegennahme und Erfassung der vom DMP-Arzt erstellten Dokumentationsbögen; Kontrolle der Arzt- und Kassenteilnahme; Prüfung der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Erstdokumentation; Prüfung bei erneuter Erstdokumentation; Zwischenspeicherung der Dokumentationsdaten und Trennung in Datensätze a bzw. b; Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Plausibilität und Vollständigkeit; Prüfung der Erstdokumentation auf eingegangene Komplementärbelege; Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten; Pseudonymisierung der Datensätze a; Archivierung der Dokumentationsbögen; Weiterleitung der entsprechenden Daten an die jeweilige Krankenkasse bzw. an ihre datenannehmende Stelle (s. 2.1.4.) sowie an die GE und KVH (s. 2.1.5); Informationen an alle am Dokumentationsprozess Beteiligten.

2.1.3 Leistungen im Zusammenhang mit der Folgedokumentation insgesamt

Entgegennahme und Erfassung der durch den DMP-Arzt in regelmäßigen Abständen erhobenen Dokumentation von Daten; Prüfung der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Folgedokumentation, Überprüfung des korrekten Arzt-Versichererbezugs; Zwischenspeicherung der Folgedokumentationsdaten und Trennung in Datensätze a bzw. b; Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Plausibilität und Vollständigkeit; Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten; Pseudonymisierung der Datensätze a; Archivierung der Dokumentationsbögen; Weiterleitung der entsprechenden Daten an die jeweilige Krankenkasse bzw. an ihre datenannehmende Stelle (s. 2.1.4) sowie an die j GE und KVH (s. 2.1.5); Informationen an alle am Dokumentationsprozess Beteiligten.

Die Leistungen nach 2.1.2 und 2.1.3 sind gegenüber den jeweiligen Krankenkassen, der KVH, der GE sowie teilweise gegenüber dem DMP-Arzt zu erbringen.

Für die Kommunikation mit den Ärzten werden die Auftraggeber dem Auftragnehmer Textbausteine vorgeben.

2.1.4 Leistungen im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten zwischen der Datenstelle und den Krankenkassen

Entgegennahme der Dokumentationsbögen und Kontrolle der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Erst- und Folgedo-

kumentation, Zwischenspeicherung, Trennung der Dokumentationsdaten für die Krankenkassen bei der Erstdokumentation in einen Teildatensatz b zur Diagnosesicherung mit Arzt- und Versichertenbezug und einen Teildatensatz b mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug. Bei der Folgedokumentation Erstellung des Teildatensatzes b mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug; Übermittlung der Teildatensätze b unmittelbar an die datenannahmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse. Überprüfung der Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit. Nachfordern unplausibler bzw. unvollständiger Daten. Überprüfung des korrekten Arztversichertenbezugs. Archivierung der Dokumentationsbögen. Protokollierung.

2.1.5 Leistungen im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten zwischen der Datenstelle und der GE und der KVH.

Entgegennahme der Dokumentation und Kontrolle der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Erst- und Folgedokumentation, Zwischenspeicherung und Trennung der Dokumentationsdaten. Übermittlung der Teildatensätze a der Erstdokumentation bzw. Folgedokumentation (mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug) an die GE und die KVH. Überprüfung der Dokumentationsdaten a und b auf Vollständigkeit und Plausibilität und Nachfordern fehlender oder unvollständiger Dokumentationsdaten. Information an die KVH sowie GE über die Qualität der gelieferten Daten.

2.1.6. Leistungen im Zusammenhang mit den Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Erstellung eines Arzt-Reminders; Datenweitergabe an einen externen Evaluator. Die Übermittlung der Daten erfolgt in dem von den Auftraggebern vorzugebenden Format.

2.2 Kapazität der Dienstleistung

Der Dienstleistungsvertrag erstreckt sich zunächst auf die Daten von zwei chronischen Erkrankungen, kann sich zu einem späteren Zeitpunkt aber auch auf andere chronische Erkrankungen erstrecken. Zu Leistungsbeginn ist mit bis zu 30.000 potenziellen Teilnehmern zu rechnen.

Für die Krankenkasse für den Gartenbau gilt die Ausnahme, dass zunächst nur die Indikation Brustkrebs von dem hier ausgeschriebenen Auftrag umfasst ist.

Die Auftraggeber haben das Recht, Dienstleistungen hinsichtlich der anderen chronischen Erkrankungen nach Bedarf einzubeziehen. Die abzuschließenden Verträge werden einem Grundentwurf entsprechen, wie er auch für den hier ausgeschriebenen Vertrag vorgesehen ist. Sollten sich die Auftraggeber dazu entscheiden, weitere chronische Erkrankungen einzubeziehen, kann die Beauftragung für die damit verbundenen Dienstleistungen auf der Grundlage eines Verhandlungsverfahrens i. S. v. § 3 a VOL/A erfolgen (§ 3 a Nr. 2 lit. g VOL/A).

Zu bestimmten Spitzenzeiten (z.B. Quartalsende) muss mit Volumenvergrößerungen gerechnet werden. Die Datenstelle muss infrastrukturelle und personelle Kapazitäten aufweisen, welche eine Erledigung der anfallenden Dienstleistungsaufgaben im vorgegebenen Zeitrahmen sicherstellen.

2.3 Vertragslaufzeit

Der abzuschließende Dienstleistungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Der Vertrag ist mit einer Frist von drei Monaten kündbar, erstmals zum 31.12.2006.

Die Auftraggeber können den Vertrag bei etwaigen gesetzlichen, richterlichen oder aufsichtsbehördlichen Vorgaben anpassen.

Die Datenstelle nimmt ihre Arbeit spätestens vier Wochen nach Zuschlagserteilung auf. Innerhalb von vier Wochen nach Zuschlagserteilung setzt die Datenstelle sämtliche Leistungserbringer über den Beginn ihrer Tätigkeit in Kenntnis.

3. Hinweise zur Angebotserstellung

3.1 Auftraggeber

Auftraggeber sind:

- Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg,
Kieler Straße 464 – 470, 22525 Hamburg
- AOK Hamburg,
Pappelallee 22 – 26, 22089 Hamburg
- See-Krankenkasse,
Reimerstwiete 2, 20457 Hamburg
- BKK - Landesverband NORD,
Wendenstr. 279, 20537 Hamburg
- Krankenkasse für den Gartenbau
Frankfurter Str. 126, 34121 Kassel [×]
- Innungskrankenkasse Hamburg,
Kieler Straße 464 – 470, 22525 Hamburg
- Knappschaft – Verwaltungsstelle Hannover,
Siemensstr. 7, 30173 Hannover
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Landes-
vertretung Hamburg, handelnd für und im Auftrag seiner Mit-
gliedskassen,
Mittelweg 144, 20148 Hamburg
- AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV), Landesvertre-
tung Hamburg, handelnd für und im Auftrag seiner Mitglieds-
kassen, Mittelweg 144, 20148 Hamburg

[×] Die Krankenkasse für den Gartenbau beauftragt zunächst die Datenstelle nur für die Indikation Brustkrebs. Die Datenstelle ist verpflichtet, auf Wunsch der Krankenkasse für den Gartenbau, diese auch in Bezug auf die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 in den hier zu vergebenden Auftrag einzubeziehen.

- Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
- Gemeinsame Einrichtung DMP Hamburg,
Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg.

Ansprechpartner ist Rechtsanwalt Dr. Roger Schaack, c/o Rechtsanwälte Krömer Steger Westhoff, Blumenstraße 14, 40212 Düsseldorf (Tel.: 0211/864880; Fax 0211/131952).

3.2 Vollständigkeit der Unterlagen und Unklarheiten

Die Bieter haben sich unmittelbar nach Erhalt der Verdingungsunterlagen über deren Vollständigkeit zu vergewissern. Bestehen nach Auffassung eines Bieters Unklarheiten, Zweifel, Unsicherheiten oder Widersprüche in den Unterlagen, sind diese dem Auftraggeber unverzüglich schriftlich mitzuteilen, auch wenn der Hinweis schon zuvor in anderer Form gegeben wurde. Nach Ablauf der Angebotsfrist können Einwendungen nicht mehr geltend gemacht werden.

3.3 Einreichung der Angebote

3.3.1 Die Angebote sind bis spätestens 28. Dezember 2005, 12 Uhr mittags (Angebotsfrist) bei Rechtsanwalt Dr. Roger Schaack, c/o Rechtsanwälte Krömer Steger Westhoff, Blumenstraße 14, 40212 Düsseldorf (Tel.: 0211/864880; Fax 0211/131952) schriftlich abzugeben. Es sind ein Original sowie drei Kopien des Angebotes einzureichen. Die Angebote sind in einem verschlossenen Umschlag abzugeben, der in einen weiteren

verschlossenen Umschlag einzulegen ist. Beide Umschläge sind deutlich zu kennzeichnen mit der Aufschrift:

Angebotsunterlagen
Nicht öffnen
Angebot über die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten im Rahmen von Disease-Management-Programmen in Hamburg
Ablauf der Angebotsfrist: 28. Dezember 2005

- 3.3.2 Bis zum Ablauf der Angebotsfrist können Angebote nur schriftlich in der Form des § 18 Nr. 2 Abs. 1 VOL/A zurückgezogen werden.
- 3.3.3 Angebote, die nach Ablauf der Angebotsfrist eingehen, werden vom Wettbewerb ausgeschlossen. Etwas anderes gilt nur, wenn der verspätete Eingang nicht durch vom Bieter zu vertretende Umstände verursacht wurde. Auf telefonischem oder elektronischem (§ 15 VgV) Wege übermittelte Angebote (Fernschreiben, Telefax, E-Mail, Telegramm) sind nicht zugelassen.
- 3.3.4 Angebote, die ansonsten unter Verletzung von Vorgaben dieser Verdingungsunterlagen oder von Bestimmungen der VOL/A erfolgen, werden gleichfalls ausgeschlossen. Dies gilt insbesondere für Angebote von Bietern, die sich im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung an einer unzulässigen Wettbewerbsbeschränkung beteiligen oder beteiligt haben.

3.3.5 Das Angebot muss vollständig sein und darf nur die Preise und die in den Ausschreibungsunterlagen geforderten, gewünschten oder ausdrücklich zugelassenen Erklärungen und Unterlagen enthalten. Bei der Erstellung des Angebotes sind die Angebotsblätter des Auftraggebers zu verwenden. Soweit bei der Erstellung der Angebote besondere Anlagen benutzt werden, ist zweifelsfrei kenntlich zu machen, dass diese Bestandteil des Angebots sind. Insbesondere sind auch die Anlagen rechtsverbindlich zu unterzeichnen. Es ist weiter deutlich zu machen, auf welches Angebotsblatt sich die Anlagen beziehen.

3.3.6 Das Angebotsschreiben, die Preisangebote sowie alle weiteren allgemeinen Erklärungen der Bieter müssen rechtsverbindlich unterschrieben und mit Stempel versehen sein. Die Eintragungen eines Bieters müssen dokumentenecht sein. Änderungen an den Eintragungen hat ein Bieter zweifelsfrei kenntlich zu machen.

3.3.7 Das Angebot und alle beizufügenden Unterlagen müssen in deutscher Sprache abgefasst sein.

3.4 Rechtliche Bedingungen sowie erforderliche wirtschaftliche, finanzielle und technische Angaben

Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein. Anderenfalls ist der Bieter zwingend von der Vergabe ausgeschlossen:

- 3.4.1 Juristische Personen haben die Namen und die berufliche Qualifikation der für die Ausführung der Dienstleistung verantwortlichen Personen anzugeben.
- 3.4.2 Die Auftraggeber können sich unter Wahrung der jeweiligen Datenschutzbestimmungen und Zugriffsrechte über die vertragsgemäße Ausführung der Leistung unterrichten und in die sie betreffenden Datenbanken Einsicht nehmen. Die Krankenkassen unterliegen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ihrerseits Prüfungen der Aufsichtsbehörden. Die Aufsichtsbehörden haben das Recht, diese Prüfungen in den Räumen des Bieters vorzunehmen (siehe Kapitel II Pkt. 3.8). Der Bieter hat seine Wirkungsstätte daher innerhalb Deutschlands zu errichten.
- 3.4.3 Der Auftragnehmer verpflichtet sich sicherzustellen, dass bei den Grundsätzen der Unternehmensführung nicht die „Technologie von L. Ron Hubbard“ angewendet, gelehrt oder in sonstiger Weise verbreitet wird.
- 3.4.4 Der Bieter darf nicht in der Vergangenheit bei Ausschreibung gleich oder ähnlich gelagerter Aufträge irreführende Angaben gemacht haben.
- 3.4.5 Folgende Unterlagen sind zur Beurteilung der Fachkunde, Zuverlässigkeit und Leistungsfähigkeit einzureichen:

- Zeitnaher Nachweis aus dem Handelsregister;
- Nachweis der ordnungsgemäßen Zahlung der Sozialbeiträge;
- Unbedenklichkeitsbescheinigung des Finanzamtes oder (im Falle nicht-deutscher Bieter) Vergleichbares;
- Beschreibung der Dauer des Marktauftrittes, betreutes Kundenvolumen durch den Bieter und Erfahrung in der Abwicklung gleicher oder ähnlich gelagerter Aufträge inklusive Nachweis erfolgreicher Vertragsumsetzung durch Bescheinigung der jeweiligen Auftraggeber (Referenzen). Die jeweiligen Auftraggeber müssen dabei auch bescheinigen, dass die Zusammenarbeit mit dem Bieter vertrauensvoll war. Der Bieter gestattet den Auftraggebern ausdrücklich, hierzu Recherchen vorzunehmen;
- Nachweis eines Konzepts zum Schutz der Daten nach deutschem Recht unter Einschluss der Protokollierung der Systemleistungen.

3.5 Vergabe nach Losen

Die Vergabe von einzelnen Losen ist nicht vorgesehen.

3.6 Kostenangaben und Kalkulation

3.6.1 Alle Angebotspreise sind brutto inkl. Umsatzsteuer nach dem geltenden Steuersatz anzugeben. Alle Angebotspreise sind in Euro, Bruchteile in vollen Euro-Cent anzugeben.

3.6.2 Dem Angebot ist eine Urkalkulation in einem separaten und versiegelten Umschlag beizulegen. Die Urkalkulation wird von der Vergabestelle nur bei Bedarf geöffnet, der Bieter wird hiervon in Kenntnis gesetzt. Mit Hilfe der Urkalkulation muss die Kostenermittlung nachvollziehbar sein.

3.7 Änderungsvorschläge und Nebenangebote

Änderungsvorschläge und Nebenangebote sind nicht zugelassen.

3.8 Bietergemeinschaften

Bietergemeinschaften sind nicht zugelassen. Angebote von Bietergemeinschaften werden nicht berücksichtigt.

3.9 Unterauftragnehmer

Unterauftragnehmer sind grds. nicht zugelassen, da die Auftragsverarbeitung von Sozialdaten durch nicht-öffentliche Stellen durch § 80 Abs. 5 SGB X strikt limitiert wird. Für die Produktion und Verarbeitung von DMP-Daten sind Unterauftragnehmer nicht zugelassen. Zulässig ist lediglich die Weitervergabe von unwesentlichen Teilleistungen im Sinne des § 4 Nr. 4 Satz 2 VOL/B. Für darüber hinausgehende Leistungen ist die vorherige Zustimmung des Auftraggebers erforderlich.

3.10 Öffnung der Angebote

In der Verhandlung zur Öffnung der Angebote sind Bieter nicht zugelassen. Die Namen der Bieter und Endbeträge der Angebote werden nicht bekannt gegeben.

3.11 Mitteilung über nicht berücksichtigte Angebote

Eine Information der Bieter bei Nichtberücksichtigung ihrer Angebote erfolgt nach Maßgabe von § 13 VgV.

3.12 Zuschlagsfrist

Die Zuschlagsfrist beginnt mit dem Ablauf der Angebotsfrist. Sie endet am 01. Februar 2006. Die Bieter sind bis zu diesem Zeitpunkt an ihre Angebote gebunden. Ein Angebot gilt als nicht berücksichtigt, wenn bis zum Ablauf der Zuschlagsfrist kein Auftrag erteilt wurde.

3.13 Kosten

Die Übersendung der Verdingungsunterlagen erfolgt für einen Bieter kostenfrei. Für die Bearbeitung des Angebotes werden keine Kosten erstattet.

3.14 Vergabekammer gemäß § 104 GWB

Vergabekammer ist die Vergabekammer bei der Finanzbehörde Hamburg, Gänsemarkt 36, 20354 Hamburg.

3.15 Hinweis zur Akteneinsicht im Nachprüfungsverfahren

Bei der Durchführung eines Nachprüfungsverfahrens nach §§ 104 ff. GWB haben alle Verfahrensbeteiligten grundsätzlich ein Akteneinsichtsrecht nach § 111 Abs. 1 GWB. Jeder Bieter hat daher mit der konkreten Möglichkeit zu rechnen, dass sein Angebot mit allen wesentlichen Bestandteilen, soweit es sich in den Vergabeakten des Auftraggebers befindet, von den Verfahrensbeteiligten bei der Vergabekammer eingesehen wird. Es liegt so im eigenen Interesse eines jeden Bieters, schon in seinem Angebot auf wichtige Gründe (insbesondere Fabrikations-, Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse) hinzuweisen und diese in seinen Angebotsunterlagen kenntlich zu machen, die nach § 111 Abs. 2 GWB die Vergabekammer veranlassen, die Einsicht in die Akten zu versagen.

Der Auftraggeber ist bei Einleitung eines Nachprüfungsverfahrens verpflichtet, die Vergabeakten sofort der Vergabekammer zur Verfügung zu stellen (§ 110 Abs. 2 GWB). Ein Bieter hat sich daher in einem solchen Fall zur Durchsetzung seiner Geheimhaltungsinteressen unmittelbar an die Vergabekammer zu wenden.

4. Zuschlagskriterien

Der Zuschlag erfolgt auf das unter Berücksichtigung aller Umstände wirtschaftlichste Angebot. Die Reihenfolge der Zuschlagskrite-

rien stellt keine Rangfolge dar. Qualität (Pkt. 4.1) und Preis (Pkt. 4.2) werden im Verhältnis 70:30 gewertet.

Der Bieter hat die Leistungen in ihrer Gesamtheit anzubieten.

Das Angebot muss die unter 4.1 genannten Aspekte erfüllen. Danach bestimmt sich die Qualität des Angebotes.

Es wird berücksichtigt, wenn der Bieter Angaben zu einer Erstreckung des Auftrags auf weitere DMP's macht. Die Angaben sind für den Fall einer späteren Auftragsvergabe für den Bieter verbindlich. Der Bieter verpflichtet sich, zu dem von ihm hierfür angegebenen Preis die Dienstleistungen nach Maßgabe dieser Ausschreibeunterlagen im Falle eines späteren Auftrags für weitere chronische Erkrankungen zu erbringen.

4.1 Qualität des Produktes

4.1.1 Eingesetzte Hardware

Beschreibung der eingesetzten Hardware durch den Bieter und Beifügen geeigneter Nachweise über deren Einsatz.

4.1.2 Eingesetzte Software

Beschreibung der eingesetzten Software durch den Bieter. Dabei ist zu verdeutlichen, wie die Datenstellenprozesse softwaretechnisch umgesetzt werden. Ablichtungen von Lizenzverträgen sind beizufügen.

- 4.1.3 Qualität des Prozesses: Der Bieter hat den Prozess in einzelnen Schritten zu beschreiben. Es muss deutlich werden, wie der Beleg bzw. der Datenträger in den unterschiedlichen Schritten verarbeitet wird und wie der Verarbeitungsstand in der Datenbank bzw. über die Software nachvollzogen werden kann. Arbeitsanweisungen, Dokumentation, Controlling etc. können beigelegt werden.
- 4.1.4 Beschreibung der Qualifikation und Ausbildung des eingesetzten Personals (Nachweis der für die Aufgabenwahrnehmung ausreichenden Kenntnisse der deutschen Sprache, Schulungsmaßnahmen, Personalentwicklung etc.) durch den Bieter - unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufgabenstellung im Prozess, wie z.B. Poststelle, Operating, Systemadministration und Hotline.
- 4.1.5 Beschreibung der Verfügbarkeit/Anzahl des Personals (Zahl der für die Dienstleistung ausschließlich zur Verfügung stehenden, ggf. noch einzustellenden Mitarbeiter; individuelle Arbeitszeit in Stunden pro Woche) durch den Bieter - unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufgabenstellung im Prozess, wie z.B. Poststelle, Operating, Systemadministration und Hotline.
- 4.1.6 Beschreibung des Controlling.
- 4.1.7 Erläuterung, weshalb die Kapazität für eine Erstreckung des Auftrags auf weitere chronische Krankheiten sichergestellt ist.

4.2 Preis

4.2.1 Es ist ein Pauschalpreis für sämtliche unter 2.1 (S. 4 ff. dieser Verdingungsunterlagen) aufgeführten Dienstleistungen je Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Dokumentationsbogen im Zusammenhang mit der Erst- und Folgedokumentation sowie Arztreminder unter Verwendung der beigefügten Angebotsblätter, d.h. mit den dort vorgesehenen Aufsplittungen, gestaffelt nach Leistungsumfang und unterscheidend zwischen den Fällen beleghafter und belegloser Dokumentation anzubieten. Dieser Preis erfasst alle nach diesem Vertrag geschuldeten Leistungen einschließlich sämtlicher Personal-, Sach-, Material-, Einrichtungs- und sonstigen Nebenkosten sowie der Mehrwertsteuer nach dem zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Steuersatz. Der angebotene Pauschalpreis versteht sich als Komplettpreis und umfasst insbesondere auch solche Kosten, die durch Nachfragen, Aufklärungen, etc. entstehen können. Eine gesonderte Vergütung für solche Tätigkeiten wird nicht gewährt.

Nicht im Pauschalpreis enthalten sind lediglich die anfallenden Portokosten für Nachforderungen. Die tatsächlich Portokosten der Nachforderungen legt der Auftragnehmer im Verhältnis der betroffenen Versicherten auf die Krankenkassen um.

4.2.2 Der Auftragnehmer erhält eine Vergütung für jeden vollständig und fehlerfrei abgeschlossenen Vorgang gemäß Leistungsverzeichnis sowie dann, wenn ein Datenvorgang nicht erfolgreich

abgeschlossen werden kann, weil trotz Nachfordern durch den Auftragnehmer im geschuldeten Umfang der DMP-Arzt die jeweiligen Daten nicht vollständig bzw. fehlerfrei übermittelt hat, oder weil die Überprüfung der Arzt- und Krankenkassenteilnahme oder des Arzt-Versichertenbezugs zu einer Zurücksendung der Erst- bzw. Folgedokumentation bzw. Information an den Arzt führt.

- 4.2.3 Die Angebotspreise umfassen die Tätigkeit für alle zwei hier ausgeschriebenen Indikationen, so dass für alle Indikationen ein Preis angeboten wird und die abzurechnende Menge sich aus der Summe aller in einem Jahr für alle hier ausgeschriebenen Indikationen erbrachten Leistungen ergibt.

Es wird berücksichtigt, wenn der Bieter erklärt, im Falle einer Beauftragung auch seine Vergütung für Leistungen für weitere Indikationen nach dem Angebotsblatt abzurechnen, indem die p.a. abzurechnende Menge sich um die dann zusätzlich erbrachten Leistungen erhöht.

II. Leistungsverzeichnis

Das vom Auftragnehmer zu erbringende Leistungsspektrum ist in sechs Leistungsbereiche unterteilt. Der Auftragnehmer hat die Leistungen aus jedem Leistungsbereich anzubieten. Darüber hinaus sind die Anforderungen an die Kapazität der Dienstleistung und die Preise zu erfüllen. Die Besonderheiten im Zusammenhang mit der Erfüllung der Leistungen für BKK'n und IKK'n ergeben, sind in Abschnitt 5.7 bzw. 5.8 aufgeführt.

1. Leistungen im Zusammenhang mit der Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten

1.1 Entgegennahme der TE/EWE

Alle bei der Datenstelle eintreffenden TE/EWE müssen angenommen, mit Eingangsstempel (mit Firmenbezeichnung) versehen und als Datensatz generiert werden und in unveränderter Form sowie im Verbund verbleiben, d.h. eine Modifikation der Originale oder die Trennung von TE/EWE ist nicht erlaubt.

1.2 Prüfung auf Vollständigkeit und ggf. Nachforderung

Die Prüfung erfolgt:

- auf das Vorhandensein der notwendigen Unterschriften des Versicherten (Teilnahme **und** Einwilligung)

- auf das Vorhandensein der notwendigen Unterschrift des Arztes mit Arztstempel
- auf das Vorhandensein und die Plausibilität der notwendigen drei Datumsangaben
- auf das programmspezifische Kreuz bei Diabetes Typ 2
- und auf die Teilnahme des Arztes am jeweiligen Programm
- Teilnahme der Kassen am jeweiligen DMP-Programm
- Ersteinschreibung oder Arztwechsel.

Die Nachforderung ist notwendig, wenn o. g. Positionen nicht vollständig vorhanden sind. Die Nachforderungen erfolgen gegenüber dem teilnehmenden Arzt. Dazu muss dem Arzt eine Kopie der TE/EWE mit Kennzeichnung der fehlerhaften/fehlenden Angaben zugesandt werden, mit dem Hinweis, die Fehler auf der Kopie zu korrigieren bzw. fehlende Angaben zu ergänzen. Soweit der Arzt Nachfragen hat, muss die Datenstelle telefonisch Unterstützung bei der Fehlerkorrektur leisten.

Sofern der Vertragsarzt nicht als teilnehmender Vertragsarzt zu identifizieren ist (ggf. durch Abgleich der Arztnummer mit dem Arztstempel), wird umgehend die jeweilige KV dazu befragt, ob dieser Vertragsarzt sich neu eingeschrieben hat. TE/EWE von Ärzten, die nicht teilnehmen, werden an den Vertragsarzt zurückgesandt.

TE/EWE von Krankenkassen, die nicht teilnehmen, werden an die jeweiligen Ärzte zurückgesandt und es ergeht eine Information hierüber an den jeweiligen Krankenkassenverband.

1.3 Weiterleitung der TE/EWE

Die bei der Datenstelle an einem Tag eingegangenen Originale und von den Ärzten verbesserten/vervollständigten Kopien der TE/EWE müssen von der Datenstelle nach Entgegennahme gebündelt und unverändert auf gesichertem Transportweg an die jeweilige Krankenkasse und – sofern gewünscht – als Datensatz an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkassen weitergeleitet werden. Zudem ist eine Liste über die Versicherten, für die eine unvollständige TE/EWE eingegangen ist, zu erstellen und innerhalb der Protokollierung an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

1.4 Prüfung der TE/EWE auf eingegangene Komplementärbelege

Die Datenstelle prüft, ob für jede TE/EWE, deren Eingang länger als 14 Tage zurückliegt, eine Erstdokumentation bzw. – bei einem Arztwechsel im Rahmen der Indikation Brustkrebs – eine zugehörige Folgedokumentation eingegangen ist. Sollte zur TE/EWE kein Komplementärbeleg vorliegen, so wird die entsprechende Dokumentation in den wöchentlichen Nachforderungsprozess (siehe unten 3.8) aufgenommen und als fehlender Komplementärbeleg der TE/EWE gesondert aufgeführt.

1.5 Ausführungsfrist

Die entgegengenommenen TE/EWE eines Tages müssen unverzüglich, d.h. spätestens am folgenden Werktag an die jeweilige Krankenkasse oder datenannehmende Stelle weitergeleitet werden.

Die Liste über die unvollständigen und nachgeforderten TE/EWE wird mindestens einmal in der Woche an die jeweilige Krankenkasse übermittelt.

Der Prozess der Nachforderung ist in Abständen von 2 Wochen bis zum Ende des Zeitraums 10 Tagen plus 6 Wochen nach Ende des Erstellungsquartals von der Datenstelle ggf. mehrfach zu wiederholen.

1.6 Protokollierung

Zur Abrechnung mit den Auftraggebern bzw. den über ihre Verbände oder die IKK Hamburg am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen ist ein indikationsspezifisches Protokoll mit Versichertenbezug über

- eingegangene TE/EWE der vergangenen Kalenderwoche,
- eingegangene fehlerhafte TE/EWE der vergangenen Kalenderwoche,
- durchgeführte Nachforderungen,
- Im Nachforderungsverfahren befindliche TE/EWE,
- Versicherte mit mehreren TE/EWE (Hinweis auf kasseninterne Abklärung)

zu führen und monatlich an die jeweiligen Krankenkassen zu übermitteln. Ein Vergütungsanspruch gegenüber den Auftraggebern BKK Landesverband NORD, VdAK und AEV besteht nicht. Ebenso wenig besteht ein Vergütungsanspruch gegenüber der IKK Hamburg, soweit die Tätigkeit für andere Innungskrankenkassen erfolgt, die gegenüber der IKK Hamburg ihren Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben.

2. Verfahrensbeschreibung im Zusammenhang mit der elektronischen Datenübermittlung

Die nachstehende Prozessbeschreibung zur Umsetzung elektronischer DMP-Datenübermittlung ist zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt abgestimmt. Danach gilt zur Vereinfachung des Datenmanagements für Hamburg Folgendes:

1. Der DMP-Arzt erfasst die Datensätze (Daten der Erst- oder Folgedokumentation gemäß RSAV) elektronisch (z.B. mit PC und DMP-Praxissoftware). Zur Sicherung der Datenprozesse ist es zielführend, die Dokumentationen am Behandlungstag zu erstellen/speichern.
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 DMP-Arzt gesondert bestätigen muss. Ohne diese manuelle Bestätigung des Arztes kann der Dokumentationsdatensatz nicht gespeichert oder an die DMP-Datenstelle übermittelt werden (Anforderung an die DMP-Praxissoftware).
3. Die Datensätze werden auf einem Speichermedium gespeichert und vor Versand an die Datenstelle verschlüsselt. Die Datenträger sind mit Angaben zur DMP-Arzt Nummer, Arztname und Datum zu versehen. CD-ROMs sind mit geeignetem Permanent-Marker zu beschriften; für Disketten sollte ein Aufkleber genutzt werden.
4. Die vom DMP-Arzt nach Punkt 1 erfassten Datensätze werden in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst und 10-tägig an die Datenstelle übermittelt. Die Übermittlungsdatei wird auf Datenträgern (CD-ROM, Diskette) oder – sobald freigegeben – per Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle versendet.
5. Die Datenstelle nimmt den Datenträger/die Übermittlungsdatei mit den Datensätzen entgegen, prüft und verarbeitet diese. Kann ein Datenträger/die Übermittlungsdatei nicht verarbeitet werden, wird der dokumentierende Arzt umgehend informiert und aufgefordert, die Datenübermittlung erneut durchzuführen. Dieses Verfahren gilt auch, wenn die Datei-

en nicht von der Datenstelle entschlüsselt werden können oder eine Datei von der Datenstelle wegen inkompatiblem Dateiformat nicht verarbeitet werden kann.

6. Die Datenstelle prüft die verarbeitbaren Dateien auf Vollständigkeit und Plausibilität. Dabei werden die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmten, jeweils gültigen Plausibilitätsrichtlinien angewendet.
7. Die Datenstelle erzeugt je von der Arztpraxis übermittelter Datei eine Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ mit folgenden Angaben:
 - Arztnummer, Arztname und Praxisanschrift
 - Dateiname (der an die Datenstelle übermittelten Datei)
 - DMP-Indikation
 - Belegtyp (Erst-/Folgedokumentation)
 - Datensatz-Identifikationsnummer (Datensatz-ID)
 - DMP-Fallnummer
 - Versichertennummer
 - Versichertenname und -vorname
 - Name Krankenkasse
 - Seitenzahl
 - Unterschriftsdatum des Arztes (aus dem Datensatz, manuell erfasst und bestätigt)
 - Unterschrift des Arztes

Die Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ beinhaltet zu ihrer Identifizierung ein automatisch generiertes Listenerstellungsdatum. Die Bestätigungsliste wird nach Versichertenamen und DMP-Indikation sortiert. Bei mehrseitigen Listen generiert die Datenstelle auf jeder Seite der Liste den Textbaustein zur Bestätigung der Dokumentation durch den Arzt einschließlich dem Feld „Unterschrift/Vertragsarztstempel“, sodass jede einzelne Seite als selbständige Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ durch die Datenstelle verarbeitet werden kann.

8. Die Datenstelle trägt auf die Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ eine geeignete Kennzeichnung (Barcode-Unikat je Seite der Liste) auf, die eine automatisierte Zuordnung zu den Dokumentationsdatensätzen ermöglicht.
9. Die Datenstelle übermittelt die Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ unmittelbar nach Erhalt der Dokumentationsdaten an die jeweilige Arztpraxis mit der Bitte um Prüfung, Unterzeichnung und unmittel-

bare Rücksendung an die Datenstelle. Die Datenstelle übermittelt dem DMP-Arzt auf Anforderung ein Duplikat der Liste.

10. Sofern der DMP-Arzt bereits mittels Praxissoftware eine „Versandliste“ erstellt, erhält auch dieser eine Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ (vgl. Punkt 7) durch die Datenstelle als Bestätigung für den Inhalt der übermittelten Datei. Die Datenstelle führt die Aufgaben nach Punkt 7 bis 9 durch.
11. Der DMP-Arzt prüft die Versandliste inhaltlich und bestätigt mit Datum (optional) und Unterschrift, die Dokumentationen der dort aufgeführten Versicherten am jeweils zugeordneten Datum erstellt zu haben.
12. Der DMP-Arzt unterschreibt jede Seite der Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und sendet diese umgehend an die Datenstelle zurück. Vergütungsfähig sind nur solche Dokumentationen, deren unterschriebene Liste innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes in der Datenstelle eingegangen sind.
13. Die Datenstelle prüft, ob jede Seite der Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ unterschrieben und innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes in der Datenstelle vorliegt, archiviert die Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“ und stellt sicher, diese im Falle der Prüfungen nach § 15 a RSAV vorlegen zu können. Mögliche Streichungen von Dokumentationen auf der Bestätigungsliste durch den DMP-Arzt werden von der Datenstelle bei Posteingang berücksichtigt. Bei einem weitergehenden Änderungsbedarf zum Inhalt der Bestätigungsliste muss sich der DMP-Arzt auf den bekannten Kommunikationswegen an die Datenstelle wenden.
14. Die Datenstelle fordert ausstehende Listen regelmäßig (14-tägig) beim DMP-Arzt an. Hierzu erhält der DMP-Arzt jeweils eine Liste „Bestätigung Datenübermittlung eDMP“, die die noch zu bestätigenden Dokumentationen beinhaltet.
15. Die Datenstelle leitet innerhalb von 5 Tagen die DMP-Dokumentationsdaten an die jeweiligen DMP-Datenzentren der Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften und Gemeinsamen Einrichtungen weiter.
16. Stellt die Datenstelle fest, dass die unterschriebene Liste nicht innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes bei der Datenstelle vorliegt, werden die Dokumentationsdaten nicht an die Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften und Gemeinsamen Einrichtungen

gen weitergeleitet. Die Datenstelle informiert den DMP-Arzt, die Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften und Gemeinsamen Einrichtungen entsprechend.

17. 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, erneuten Unterschrift unter Angabe des Korrekturdatums und zügige Rückgabe an die Datenstelle zurück.
18. Der Korrekturprozess nach Punkt 17, der innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes 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 DMP-Arzt unterzeichnete Dokumentationsbogen wird archiviert. Die Dokumentationsdaten werden innerhalb von 5 Tagen an die jeweiligen DMP-Datenzentren der Krankenkassen, Arbeitsgemeinschaften und Gemeinsamen Einrichtungen weitergeleitet.
21. Die von den Ärzten an die Datenstelle übermittelten Datenträger sind nach der Erfassung der Daten umgehend unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu vernichten.

3. Leistungen im Zusammenhang mit der Erstdokumentation inkl. Diagnosesicherung

Um den Text nicht zu überfrachten, ist bei den Dokumentationen immer nur von a bzw. b - Datensätzen die Rede. Die Buchstaben stehen stellvertretend für die Datensätze 2a/b bei Diabetes Typ 2 und 4a/b bei Brustkrebs.

Die Daten „Diagnosesicherung“ bzw. „nach Diagnosesicherung“ ist bei den verschiedenen Indikationen in der RSAV § 28 f Abs. 2 Nr. 2 i.V. mit den Erstdokumentationsbögen nach Anlage 2b, 4b, 6b und 8b zu dieser Bestimmung wie folgt definiert:

Anlage 2b – Diagnosesicherung: Zeilen 1-13, nach Diagnosesicherung: ab Zeile 14ff

Anlage 4b – Diagnosesicherung: Zeilen 1-12, nach Diagnosesicherung: ab Zeile 13ff

3.1. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentation

3.1.1 Beleghafte Dokumentation

Alle bei der Datenstelle eingehenden Dokumentationsbögen müssen angenommen, mit Eingangsstempel versehen werden und in unveränderter Form verbleiben, d.h. eine Modifikation der Originale ist nicht erlaubt. Die Daten auf den entgegengenommenen Dokumentationsbögen müssen von der Datenstelle erfasst und elektronisch zwischengespeichert werden (siehe 3.3).

3.1.2 Beleglose Dokumentation

Die Datenstelle hat sicherzustellen, dass bei Übermittlung elektronischer Dokumentationsdaten durch den Arzt, diese in unveränderter Form in das EDV-System der Datenstelle einge-

speist und dort zwischengespeichert (siehe 3.3) werden können.

Die Datenstelle ist verpflichtet, elektronische Daten vom Arzt anzunehmen, die in dem zwischen KBV und Spitzenverbänden abgestimmten Format übermittelt wurden (s.a. Verfahrensbeschreibung oben II. 2. dieser Verdingungsunterlagen).

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind oben in Kapitel II. 2 enthalten.

3.2 Kontrolle der Arzt- und Kassenteilnahme

Die Datenstelle prüft, ob der Arzt, der das Dokument eingesandt hat, auch teilnehmender Arzt ist. Das Vorgehen entspricht der unter II. 4.3. dieser Verdingungsunterlagen beschriebenen Prüfung 1 und der dort beschriebenen Handlung.

Darüber hinaus prüft die Datenstelle die Teilnahme der Krankenkasse am jeweiligen DMP-Programm.

3.3 Kontrolle der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Erstdokumentation

Der DMP-Arzt hat gemäß der RSAV eine Frist von 10 Tagen nach Ablauf des Ausstellungsquartals für die Übermittlung der Erstdokumentation an die beauftragte Datenstelle. Die Dokumentation muss spätestens sechs Wochen nach Ablauf dieser Frist vollständig und plausibel an die jeweiligen Auftraggeber übermittelt sein. Sollte das Ende der Frist auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, so endet die Frist mit dem

darauffolgenden Werktag. (Aus Gründen der Vereinfachung werden diese Fristen im Folgenden mit „10 Tage plus 6 Wochen“ bezeichnet).

Die Datenstelle hat zu prüfen, ob das Eingangsdatum (Eingangsstempel) der Erstdokumentation in der Datenstelle vor Ablauf der 10 Tage plus 6 Wochen nach Ende des Ausstellungsquartals liegt. Falls ja, sind die in den Kapiteln 3.3 bis 3.16 beschriebenen Schritte durchzuführen. Falls das Eingangsdatum außerhalb der vorgenannten Frist liegt, führt die Datenstelle die genannten Schritte mit den folgenden Einschränkungen/Erweiterungen durch:

- Erfasste Dokumentationsdaten werden nicht weiter an die jeweilige Krankenkasse, die jeweilige GE und die jeweilige KV geschickt.
- Die Datenstelle informiert den Arzt schriftlich darüber, dass die Erstdokumentation nicht innerhalb von 10 Tagen eingegangen ist bzw. innerhalb von 6 Wochen nicht vollständig / plausibel vorliegt und dass er eine neue Erstdokumentation zu erstellen hat.
- Die Datenstelle informiert die jeweilige Krankenkasse darüber, dass eine Erstdokumentation für den Versicherten vorliegt, diese aber nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eingegangen ist. Diese Information erfolgt wöchentlich im Rahmen der Protokollierung.

- Die Datenstelle informiert unter Angabe der Arztnummer und der DMP-Fallnummer die GE und die KV darüber, dass eine Erstdokumentation vorliegt, diese aber nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eingegangen ist. Diese Information erfolgt einmal pro Quartal auf elektronischem Wege in verschlüsselter Form.

3.4 Prüfung bei erneuter Erstdokumentation

Erhält die Datenstelle eine Erstdokumentation für einen Versicherten, für den es bereits eine gültige Erstdokumentation gibt und ist das aus der ersten Erstdokumentation resultierende Arzt-Versichertenpaar nach Rückmeldung der Krankenkasse noch nicht beendet, ist wie folgt zu verfahren:

- Die Krankenkasse ist zu fragen, ob das bekannte Arzt-Versicherten-Paar zwischenzeitlich beendet wurde und im Rahmen der Protokollierung darüber zu informieren, dass eine weitere Erstdokumentation erfolgt ist.
- Ist das Paar beendet, so ist das bekannte Arzt-Versichertenpaar bei der Datenstelle zu aktualisieren und die Erstdokumentation gemäß Verdingungsunterlagen zu bearbeiten.
- Ist das bekannte Arzt-Versicherten-Paar nicht beendet worden, so ist die Erstdokumentation an den Arzt zurückzuschicken mit den Hinweis, dass bisher kein Arztwechsel vorliegt.

3.5 Zwischenspeicherung der Dokumentationsdaten und Trennung in Datensätze a/b

Die gemäß Kapitel 3.1 erfassten Daten sind unverzüglich nach der Erfassung zwischenzuspeichern. Dabei sind sie innerhalb der Datenstelle in folgenden drei Speichermedien zu speichern:

- Zwischenspeicher 1
Alle erfassten Datensätze (a und b) werden in einer Datenbank unverändert (d.h. nicht pseudonymisiert, mit Arzt- und Versichertenbezug) gespeichert.

- Zwischenspeicher 2
Die für die Krankenkassen bestimmten
 - Teildatensätze b, Diagnosesicherung der Erstdokumentation mit Arzt- und Versichertenbezug
 - Teildatensätze b nach der Diagnosesicherung folgende Zeilen der Erstdokumentation mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug

werden auf einem von den Zwischenspeichern 1 und 3 getrennten Medium gespeichert; hierbei ist von der Datenstelle eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 2 auf die jeweils anderen Zwischenspeicher erlaubt.

- Zwischenspeicher 3
Die für die jeweilige GE und die jeweilige KV bestimmten

- Teildatensätze a (mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug)

werden auf einem von den Zwischenspeichern 1 und 2 getrennten Medium gespeichert; hierbei ist von der Datenstelle eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 3 auf die jeweils anderen Zwischenspeicher erlaubt.

Es ist zu beachten, dass sich die zwischengespeicherten Teildatensätze stets auf einem im Sinne des Datenschutzes sicheren Medium befinden.

Auf Mitteilung der jeweiligen Datenempfänger oder nach Ablauf von 10 Tagen plus 6 Wochen nach Ablauf des Ausstellungsquartals sind die Daten auf den Zwischenspeichern 2 und 3 zu löschen. Die Auftraggeber können im Ausnahmefall diese Frist verlängern. Nach vollständiger Löschung der Zwischenspeicher 2 und 3 und Archivierung der Erstdokumentationen (vgl. 3.10) wird der Zwischenspeicher 1 gelöscht.

3.6 Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität

Die Datenstelle muss die Teildatensätze a und b jeweils auf Vollständigkeit und Plausibilität prüfen. Dabei sind die innerhalb der Spitzenverbände der Krankenkassen abgestimmten jeweils gültigen „Richtlinien zur Vollständigkeit und Plausibilität der Daten“ (siehe Anlagen

„Plausibilitätsrichtlinien“) anzuwenden. Die Datenstelle prüft zudem die Teilnahme des Arztes an dem Programm. Sofern der Vertragsarzt nicht als teilnehmender Vertragsarzt zu identifizieren ist, wird umgehend die KV dazu befragt, ob dieser Vertragsarzt sich neu eingeschrieben hat. Erstdokumentationen von Ärzten, die nicht teilnehmen, werden an den Vertragsarzt zurückgesandt.

Ergibt die Prüfung, dass die Teildatensätze a und b vollständig und plausibel sind, werden diese entsprechend Kapitel 5 und 6 weitergeleitet. Im Falle von auftretenden Fehlern wird mit den Daten wie in Kapitel 3.8 beschrieben verfahren.

3.7 Prüfung der Erstdokumentation auf eingegangene Komplementärbelege

Die Datenstelle prüft, ob für jede Erstdokumentation, deren Eingang länger als 14 Tage zurückliegt, eine TE/EWE eingegangen ist. Sollte zur Erstdokumentation kein entsprechender Komplementärbeleg vorliegen, so wird die entsprechende TE/EWE in den 14-tägigen Nachforderungsprozess aufgenommen und als fehlender Komplementärbeleg der Erstdokumentation gesondert aufgeführt.

3.8 Nachforderung unvollständiger bzw. unplausibler Daten

Für alle unvollständigen und/oder unplausiblen Dokumentationen im Sinne des Kapitels 3.6 sind von der Datenstelle die vollständigen und plausiblen Daten beim Arzt nachzufordern.

3.8.1 Nachforderung bei beleghafter Dokumentation

Im Falle des beleghaften Dokumentationsverfahrens mit dem DMP-Arzt ergeben sich folgende Dienstleistungsaufgaben für die Datenstelle:

- erfasste Datensätze sind zwischenspeichern (s. Kapitel 3.5)
- auf Anforderung sind die entsprechenden Datensätze aus dem Zwischenspeicher 2 an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse unter Angabe des Fehlerstatus in den betreffenden Datensatzsegmenten zu übermitteln (s. Kapitel 5)
- dem Arzt muss eine Kopie des Dokumentationsbogens mit Kennzeichnung der fehlerhaften/fehlenden Angaben zugesandt werden, mit dem Hinweis, die Fehler auf der Kopie zu korrigieren bzw. fehlende Angaben zu ergänzen. Gleichzeitig wird der Arzt darauf hingewiesen, dass er auf dem korrigierten/ergänzten Dokumentationsbogen ein aktuelles (Änderungs-)Datum vermerken und erneut unterschreiben muss.
- soweit der Arzt Nachfragen hat, muss die Datenstelle telefonisch Unterstützung bei der Fehlerkorrektur leisten.

Nach Eingang der Kopie mit korrigierten/ergänzten Daten sind die Prozesse der Erfassung, Zwischenspeicherung und Überprüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit erneut durchzuführen (s. Kapitel 3.1 bis 3.5). Bei wiederholtem Auftreten von Fehlern bei den korrigierten/ergänzten Daten, sind die vorstehend beschriebenen Schritte zu wiederholen.

Der Prozess der Nachforderung ist in Abständen von maximal 2 Wochen bis zum Ende des Zeitraums von 10 Tagen plus 6 Wochen nach Ablauf des Erstellungsquartals ggf. mehrfach zu wiederholen.

Sollte nach Ablauf der v.g. Frist weiterhin kein vollständiger und plausibler Dokumentationsbogen vorliegen, wird der Prozess der Nachforderung abgebrochen und

- die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse, die KVH und die GE mit Status der Erstdokumentation darüber informiert, dass der Prozess der Nachforderung erfolglos beendet wurde

Die zu korrigierenden/ergänzenden Kopien der Dokumentationsbögen werden einmal pro Woche an den jeweiligen Arzt gebündelt verschickt.

3.8.2 Nachforderungen bei belegloser Erstdokumentation

Bei elektronischer Übermittlung der Dokumentationsdaten durch den Arzt fallen für die Datenstelle die Dienstleistungsaufgaben analog zu Kapitel 3.8.1 an. Bezüglich der elektronischen Übermittlung sind folgende Punkte zu beachten:

- der Arzt wird beleghaft aufgefordert, seine Daten zu korrigieren bzw. zu ergänzen.
- alle Datensätze werden elektronisch archiviert (siehe Kapitel 3.10)

Die zu korrigierenden/ergänzenden Korrekturmeldungen werden einmal pro Woche gebündelt an den jeweiligen Arzt zurückgesandt. Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind oben in Kapitel II.2. enthalten.

3.9 Pseudonymisierung der a-Datensätze

Für die Datenweiterleitung an die GE und an die KVH ist bei den erfassten a-Datensätzen der Versicherten-Bezug zu pseudonymisieren. Das Verfahren der Pseudonymisierung wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt. Alle Versichertenstammdaten mit Ausnahme des Geburtsjahres (also Vor- und Nachname, Geburtstag und -monat) werden gelöscht.

Es ist sicherzustellen, dass eine Wiederherstellung des Versichertenbezugs im Rahmen des § 28 f Absatz 2 der RSAV auf Anfrage der Arbeitsgemeinschaft möglich ist. In einem solchen Fall ist der Versichertenbezug auf Basis der gespeicherten Daten (Verschlüsselungsverfahren) wiederherzustellen und die entsprechenden Dokumentationsdaten sind der Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung zu stellen. Über die Repseudonymisierung und Datenweiterleitung ist ein Protokoll zu erstellen.

3.10 Archivierung der Erstdokumentationsbögen

Alle bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationsdaten sind zu archivieren. Für die Archivierung gilt, dass

- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze haben

- nach Ablauf von 7 Jahren die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze zu vernichten bzw. die Datensätze zu löschen sind (die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr)
- die Dokumentationen bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und kurzfristig für Prüfzwecke durch die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können; die Datenstelle hat sicherzustellen, dass die jeweilige Aufsichtsbehörde die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Aufsichtsbehörde eine Prüfung der archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, muss die Datenstelle sicherstellen, dass ausschließlich der (die) mit der Prüfung beauftragte(n) Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde die entsprechenden Unterlagen erhält (erhalten)
- die eingesetzte Archivierungs-Technologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit / Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen,
- der Auftragnehmer ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, das er mit den Auftraggebern abstimmt.

3.10.1 Beleghafte Erstdokumentation

Im Falle der Archivierung des beleghaften Dokumentationsverfahrens sind der eingegangene Dokumentationsbogen sowie alle seine eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen-/ ergänzungen physisch (d.h. in Papierform) für 7 Jahre zu archivieren. Die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten zu beachten.

3.10.2 Beleglose Erstdokumentation

Bei beleglosem Dokumentationsverfahrens werden die in elektronischer Form eingegangenen Datensätze in elektronischer Form gespeichert. Folgende Vorgaben sind dabei zu beachten:

- die Archivierungszeit beträgt für die elektronisch eingegangenen Datensätze 7 Jahre, die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr
- die Datensätze sind gemäß den Standards der elektronischen Datenarchivierung im Sozialversicherungssektor auf einem dazu geeigneten und gesetzlich erlaubten Medium zu speichern
- die Datensätze sind in einem Read-Only-Format zu speichern.

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind oben in Kapitel II. 2. enthalten.

3.11 Protokollierung

Die Datenstelle verpflichtet sich, eine indikationsspezifische Protokollierung der eingegangenen Erstdokumentationen durchzuführen und eine wöchentliche Auswertung an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkassen, an alle am Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen sowie an die KVH zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl eingegangener Dokumentationen der vergangenen Woche
- Anzahl eingegangener Dokumentationen KK gesamt

- Anzahl der fehlerhaften Dokumentationen:
 - Anzahl am Stichtag (letzter Tag im Monat) fehlerhafter Dokumentationen
 - Anzahl der Originale, die bei Eingang in diesem Monat fehlerhaft waren
- Anzahl von Dokumentationen, die nach Ablauf von 10 Tagen plus 6 Wochen eingegangen sind
- Anzahl der durchgeführten Nachforderungen, versichertenbezogen und mit Anzahl der Nachforderungen
- Anzahl von Dokumentationen, bei denen die maximale Nachforderungsfrist von 10 Tagen plus 6 Wochen erfolglos verstrichen ist
- Anzahl aller Ärzte, die im vergangenen Monat dokumentiert haben
- Anzahl der Ärzte, die zumindest eine unvollständige oder unplausible Dokumentation geliefert haben
- weitere Parameter können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

Alle Inhalte der Protokollierungen werden für die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen versichertenbezogen erstellt und an die jeweilige Krankenkasse versandt.

Die Datenstelle archiviert alle Protokolle.

3.12 Information an die KVH

Nach Rückmeldung der Krankenkassen an den Auftragnehmer über die korrekte Einschreibung ihres jeweiligen Versicherten (siehe 5.4), erstellt die beauftragte Datenstelle für jedes Quartal einen arztbezogenen Nachweis der vollständig und plausibel erbrachten sowie fristgerecht eingegangenen Erstdokumentationen, zu denen es dazugehö-

rende TE/EWE gibt und übermittelt diese zu Abrechnungszwecken innerhalb von 15 Kalendertagen nach Ablauf der 10 Tage plus 6 Wochen nach Ende des Quartals als Datei an die KVH. Solange das Rückmeldeverfahren der Krankenkasse noch nicht funktioniert, erstellt die Datenstelle den arztbezogenen Nachweis für die KVH auf Basis ihrer Daten.

Zusätzlich erhält die KVH für jedes Quartal eine Liste der nach der Nachforderungsfrist noch unvollständigen oder unplausiblen Datensätze unter Angabe des Fehlergrunds.

3.13 Information an die GE über die Qualität der gelieferten Daten

Die Datenstelle verpflichtet sich, eine Protokollierung der eingegangenen Erstdokumentationen durchzuführen und eine monatliche arztbezogene Auswertung an die GE zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl und Art der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen des vergangenen Monats; mit Angabe, ob die 10 Tagesfrist eingehalten wurde
- Anzahl und Art der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen; getrennt nach unvollständig und/oder unplausibel
- Anzahl und Art der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen, bei denen die maximale Nachforderungsfrist erfolglos verstrichen ist.

3.14 Information an den DMP-Arzt

Die Datenstelle verpflichtet sich, getrennt nach Indikationen eine Protokollierung der von dem jeweiligen DMP-Arzt übermittelten Erstdokumentationen durchzuführen und eine monatliche Auswertung an den jeweiligen DMP-Arzt zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl und Art der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen des vergangenen Monats,
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten vollständigen und plausiblen Dokumentationen,
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten, der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen getrennt nach unvollständig und/oder unplausibel mit Angabe des Fehlergrundes.

3.15 Information an die DMP-Datenzentren

Die Datenstelle übermittelt den DMP-Datenzentren bzw. den jeweiligen Krankenkassen pro Monat einen indikations- und versichertenbezogenen Nachweis der plausibel und vollständig erbrachten sowie fristgerecht eingegangenen Einschreibungen.

3.16 Ausführungsfristen

Die Datenstelle hat ihre Leistungen unverzüglich zu erbringen, insbesondere hat sie

- innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang eines jeden Dokumentationsbogens die Arzt- und Kassenteilnahme sowie die Einhaltung der Frist für die Einreichung der Dokumentation zu kontrollieren, die Dokumentationsdaten zwischenspeichern und in Datensätze a/b zu trennen, die Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen, die Datensätze a und b zu pseudonymisieren und im geschuldeten Umfang an die jeweilige Krankenkasse, die jeweilige KV und die jeweilige GE zu übermitteln;
- im Falle eines fehlerhaften Prüfergebnisses bei der Kontrolle der Arzt- und Kassenteilnahme innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Erstdokumentation die gegenüber der jeweiligen Krankenkasse sowie dem jeweiligen DMP-Arzt zu erbringenden Handlungen vorzunehmen;
- im Falle der Nichteinhaltung der Frist für die Einreichung der Erstdokumentation durch den DMP-Arzt innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang eines jeden Dokumentationsbogens den DMP-Arzt, im geschuldeten Umfang zu informieren;
- im Falle mangelnder Plausibilität bzw. Vollständigkeit von Daten diese innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Dokumentationsbögen bzw. innerhalb von 5 Werktagen nach Ablauf von 14 Tagen seit Eingang des ersten Belegs den

Komplemetärbeleg nachzufordern und nach deren erneuten Übermittlung durch den DMP-Arzt innerhalb von 5 Werktagen die geschuldeten Leistungen zu wiederholen;

- in Abständen von maximal 14 Tagen die Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Daten bzw. fehlender Komplementärbelege zu wiederholen, wenn diese nicht zwischenzeitlich vom DMP-Arzt übermittelt wurden;
- zum Wochenbeginn jeweils die Protokollierung für die vergangene Woche an die Krankenkassen zu senden, bis zum 15. des Folgemonats die Protokollierung sowie die quartalsmäßigen bzw. monatlichen Informationen an die KV, die GE über die Qualität der gelieferten Daten sowie die jeweiligen DMP-Ärzte vorzunehmen.

4. Leistungen in Zusammenhang mit der Folgedokumentation

4.1 Entgegennahme und Erfassung der Folgedokumentation

4.1.1 Beleghafte Folgedokumentation

Alle bei der Datenstelle eintreffenden Folgedokumentationsbögen müssen angenommen, mit einem Eingangstempel versehen werden und in unveränderter Form verbleiben, d.h. eine Modifikation der Originale ist nicht erlaubt. Die Daten auf den entgegengenommenen Bögen müssen von der Datenstelle nach Entgegennahme erfasst und elektronisch zwischengespeichert werden (s. Kapitel 4.4).

4.1.2 Beleglose Folgedokumentation

Die Datenstelle hat sicherzustellen, dass bei Übermittlung elektronischer Dokumentationsdaten durch den Arzt diese in unveränderter Form in das EDV-System der Datenstelle eingespeist und dort zwischengespeichert werden können (s. Kapitel 4.4).

Die Datenstelle ist verpflichtet, elektronische Daten vom Arzt anzunehmen, die in dem zwischen KBV und Spitzenverbänden abgestimmten Format übermittelt wurden.

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind in Kapitel II. 2. enthalten.

4.2 Kontrolle der Einhaltung der Frist für die Einreichung der Folgedokumentation

Der DMP-Arzt hat gemäß der RSAV eine Frist von 10 Tagen nach Ablauf des Erstellungsquartals für die Übermittlung der Folgedokumentation an die beauftragte Datenstelle. Die Dokumentation muss spätestens sechs Wochen nach Ablauf dieser Frist vollständig und plausibel an die jeweiligen Auftraggeber übermittelt sein. Sollte das Ende der Frist auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, so endet die Frist mit dem darauffolgenden Werktag. (Aus Gründen der Vereinfachung werden diese Fristen im Folgenden mit „10 Tage plus 6 Wochen“ bezeichnet).

Die Datenstelle hat zu prüfen, ob das Eingangsdatum (Eingangsstempel) der Folgedokumentation in der Datenstelle innerhalb von 10 Ta-

gen plus 6 Wochen nach Ablauf des Ausstellungsquartals liegt. Falls ja, sind die in den Kapiteln 4.3 bis 4.14 beschriebenen Schritte durchzuführen. Falls das Eingangsdatum außerhalb der vorgenannten Frist liegt, führt die Datenstelle die genannten Schritte mit den folgenden Einschränkungen/Erweiterungen durch:

- Erfasste Dokumentationsdaten werden nicht weiter an die jeweilige Krankenkasse bzw. datenannehmende Stelle, die GE und die KVH geschickt.
- Die Datenstelle informiert den Arzt schriftlich darüber, dass die Folgedokumentation nicht innerhalb von 10 Tagen eingegangen ist bzw. innerhalb von 6 Wochen nicht vollständig/plausibel vorliegt, und dass er eine neue Folgedokumentation zu erstellen hat.
- Die Datenstelle informiert die jeweilige Krankenkasse darüber, dass eine Folgedokumentation für den Versicherten vorliegt, diese aber nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eingegangen ist. Diese Information erfolgt einmal pro Woche im Rahmen der Protokollierung in verschlüsselter Form auf elektronischem Wege.
- Die Datenstelle informiert unter Angabe der Arztnummer und der KV-Nr. die GE und die KVH darüber, dass eine Folgedokumentation vorliegt, diese aber nicht innerhalb der vorgegebenen Frist eingegangen ist. Diese Information erfolgt einmal pro Quartal auf elektronischem Wege.

4.3. Überprüfung des korrekten Arzt-Versicherten-Bezugs

Die Datenstelle erhält von der jeweiligen Krankenkasse eine Information über das sog. „Arzt-Versicherten-Paar“ (siehe Kapitel 5.4), da Folgedokumentationen nur von dem im Rahmen der Einschreibung festgelegten Vertragsarzt gültig sind und eine entsprechende Prüfung durch die Datenstelle erfolgen muss. Solange die jeweilige Krankenkasse die Information über das „Arzt-Versicherten-Paar“ aus technischen Gründen nicht melden kann, legt die Datenstelle ein vorläufiges „Arzt-Versicherten-Paar“ für diese Krankenkasse an. Die Datenstelle hat diese Information sowie alle etwaigen Änderungen, die von der jeweiligen Krankenkasse der Datenstelle mitgeteilt werden, zu speichern (Arzt-Versicherten-Paar-Historisierung). Die Informationen sind so lange zu speichern, bis die jeweilige Krankenkasse der Datenstelle eine Information zum Löschen der Historie schickt. Die Datenstelle erhält für die Prüfung des Arzt-Versicherten-Bezugs von der jeweiligen KV regelmäßig, mindestens zweimal monatlich in elektronischer Form, das Vertragsarztverzeichnis über die am DMP teilnehmenden Ärzte.

Bei jeder eingehenden Folgedokumentation hat die Datenstelle neben der Prüfung, ob die Krankenkasse am jeweiligen DMP-Programm teilnimmt, verschiedene Prüfläufe in folgender Reihenfolge durchzuführen:

- Prüfung 1

Zuerst muss überprüft werden, ob der Arzt, welcher die Folgedokumentation übermittelt hat, gemäß jeweiliger aktueller KV-Liste ein DMP-Arzt ist (im folgenden als Prüfung 1 bezeichnet). Sofern

der Vertragsarzt nicht als teilnehmender Arzt zu identifizieren ist, wird umgehend die jeweilige KV dazu befragt, ob sich für diesen Vertragsarzt die Vertragsarzt-Nummer geändert hat.

Prüfung 2

Im zweiten Schritt muss überprüft werden, ob der Versicherte, für die die Folgedokumentation eingegangen ist, ein am DMP teilnehmender Versicherter ist; dies ist anhand der in der Datenstelle vorliegenden Information über bestehende Arzt-Versicherten-Paare (s.o.) zu leisten (im folgenden als Prüfung 2 bezeichnet).

▪ Prüfung 3

Bei erfolgreicher Prüfung in den beiden vorgenannten Fällen ist im Anschluss von der Datenstelle zusätzlich die Zusammengehörigkeit von Arzt und Versichertem anhand der in der Datenstelle vorliegenden Information über bestehende Arzt-Versicherten-Paare (s.o.) zu untersuchen (im folgenden als Prüfung 3 bezeichnet).

Verlaufen alle vorgenannten Prüfungen erfolgreich, so hat die Datenstelle wie in den Kapiteln 4.4 ff. unten beschrieben mit den Folgedokumentationsdaten zu verfahren.

In Bezug auf fehlerhafte Prüfergebnisse sind im Folgenden alle möglichen Ergebniskombinationen dargestellt sowie die mit dem jeweiligen Ergebnis verbundenen Handlungen, welche die Datenstelle im entsprechenden Fall durchzuführen hat:

Prüfung 1 erfolgreich?	Prüfung 2 erfolgreich ?	Prüfung 3 Erfolgreich ?	Prüfergebnis Nr.
nein	nein	nicht notwendig	1
nein	ja	nicht notwendig	2
ja	nein	nicht notwendig	3
ja	ja	nein	4

Bei Prüfergebnis 1 und 2 von der Datenstelle durchzuführende Handlungen:

- Information an die jeweilige Krankenkasse über das jeweilige Prüfergebnis,
- Rücksendung der Folgedokumentation an den Arzt,
- Information des Arztes, dass er kein DMP-Arzt gemäß aktueller KV-Liste ist und die Folgedokumentation aus diesem Grund nicht vergütet wird,
- Information des Arztes über die Möglichkeiten der Teilnahme als DMP-Arzt.

Bei Prüfergebnis 3 von der Datenstelle durchzuführende Handlungen:

- Information an die jeweilige Krankenkasse über das jeweilige Prüfergebnis
- Zunächst ist die Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse, ob es sich bei dem Versicherten, für welchen die Folgedokumentation ausgefüllt worden war, um ihren Versicherten handelt und er am DMP teilnimmt oder nicht, abzuwarten. Je nach Rück-

meldung der Krankenkasse sind folgende Handlungen durchzuführen:

Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse nicht um ihren Versicherten,

- muss die Folgedokumentation an den Arzt zurückgesandt werden, mit der Mitteilung, dass es sich nicht um einen Versicherten der vom Arzt genannten Krankenkasse handelt und dass weitere Folgedokumentation aus diesem Grund nicht vergütet werden.

Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse um ihren Versicherten, der jedoch nicht am DMP teilnimmt,

- muss die Folgedokumentation an den Arzt zurückgesandt werden mit der Information, dass es sich zwar um einen Versicherten der Krankenkasse handelt, dieser Versicherte jedoch noch nicht am DMP teilnimmt und die Folgedokumentation aus diesem Grund nicht vergütet wird.

Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse um ihren Versicherten, der am DMP teilnimmt,

- ist diese Information der Datenstelle zu übermitteln, die ihre Daten entsprechend aktualisieren muss und dann mit den Folgedokumentationsdaten wie in den Kapiteln 4.4 ff. unten beschrieben zu verfahren hat.

Bei Prüfergebnis 4 von der Datenstelle durchzuführende Handlungen:

- Prüfung der Datenstelle, ob eine TE/EWE von dem Arzt für diesen Versicherten vorliegt. Ist dies der Fall, handelt es sich um einen Arztwechsel und die Folgedokumentation ist gültig und zu bearbeiten (Ausnahme Diabetes Typ 2: hier ist bei einem Arztwechsel eine TE/EWE plus Erstdokumentation erforderlich).

Andernfalls ist wie folgt zu verfahren:

- Information an die jeweilige Krankenkasse über das jeweilige Prüfergebnis.
- Zunächst ist die Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse, ob der entsprechende Versicherte einen neuen DMP-Arzt gewählt hat (Umschreibung) bzw. ob das Arzt-Versicherten-Paar doch richtig ist oder nicht, abzuwarten. Je nach Rückmeldung der Krankenkasse sind folgende Handlungen durchzuführen:
Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse um ein richtiges Arzt-Versicherten-Paar,
 - muss das Arzt-Versicherten-Paar entsprechend aktualisiert werden und
 - hat die Datenstelle mit den Folgedokumentationsdaten wie in den Kapiteln 4.4 ff unten beschrieben zu verfahren.

Handelt es sich nach Mitteilung der jeweiligen Krankenkasse um einen fehlerhaften Arzt-Versicherten-Bezug,

- muss die Folgedokumentation an den Arzt zurückgesandt werden mit der Information, dass der Versicherte einen anderen DMP-Arzt hat und dass zur Änderung des DMP-Arztes zunächst eine Umschreibung mit neuer TE/EWE durchgeführt werden muss und dass weitere Folgedokumentationen aus diesem Grund nicht vergütet werden.

In den Fällen der Rücksendung der Folgedokumentation an den Arzt sind die erfassten Folgedokumentationsdaten von der Datenstelle unwiederbringlich zu löschen. Eine Weiterleitung der Teildatensätze an die unterschiedlichen Stellen erfolgt in diesen Fällen nicht.

4.4 Zwischenspeicherung der Folgedokumentationsdaten und Trennung in Datensätze a/b

Die gemäß Kapitel 4.1 erfassten Daten sind – vorbehaltlich der Ausführungen nach 4.3 oben – unverzüglich nach der Erfassung zwischenspeichern. Dabei sind sie innerhalb der Datenstelle in folgenden drei Speichermedien zu speichern:

- Zwischenspeicher 1

Alle erfassten Datensätze (a und b) werden in einer Datenbank unverändert (d.h. nicht pseudonymisiert, mit Arzt- und Versichertenbezug) gespeichert

- Zwischenspeicher 2

Die für die Krankenkassen bestimmten

- Teildatensätze b (Folgedokumentation mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug)

werden auf einem von den Zwischenspeichern 1 und 3 getrennten Medium gespeichert; hierbei ist von der Datenstelle eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 2 auf die jeweils anderen Zwischenspeicher erlaubt

- Zwischenspeicher 3

Die für die jeweilige GE und die jeweilige KV bestimmten

- Teildatensätze a (mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug)

werden auf einem von den Zwischenspeichern 1 und 2 getrennten Medium gespeichert; hierbei ist von der Datenstelle eine solche EDV-Lösung einzusetzen, die keinen Lese- bzw. Schreibzugriff vom Zwischenspeicher 3 auf die jeweils anderen Zwischenspeicher erlaubt

Es ist zu beachten, dass sich die zwischengespeicherten Datensätze stets auf einem im Sinne des Datenschutzes sicheren Medium befinden.

Auf Mitteilung der jeweiligen Datenempfänger oder nach Ablauf von 10 Tagen plus 6 Wochen nach Ablauf des Erstellungsquartals sind die

Daten auf den Zwischenspeichern unwiederbringlich zu löschen. Die Auftraggeber können im Ausnahmefall diese Frist verlängern.

4.5 Überprüfung der Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit

Die erfassten Datensätze a und b werden jeweils auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Dabei sind die innerhalb der Spitzenverbände der Krankenkassen abgestimmten „Richtlinien zur Vollständigkeit und Plausibilität der Daten“ (siehe Anlage „Plausibilitätsrichtlinie“) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.

Ergibt die Prüfung, dass die Teildatensätze a und b vollständig und plausibel sind, werden diese entsprechend Kapitel 5 und 6 weitergeleitet. Im Falle von auftretenden Fehlern wird mit den Daten wie in Kapitel 4.6 beschrieben verfahren.

4.6 Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten

Für alle unvollständigen und/oder unplausiblen Dokumentationen im Sinne des Kapitels 4.5 sind von der Datenstelle die vollständigen und plausiblen Daten beim Arzt nachzufordern.

4.6.1 Nachforderung bei beleghafter Folgedokumentation

Im Falle des beleghaften Dokumentationsverfahren mit dem DMP-Arzt ergeben sich folgende Dienstleistungsaufgaben für die Datenstelle:

- erfasste Datensätze sind zwischenspeichern (s. Kapitel 4.4)
- die entsprechenden Datensätze aus dem Zwischenspeicher 2 sind auf Anforderung an die datenannehmenden Stelle der jeweiligen Krankenkasse unter Angabe des Fehlerstatus in den betreffenden Datensatzsegmenten zu übermitteln (s. Kapitel 5)

Dem Arzt muss eine Kopie des Dokumentationsbogens mit Kennzeichnung der fehlerhaften/fehlenden Angaben zugesandt werden, mit dem Hinweis, die Fehler auf der Kopie zu korrigieren bzw. fehlende Angaben zu ergänzen. Gleichzeitig wird der Arzt darauf hingewiesen, dass er auf dem korrigierten/ergänzten Dokumentationsbogen ein aktuelles (Änderungs-)Datum vermerken und erneut unterschreiben muss.

Soweit der Arzt Nachfragen hat, muss die Datenstelle telefonische Unterstützung bei der Fehlerkorrektur leisten.

Nach Eingang der Kopie mit korrigierten/ergänzten Daten sind die Prozesse der Erfassung, Zwischenspeicherung und Überprüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit erneut durchzuführen (s. Kapitel 4.1 und 4.3 bis 4.5). Bei wiederholtem Auftreten von Fehlern bei den korrigierten/ergänzten Daten sind die vorstehend beschriebenen Schritte zu wiederholen.

Der Prozess der Nachforderung ist in Abständen von 2 Wochen bis zum Ende des Zeitraums von 10 Tagen plus 6 Wochen

nach Ablauf des Ausstellungsquartals durch die Datenstelle ggf. mehrfach zu wiederholen.

Sollte nach Ablauf der v.g. Frist weiterhin kein vollständiger und plausibler Dokumentationsbogen vorliegen, wird der Prozess der Nachforderung abgebrochen und

- die jeweilige Krankenkasse, die zuständige KV und die GE darüber informiert, dass der Prozess der Nachforderung erfolglos beendet wurde
- alle gemäß Kapitel 4.4 zwischengespeicherten Datensätze gelöscht
- die bis dato eingegangenen Dokumentationsbögen archiviert.

4.6.2 Nachforderung bei belegloser Folgedokumentation

Bei elektronischer Übermittlung der Dokumentationsdaten durch den Arzt fallen für die Datenstelle die Dienstleistungsaufgaben analog zu Kapitel 4.6.1 an. Bezüglich der elektronischen Übermittlung sind folgende Punkte zu beachten:

- der Arzt wird beleghaft aufgefordert, seine Daten zu korrigieren bzw. zu ergänzen.

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind in Kapitel II. 2. enthalten.

4.7 Pseudonymisierung der a-Datensätze

Für die Datenweiterleitung an die GE und an die KV ist bei den erfassten Datensätzen a der Versicherten-Bezug zu pseudonymisieren. Die Pseudonymisierung wird für jeden Versicherten von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt. Alle Versichertenstammdaten mit Ausnahme des Geburtsjahres (also Vor- und Nachname, Geburtstag und -monat) werden gelöscht.

Es ist sicherzustellen, dass eine Wiederherstellung des Versichertenbezugs im Rahmen des § 28 f Absatz 2 der RSAV auf Anfrage der Arbeitsgemeinschaft möglich ist. In einem solchen Fall ist der Versichertenbezug auf Basis der gespeicherten Daten (Verschlüsselungsverfahren) wiederherzustellen und die entsprechenden Dokumentationsdaten sind der Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung zu stellen.

4.8 Archivierung der Folgedokumentationsbögen

Alle bei der Datenstelle eingegangenen Dokumentationsdaten sind zu archivieren. Für die Archivierung gilt, dass

- nur befugte Personen der Datenstelle Zugriff auf die archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze haben
- nach Ablauf von 7 Jahren, (die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr), die archivierten Dokumentationen zu vernichten bzw. die Datensätze zu löschen sind
- die Dokumentationen bzw. Datensätze so zu archivieren sind, dass sie jederzeit und kurzfristig für Prüfungszwecke durch die Auf-

sichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können; die Datenstelle hat sicherzustellen, dass die jeweilige Aufsichtsbehörde die Prüfung in den Räumlichkeiten der Datenstelle vornehmen kann. Erfolgt auf Wunsch der Aufsichtsbehörde eine Prüfung der archivierten Dokumentationen bzw. Datensätze außerhalb der Räumlichkeiten der Datenstelle, muss die Datenstelle sicherstellen, dass ausschließlich der (die) mit der Prüfung beauftragte(n) Mitarbeiter der Aufsichtsbehörde die entsprechenden Unterlagen erhält (erhalten)

- die eingesetzten Archivierungs-Technologien den aktuellen Erkenntnissen zur Haltbarkeit / Datensicherheit entsprechen und eine verlustfreie Rekonstruktion der erfassten Daten zulassen
- der Auftragnehmer ein Archivierungskonzept vorzulegen hat, das er mit den Auftraggebern abstimmt.

4.8.1 Beleghafte Folgedokumentation

Im Falle der Archivierung des beleghaften Dokumentationsverfahrens sind der eingegangene Dokumentationsbogen sowie alle seine eingegangenen Kopien mit Datenkorrekturen-/ergänzungen physisch (d.h. in Papierform) für genau 7 Jahre zu archivieren. Die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten zu beachten.

4.8.2 Beleglose Folgedokumentation

Bei beleglosem Dokumentationsverfahren werden die in elektronischer Form eingegangenen Datensätze in elektronischer Form gespeichert. Folgende Vorgaben sind dabei zu beachten:

- die Archivierungszeit beträgt für die elektronisch eingegangenen Datensätze 7 Jahre (die Frist beginnt mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr)
- die Datensätze sind gemäß den Standards der elektronischen Datenarchivierung im Sozialversicherungssektor auf einem dazu geeigneten und gesetzlich erlaubten Medium zu speichern
- die Datensätze sind in einem Read-Only-Format zu speichern.

Weitere Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung sind in Kapitel II. 2. enthalten.

4.9 Protokollierung

Die Datenstelle verpflichtet sich, eine indikations- und versichertenbezogene Protokollierung der eingegangenen Folgedokumentationen durchzuführen und eine wöchentliche Auswertung an die jeweilige Krankenkasse (einschließlich der über ihre Verbände bzw. die IKK Hamburg an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen) und die KVH zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl eingegangener Dokumentationen des vergangenen Monats,
- Anzahl eingegangener Dokumentationen nach KK,
- Anzahl der fehlerhaften Dokumentationen:
 - Anzahl der zum Stichtag (letzter Tag im Monat) fehlerhaften Dokumentationen,

- Anzahl der Originale, die bei Eingang in diesem Monat fehlerhaft waren.
- Anzahl von Dokumentationen, die nach Ablauf von 10 Tagen plus 6 Wochen eingegangen sind,
- Anzahl der durchgeführten Nachforderungen, versichertenbezogen und mit Anzahl der Nachforderungen,
- Anzahl von Dokumentationen, bei denen die maximale Nachforderungsfrist von 10 Tagen plus 6 Wochen erfolglos verstrichen ist,
- Anzahl aller Ärzte, die im vergangenen Monat dokumentiert haben,
- Anzahl der Ärzte, die zumindest eine unvollständige oder unplausible Dokumentation geliefert haben,
- weitere Parameter können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

Alle Inhalte der Protokollierungen werden für die Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen versichertenbezogen erstellt und an die jeweilige Krankenkasse versandt.

Die Datenstelle archiviert alle Protokolle.

4.10 Information an die KVH

Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal unter Angabe der Versicherungsnummer einen arztbezogenen Nachweis der vollständig und plausibel erbrachten sowie fristgerecht eingegangenen Folgedokumentationen getrennt nach Indikationen und übermittelt diese zu Abrechnungszwecken innerhalb von 15 Kalendertagen nach Ende des Quartals als Datei an die KVH.

Zusätzlich erhält die KVH eine Liste der nach der Nachforderungsfrist noch unvollständigen oder unplausiblen Datensätze unter Angabe des Fehlergrundes.

4.11 Information an die DMP-Datenzentren

Die Datenstelle übermittelt den DMP-Datenzentren für den KV Bezirk Hamburg pro Monat einen indikationsspezifischen und versichertenbezogenen Nachweis der plausibel und vollständig erbrachten sowie fristgerecht eingegangenen Folgedokumentationen.

4.12 Information an die GE über die Qualität der gelieferten Daten

Die Datenstelle verpflichtet sich, getrennt nach Indikationen eine Protokollierung der eingegangenen Folgedokumentationen durchzuführen und eine monatliche arztbezogene Auswertung an die jeweilige GE zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Anzahl der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen des vergangenen Monats
- Art und Anzahl der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen, getrennt nach unvollständig und/oder unplausibel
- Art und Anzahl der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen, bei denen die maximale Nachforderungsfrist erfolglos verstrichen ist.

4.13 Information an den DMP-Arzt

Die Datenstelle verpflichtet sich, eine Protokollierung der von dem jeweiligen DMP-Arzt übermittelten Folgedokumentationen getrennt nach Indikationen durchzuführen und eine monatliche Auswertung an den jeweiligen DMP-Arzt zu übermitteln, welche folgende Parameter enthält:

- Art und Anzahl der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten Dokumentationen des vergangenen Monats
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten vollständigen und plausiblen Dokumentationen
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten fehlerhaften Dokumentationen getrennt nach unvollständig und/oder unplausibel mit Angabe des Fehlergrundes.
- Indikation, KV-Nr. sowie Name und Vorname des Versicherten der von dem jeweiligen DMP-Arzt an die Datenstelle übermittelten bei Eingang verfristeten Dokumentation.

4.14 Ausführungsfrist

Der Auftragnehmer hat seine Leistungen unverzüglich zu erbringen, insbesondere hat er

- innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang eines jeden Dokumentationsbogens die Einhaltung der Frist für die Einreichung

der Folgedokumentation zu kontrollieren, den korrekten Arzt-Versichertenbezug zu überprüfen, die Dokumentationsdaten zwischenzuspeichern und in Datensätze a bzw. b zu trennen, die Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen, die a-Datensätze zu pseudonymisieren und im geschuldeten Umfang an die jeweilige Krankenkasse, die KVH sowie die GE zu übermitteln;

- im Falle der Nichteinhaltung der Frist für die Einreichung der Folgedokumentation durch den DMP-Arzt diesen innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang eines jeden Dokumentationsbogens im geschuldeten Umfang zu informieren;
- im Falle mangelnder Plausibilität bzw. Vollständigkeit von Daten diese innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Dokumentationsbögen nachzufordern und nach deren erneuten Übermittlung durch den DMP-Arzt innerhalb von 5 Werktagen die geschuldeten Leistungen zu wiederholen;
- in Abständen von zwei Wochen die Nachforderung unplausibler bzw. unvollständiger Daten zu wiederholen, wenn diese nicht zwischenzeitlich vom DMP-Arzt übermittelt werden;
- im Falle des fehlerhaften Prüfergebnisses bei der Überprüfung des korrekten Arzt-Versichertenbezuges innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Folgedokumentation die gegenüber der jeweiligen Krankenkasse sowie dem jeweiligen DMP-Arzt zu erbringenden Handlungen vorzunehmen; dieselbe Frist gilt für die nach Eingang der Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse vorzunehmenden Handlungen. Führt die Rückmeldung der jeweiligen Krankenkasse zu dem Ergebnis, dass die Datenstelle ihre Daten aktualisieren muss, sind innerhalb von 5 Werktagen nach Eingang der Rückmeldung die Daten entsprechend dem

Leistungsverzeichnis vollständig zu bearbeiten und an die entsprechenden Stellen zu übermitteln;

- zum Wochenbeginn jeweils die Protokollierung für die vergangene Woche an die Krankenkassen zu senden, bis zum 15. eines jeden Folgemonats die Protokollierung sowie die quartalsmäßig bzw. monatlich zu erbringende Informationen an die KV, die GE über die Qualität der gelieferten Daten sowie die jeweiligen DMP-Ärzte vorzunehmen.

5. Besonderheiten für die Leistungen im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten zwischen der Datenstelle und den Krankenkassen.

5.1 Trennung der Datensätze

Nach Entgegennahme, Speicherung und Prüfung der eingegangenen Dokumentationsbögen (Erst- und Folgedokumentationsbogen) in der Datenstelle werden die Dokumentationsdaten für die Krankenkassen folgendermaßen getrennt:

Erstdokumentation

Teildatensatz b, Diagnosesicherung mit Arzt- und Versichertenbezug
Teildatensatz b, alle auf die Diagnosesicherung folgenden Zeilen mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug)

Folgedokumentation

Teildatensatz b (mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug)

5.2 Übermittlung der Datensätze

Die Teildatensätze b, Diagnosesicherung mit Arzt- und Versichertenbezug werden je nach Wunsch der Auftraggeber entweder nur vollständig und plausibel oder unabhängig von ihrem Fehlerstatus unmittelbar an die datenannehmende Stelle der jeweiligen Krankenkasse übermittelt. Die Datenübertragung erfolgt per elektronischer Datenübermittlung. Die Daten werden verschlüsselt übermittelt.

Die Teildatensätze der b-Zeilen der Erstdokumentation, die auf die Diagnosesicherung folgen, mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug sowie die Folgedokumentation mit Versichertenbezug und ohne Arztbezug werden in Dateien zusammengefasst und zweimal pro Woche an die jeweilige datenannehmende Stelle der Krankenkasse übermittelt.

5.3 Spezifizierung der zu übermittelnden Daten

Die an die Krankenkassen zu übermittelnden Datensätze müssen im EDIFACT-Format entsprechend „Technische Anlage zur Übermittlung von Dokumentationsdaten“ oder auf Wunsch einzelner Vertragspartner für diese im CSV-Format übermittelt werden. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass den Krankenkassen das für die RSA-wirksame Einschreibung des Versicherten notwendige (jüngste) Unterschriftendatum mitgeteilt wird, an dem die vollständige und plausible Dokumentation erstellt wurde.

5.4 Rückmeldung der Krankenkassen an die Datenstelle

Die Datenstelle erhält im Rahmen der Einschreibung eines Versicherten von der jeweiligen Krankenkasse über das RDE-Segment (siehe Technische Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten) des Datensatzes oder ein anderes Rückmeldesystem eine Information über die am DMP teilnehmenden Versicherten und den jeweils zuständigen DMP-Arzt. Sollte dies nicht der Fall sein, muss die Datenstelle das Arzt-Versicherten-Paar für ihre Unterlagen selbst bilden.

Dieses sog. „Arzt-Versicherten-Paar“ setzt sich zusammen aus der KV-Nr. für den Versicherten und der Arztnummer des DMP-Arztes für diese Versicherten. Das sog. Arzt-Versicherten-Paar wird von der Datenstelle zur Prüfung des Arzt-Versicherten-Bezugs (siehe Kapitel 4.2) benötigt.

Die jeweiligen Krankenkassen führen aufgrund der übermittelten Datensätze jeweils eine Versicherten-Anspruchsprüfung durch. Stellt sie hierbei fest, dass für einen Versicherten, für den ein Datensatz übermittelt wurde, kein Versicherungsanspruch besteht, teilt sie dies der Datenstelle ggf. über das RDE-Segment des Datensatzes mit. Die Datenstelle löscht den entsprechenden Datensatz in den Zwischenspeichern.

Weiterhin informiert die jeweilige Krankenkasse die Datenstelle über jegliche Änderungen wichtiger Versichertendaten, wie z.B. Änderung der KV-Nummer und das Ausscheiden von Versicherten aus dem DMP. Die Datenstelle hat eine Historisierung der Versichertendaten durchzuführen (alle Datenänderungen speichern).

Sind die an die jeweilige Krankenkasse übermittelten Datensätze vollständig, plausibel, technisch korrekt und besteht ein Versicherungsanspruch für Versicherte, für die ein Datensatz übermittelt wurde, erfolgt eine Rückmeldung an die Datenstelle. Alle Datensätze, die als korrekt zurückgemeldet werden, müssen bei der Datenstelle auf Anordnung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich gelöscht werden.

Treten bei der Übermittlung der von der Datenstelle generierten Datei technische Fehler auf, müssen alle von dem Fehler betroffenen Datensätze nach Überprüfung und eventueller Fehlerkorrektur von der Datenstelle erneut an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden.

5.5 Online Retrieval System für ein zeitnahes DMP-Case Management und qualitative Überwachung des Reminder Systems

Der Auftragnehmer 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 Workflow-Daten werden zeitnah (angestrebt wird 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 eine Verbindung auf Basis Secure Socket Layer (SSL) zu verwenden.

Da die Auftraggeber unterschiedliche nachgelagerte Verarbeitungsstrukturen besitzen, stellt der Auftragnehmer für die Auswertung der Daten eine einheitliche, vorzugsweise Browserlösung zu Verfügung. Diese sollte es den Fachabteilungen der Auftraggeber gestatten, DMP-Fälle als komplexe Vorgänge nach Ärzten oder Versicherten auszuwerten.

Verarbeitet der Auftragnehmer die TE/EWE, ist diese als Image aufzublenden.

Versichertenbezogen wird eine lückenlose Auflistung aller Dokumente mit Aussagen zu Plausibilität und Eingangsfristen sowie fehlender Dokumentationen ermöglicht.

5.6 Qualitätssicherungsworkshops

Im Rahmen des Datenstellenvertrags verpflichtet sich der Auftragnehmer regelmäßig, ggf. quartalsweise Qualitätssicherungsworkshops mit Mitarbeitern der Auftraggeber durchzuführen und entsprechend vorzubereiten. Die Meetings dienen dem Ziel, Probleme zu klären den Umgang mit bestimmten Fallkonstellationen zu besprechen und damit die Prozesse im Rahmen der DMP-Datenverarbeitung zu optimieren.

5.7 Besonderheiten für BKK'n

- Protokollierungen nach den Ziffern 1.6, 3.11 und 4.9 des Leistungsverzeichnisses werden direkt an die BKK'n versandt, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt erklärt haben.

- Die Information nach Ziffer 3.8.1 und 4.6.1 über den erfolglos beendeten Nachforderungsprozess erfolgt abweichend direkt an die jeweilige BKK.
- 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 NORD ihren Beitritt erklärt hat.
- Der BKK-Landesverband NORD stellt regelmäßig dem Auftragnehmer eine Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen, welche diese Vereinbarung anerkannt haben, zur Verfügung mit der Information, an welche Adresse die Dokumentationsbögen 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.

5.8 Besonderheiten für Innungskrankenkassen

- Protokollierungen nach den Ziffern 1.6, 3.11 und 4.9 des Leistungsverzeichnisses werden direkt an die Innungskrankenkassen versandt, die gegenüber der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt haben.
- Die Information nach Ziffer 3.8.1 und 4.6.1 über den erfolglos beendeten Nachforderungsprozess erfolgt abweichend direkt an die jeweilige IKK.
- Ein Vergütungsanspruch für die Leistungen im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung für die teilnehmenden Krankenkassen besteht

nur gegenüber der jeweiligen IKK, die gegenüber der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt hat.

- Die IKK Hamburg 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 (ZAS)) für Daten geschaffen. Sofern nichts Abweichendes von der IKK Hamburg mitgeteilt wurde, sind die Daten und Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Rechnungen der außerhamburgischen Innungskrankenkassen direkt an die Clearingstelle zu senden.
- Sollten Innungskrankenkassen die IKK Hamburg nicht zur Antragstellung auf Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ 2 und/oder Brustkrebs und ggf. weiterer strukturierten Behandlungsprogramme bevollmächtigt haben oder den Antrag selbst stellen oder gegenüber der IKK Hamburg 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 zu liefern.

6. Besonderheiten für die Leistungen im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten zwischen der Datenstelle und der Gemeinsamen Einrichtung bzw. der KVH

6.1 Trennung und Übermittlung der Datensätze

Nach Entgegennahme, Speicherung und Prüfung der eingegangenen Dokumentationsbögen (Erst- und Folgedokumentation) in der Datenstelle werden die Dokumentationsdaten getrennt. Nach der Trennung der Dokumentationsdaten werden die Teildatensätze a der Erstdokumentation bzw. Folgedokumentation (mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug) an die GE und die KVH übermittelt.

Dabei werden nur vollständige und plausible Datensätze an die GE und die KVH übermittelt.

Die zu übermittelnden Datensätze werden in Dateien zusammengefasst und einmal wöchentlich an die GE bzw. KV übermittelt.

6.2 Spezifizierung der zu übermittelnden Daten

Die an die KVH bzw. GE zu übermittelnden Datensätze müssen im XML-Format, das durch die KBV definiert wird, geliefert werden.

6.3 Rückmeldung der Gemeinsamen Einrichtung bzw. KVH an die Datenstelle

Sind die an die GE bzw. KVH übermittelten Datensätze vollständig, plausibel und technisch korrekt, erfolgt jeweils eine Rückmeldung an die Datenstelle. Alle Datensätze, die als korrekt zurückgemeldet werden, müssen bei der Datenstelle unverzüglich gelöscht werden.

Treten bei der Übermittlung der von der Datenstelle generierten Datei technische Fehler auf, müssen alle von dem Fehler betroffenen Datensätze nach Überprüfung und eventueller Fehlerkorrektur von der Datenstelle erneut an die GE bzw. KVH übermittelt werden.

Die Datenstelle erhält von der KVH in regelmäßigen Abständen ein aktualisiertes Verzeichnis der am DMP-Vertrag teilnehmenden Ärzte in Excel-Format.

7. Leistungen im Zusammenhang mit der Übertragung von Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

7.1 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 folgenden Sachverhalte informiert wird

- Übersicht der Dokumentationen, die in diesem Quartal eingehen müssen.

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.

7.2. Datenweitergabe an den externen Evaluator

Die Datenstelle hat die Aufgabe, alle in der DMP-Datenbank gespeicherten und abgeschlossenen Datensätze an den von den Auftraggebern bestimmten externen Evaluator zu übermitteln^x. 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 dem selben 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.

^x Sofern mehrere Evaluatoren gewählt wurden, werden die im Rubrum benannten Auftraggeber die datenannehmenden Stellen (Evaluatoren) benennen.

Da die Krankenkassen dem Evaluator weitere Daten mit dem selben Pseudonym übermitteln müssen, ist diesem das Pseudonymisierungsmodell von der Datenstelle gleichfalls zur Verfügung zu stellen.

III. Allgemeine Vertragsbedingungen

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Ausführung von Leistungen, Teil B (VOL/B) in der Fassung 2003 (BANz. Nr. 178 a vom 23.09.2003) sowie die ergänzenden Vertragsbedingungen für die Beschaffung von IT-Leistungen (EVB-IT-Dienstleistung) in der Fassung vom 01.04.2002 werden mit unverändertem Inhalt Bestandteil des nach Zuschlagserteilung abzuschließenden Vertrages über die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten im Rahmen der Disease-Management-Programme (siehe Anlage), soweit in den folgenden Vertragsbestandteilen nichts anderes bestimmt ist.

Bestandteil des Vertrages sind nacheinander:

- Die Regelungen des Vertrages nebst dort aufgeführten Anlagen
- I. und II. dieser Verdingungsunterlagen
- Datenschutzvereinbarung und Datenschutzmaßnahmen des Auftragnehmers
- das Aufforderungsschreiben zur Abgabe eines Angebotes
- Das Angebot des Auftragnehmers der Ausschreibung
- Die Besonderen Vertragsbedingungen in IV. dieser Verdingungsunterlagen
- Die ergänzenden Vertragsbedingungen für die Beschaffung von IT-Leistungen (EVB IT-Dienstleistung)
- Die Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Ausführung von Leistungen, Teil B (VOL/B)

IV. Besondere Vertragsbedingungen

1. Art und Umfang der Leistungen (zu § 1 VOL/B)

Die Auftraggeber schließen gleichzeitig im Namen der DMP-Ärzte Verträge mit den Auftragnehmern ab, die die Vertragsärzte mit ihrer jeweiligen Teilnahmeerklärung genehmigen. Der Auftragnehmer ist den dem jeweiligen DMP-Arzt gegenüber zur Leistung entsprechend dem vorliegenden Vertrag, insbesondere entsprechend den Verdingungsunterlagen, verpflichtet. Ansprüche des Auftragnehmers gegen die jeweiligen Vertragsärzte entstehen nicht.

Die einzelnen Auftraggeber bzw. die Krankenkassen, die gegenüber dem Auftraggeber BKK-Landesverband NORD bzw. der IKK Hamburg ihren Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben bzw. die Mitgliedskassen des VdAK und des AEV sind in unterschiedlicher Weise berechtigt, die vom Auftragnehmer nach der Leistungsbeschreibung geschuldeten Leistungen abzufordern und diesbezüglich Pflichtverletzungen geltend zu machen, je nach dem, wie diese Leistungen nach der Leistungsbeschreibung gegenüber den einzelnen Auftraggebern zu erbringen sind. Wegen der Einzelheiten wird auf § 2 des nach Zuschlagserteilung abzuschließenden Vertrages verwiesen.

2. Änderungen der Leistung (zu § 2 VOL/B)

Die Auftraggeber haben das Recht, die Aufgaben des Auftragnehmers zu ändern und zu ergänzen, soweit dies für den Auftragnehmer zumutbar ist, insbesondere nicht mit Mehrkosten für den Auftragnehmer verbunden ist oder die Auftraggeber sich bereit erklären, entstehende Mehrkosten zu übernehmen. Insbesondere können die Auftraggeber

- die Teilnahmeerklärungen/Einwilligungserklärung, Dokumentationsbögen, das Format, in dem die Dokumentationsdaten übermittelt werden sollen, Protokollierungen oder die Plausibilitätsprüfrichtlinien anpassen.

Die Auftraggeber haben darüber hinaus das Recht, die Aufgaben des Auftragnehmers zu ändern, zu ergänzen, zu verringern und zu erweitern, soweit dies der Anpassung an Änderungen der gesetzlichen oder rechtlichen Bestimmungen zum Disease-Management-Programm, das den Gegenstand dieses Vertrages bildet, oder diesbezügliche gerichtliche oder behördliche Entscheidungen bzw. Anordnungen dient oder es aufgrund der technischen Abwicklung für die Auftraggeber wirtschaftlicher ist, von dem Auftragnehmer geschuldete Leistungen durch die Auftraggeber am Disease-Management-Programm selbst erbracht werden. In diesem Fall sind die Parteien verpflichtet, auf der Basis der von dem Auftragnehmer im Rahmen dieser Ausschreibung zugrunde gelegten Kalkulation eine Einigung über die Mehr- und Mindervergütung zu erzielen.

3. Kontrolle der Ausführung der Leistung (zu § 4 Nr. 2 VOL/B)

Der Auftragnehmer erbringt seine Leistungen mängelfrei nach Maßgabe der vertraglichen Vereinbarungen (einschließlich der Anlagen) sowie dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses. Der Auftragnehmer wird die Auftraggeber über nach Vertragsschluss eintretende Änderungen des Standes von Wissenschaft und Technik, die möglicherweise Auswirkungen auf den Vertragsgegenstand haben unverzüglich informieren. Alle von dem Auftragnehmer zur Erfüllung seiner Leistungen eingesetzten Mitarbeiter

müssen die zur ordnungsgemäßen Vertragserfüllung notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen sowie Sprachkenntnisse haben.

Die Leistungserbringung durch den Auftragnehmer hat im Einklang mit den rechtlichen Vorschriften zu erfolgen. Insbesondere sind die Vorgaben des ärztlichen Standes- und Wettbewerbsrechts sowie des Datenschutzrechts einzuhalten. Der Auftragnehmer hat insbesondere die sich für ihn aus den datenschutzrechtlichen Vorschriften des abzuschließenden Vertrages über die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten im Rahmen des Disease-Management-Programm Diabetes ergebenden Verpflichtungen zu beachten.

Der Auftragnehmer muss eine orts- und zeitnahe Zusammenarbeit mit den Auftraggebern und den Krankenkassen, für die sie handeln, gewährleisten. Der Sitz des Auftragnehmers darf es den DMP-Ärzten nicht erschweren, die 10-Tages-Übermittlungsfrist einzuhalten.

Jeder der Auftraggeber und Krankenkasse, für die sie handeln, kann sich unter Wahrung der jeweiligen Datenschutzbestimmungen und Zugriffsrechte über die vertragsgemäße Ausführung der Leistungen unterrichten und in die sie betreffende Datenbank Einsicht nehmen.

Die schriftliche und mündliche Kommunikation ist ausschließlich in deutscher Sprache zu führen.

4. Freistellung von Ansprüchen Dritter

4.1 Der Auftragnehmer hat die Auftraggeber, sowie die BKK'n und IKK'n, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD bzw. der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt haben, und die Mitgliedskassen des VdAK und des AEV von allen Ansprüchen Dritter freizustellen,

die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag aus einer fehlerhaften Leistung oder sonstigem Vertragsverstoß des Auftragnehmers ergeben.

- 4.2 Der Auftragnehmer verpflichtet sich, zur Abdeckung solcher Risiken ausreichende Versicherungen abzuschließen. Diese Versicherungen sind gegenüber den Auftraggebern nachzuweisen.

5. Vertraulichkeit und Datenschutz

- 5.1 Der Auftragnehmer ist in eigener Verantwortung verpflichtet, die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Hierzu hat der Auftragnehmer im einzelnen folgenden Anforderungen nachzukommen und die technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen:

- Einrichtung und Betrieb einer Zugangskontrolle, die Unbefugten den Zugang zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen personenbezogene oder personenbeziehbare Daten verarbeitet werden, verwehrt,
- Einrichtung und Betrieb einer Datenträgerkontrolle, die verhindert, dass Datenträger unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können,
- Einrichtung und Betrieb einer Speicherkontrolle, die eine unbefugte Eingabe in den Speicher sowie die unbefugte Kenntnisnahme, Veränderung oder Löschung gespeicherter personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten verhindert,

- Einrichtung und Betrieb einer Benutzerkontrolle, die verhindert, dass Datenverarbeitungssysteme mit Hilfe von Einrichtungen zur Datenübertragung von Unbefugten genutzt werden können,
- Einrichtung und Betrieb einer Zugriffskontrolle, die gewährleistet, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können,
- Einrichtung und Betrieb einer Übermittlungskontrolle, die gewährleistet, dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen personenbezogene oder personenbeziehbare Daten durch Einrichtungen zur Datenübertragung übermittelt werden können,
- Einrichtung und Betrieb einer Eingabekontrolle, die gewährleistet, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, welche personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten zu welcher Zeit von welcher Person in Datenverarbeitungssysteme eingegeben worden sind,
- Einrichtung und Betrieb einer Auftragskontrolle, die gewährleistet, dass bei der Verarbeitung von personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten nur nach den Weisungen des Auftraggebers verfahren wird,
- Einrichtung und Betrieb einer Transportkontrolle, die verhindert, dass bei der Übertragung von personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten sowie beim Transport von Datenträgern die Daten unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können,

- Einrichtung und Betrieb einer Organisationskontrolle, die gewährleistet, dass die innerbetriebliche Organisation so gestaltet ist, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes gerecht wird. Eine vollständige Protokollierung ist durchzuführen. Lösungen der Protokolle sind nur mit vorheriger Zustimmung des Auftraggebers durchzuführen. Über die Lösung ist ein Protokoll zu erstellen.

Weiter ist gegenüber den Auftraggebern ein Ansprechpartner und Verantwortlicher des Auftragnehmers für die rechtlichen und tatsächlichen Belange des Datenschutzes zu benennen (Datenschutzbeauftragter).

- 5.2 Die Vertragsparteien verpflichten sich gegenseitig, über alle von ihnen in Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages erlangten Kenntnisse und Informationen auch über das Ende der Vertragslaufzeit hinaus Stillschweigen zu bewahren. Alle von Auftraggebern zur Verfügung gestellten Auskünfte und erlangten Informationen jeglicher Art dürfen ausschließlich bei der Zusammenarbeit der Vertragsparteien zur Erfüllung dieses Vertrages verwendet werden. Die Vertragsparteien werden diese Verpflichtungen auch ihren Mitarbeitern auferlegen.
- 5.3 Die Vertragsparteien werden alle in Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages erlangten Kenntnisse und Informationen nur für den vertraglichen Zweck nutzen, zu dem sie übermittelt worden sind und nicht ohne die vorherige schriftliche Zustimmung des jeweiligen anderen Vertragspartners Dritten zugänglich zu machen oder gegenüber Dritten verwenden. Das Zustimmungserfordernis gilt nicht für gesetzlich vorgesehene Auskünfte gegenüber Behörden.

6. Kündigung (zu § 8 VOL/B)

Die Laufzeit des Vertrages ist unbefristet. Er kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden, erstmals zum 31.12.2006. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grunde bleibt hiervon unberührt. Als ein wichtiger Grund gilt stets die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen (§ 4 des abzuschließenden Vertrages) Datenschutzbestimmungen durch den Auftragnehmer.

Der Auftragnehmer verpflichtet sich ferner sicherzustellen, dass bei den Grundsätzen der Unternehmensführung nicht die „Technologie von L. Ron Hubbard“ angewendet, gelehrt oder in sonstiger Weise verbreitet wird. Bei Verstoß gegen vorstehende Versicherung sind die Auftraggeber berechtigt, den Vertrag aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Weitergehende Rechte bleiben unberührt.

Jeder Auftraggeber kann den Vertrag für sich kündigen. Kündigt die Arbeitsgemeinschaft oder die Gemeinsame Einrichtung, kann auch jeder andere Auftraggeber ohne Einhaltung einer Frist den Vertrag für sich zum selben Termin kündigen. Kündigt eine auftraggebende Krankenkasse oder ein auftraggebender Krankenkassenverband für sich, berührt dies den Fortbestand des Vertrages gegenüber den übrigen Vertragspartnern nicht. Kündigen sämtliche auftraggebende Krankenkassen und auftraggebende Krankenkassenverbände oder die KVH, kann auch die Arbeitsgemeinschaft und die GE ohne Einhaltung einer Frist zu dem Termin kündigen, an dem die letzte Kündigung der Auftraggeber wirksam wird.

Kündigt einer oder kündigen sämtliche Auftraggeber diesen Vertrag aus außerordentlichem Grund, den der Auftragnehmer zu vertreten hat, hat der Auftragnehmer den kündigenden Auftraggebern den Schaden zu ersetzen, der ihnen jeweils infolge der Kündigung entsteht.

7. Vertragsstrafe (zu § 11 VOL/B)

Erbringt der Auftragnehmer aus Gründen, die in seinem Risikobereich liegen bzw. die er zu vertreten hat, die von ihm nach diesem Vertrag geschuldeten Leistungen nicht oder nicht fehlerfrei innerhalb der für die jeweilige Leistung vereinbarten Ausführungsfristen, steht der jeweils betroffenen Krankenkasse (einschließlich der BKK'n und IKK'n, die gegenüber dem Landesverband NORD bzw. der IKK Hamburg ihren Beitritt erklärt haben, und den Krankenkassen, die dem VdAK und dem AEV angehören) für jeden Kalendertag der Fristüberschreitung eine pauschalierte Vertragsstrafe in folgender Höhe zu:

- Im Zusammenhang mit der Teilnahmeerklärung / Einwilligungserklärung:
EUR 1,00 PRO TE/EWE
- im Zusammenhang mit der Erst- oder Folgedokumentation:
EUR 2,00 pro Dokumentationsvorgang
- im Zusammenhang mit Arztremindern:
EUR 2,00 pro Reminder

Der Vertragsstrafenanspruch ist der Höhe nach begrenzt auf 10 v.H. der Rechnungssumme, die dem Auftragnehmer im Falle einer fehlerfreien Leistungserbringung gegenüber sämtlichen Auftraggebern in dem Zeitraum, für den eine Vertragsstrafe beansprucht wird, zustände.

Die Vertragsstrafe wird auf eine pauschalierte Schadensersatzleistung nach folgender Ziffer 8 angerechnet.

8. Pflichtverletzung (zu § 14 VOL/B)

- 8.1 Eine fehlerhafte Leistung der Datenstelle liegt vor, wenn sie ihre vertraglichen Leistungen, insbesondere die in Anlage 1 genannten Tätigkeiten, nicht oder nicht mit der gebotenen Sorgfalt durchführt und infolge dessen die Leistung, insbesondere die vollständige und korrekte Bearbeitung eines Vorgangs nach Anlage 1 nicht erbracht werden kann. Eine fehlerhafte Leistung liegt nicht vor, wenn trotz ordnungsgemäßer Nachforderung kein vollständiger und plausibler Dokumentationsbogen vorliegt.
- 8.2 Erbringt der Auftragnehmer eine fällige Leistung nicht oder nicht wie geschuldet kann der jeweilige Auftraggeber bzw. die Krankenkasse, demgegenüber der Auftragnehmer die jeweilige Leistung schuldet, nachdem er dem Auftragnehmer eine angemessene Frist zur Leistung seiner Erfüllung bestimmt hat, die Leistung selbst vornehmen und Ersatz der erforderlichen Aufwendungen, Minderung, Schadensersatz oder gemäß § 284 BGB Ersatz vergeblicher Aufwendungen verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Auftragnehmer die Pflichtverletzungen nicht zu vertreten hat.
- 8.3 Darüber hinaus haftet der Auftragnehmer für alle Schäden und hierbei insbesondere für entgangene Beitragsbedarfszuweisungen im Risikostrukturausgleich, die durch eine Pflichtverletzung des Auftragnehmers entstehen, es sei denn, der Auftragnehmer hat die Pflichtverletzung nicht zu vertreten. Dies gilt insbesondere für Verletzungen der Pflichten des Auftragnehmers nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen des abzuschließenden Vertrages (§ 4) die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten

im Rahmen der Disease-Management-Programme. Der Auftragnehmer übernimmt die Haftung für Schäden des jeweiligen Auftraggebers bzw. der Krankenkasse und Dritter, die bei der unzulässigen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der Daten entstehen. Der Auftragnehmer bestätigt, sich gegen die Inanspruchnahme wegen Verletzung von Datenschutzvorschriften hinreichend versichert zu haben und wird dies jedem Auftraggeber auf Anforderung nachweisen.

8.4 Ist die Erbringung einer fehlerfreien Leistung unmöglich oder die nach Absatz 2 gesetzte Frist abgelaufen, kann der zuständige Auftraggeber einen pauschalierten Schadensersatz verlangen, und zwar für

1. jeden dem jeweiligen DMP-Datenzentrum der Krankenkasse(n) nicht oder nicht vertragsgerecht zur Verfügung gestellten Datensatz einer erfassten bzw. nicht korrekt erfassten Teilnahme-/Einwilligungserklärung 150 EUR,
2. jedem dem jeweiligen DMP-Datenzentrum der Krankenkasse(n) nicht oder nicht vertragsgerecht zur Verfügung gestellten Dokumentationsdatensatz (b-Daten) jeweils 150 EUR,
3. alle der KVH nicht oder nicht vertragsgemäß zur Verfügung gestellten Dokumentationsdatensätze (a-Daten) jeweils 150 EUR,
4. alle der Gemeinsamen Einrichtung nicht oder nicht vertragsgemäß zur Verfügung gestellten Dokumentationsdatensätze (a-Daten) jeweils 150 EUR.

Der Datenstelle steht der Nachweis eines niedrigeren, den Krankenkassen der eines höheren Schadens offen. Für nicht aufgeführte Sachverhalte gelten die allgemeinen Regelungen des BGB.

8.5. Die Regelungen dieses Abschnitts gelten ebenfalls für die BKK'n und IKK'n, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD bzw. IKK Ham-

burg ihren Beitritt erklärt haben, und die Mitgliedskassen des VdAK und des AEV.

9. Rechnung (zu § 15 VOL/B)

9.1 Rechnung an die jeweiligen Krankenkassen

Der Auftragnehmer erstellt zu Beginn, spätestens bis zum 10. eines Monats Rechnungen an die jeweilige Krankenkasse über die von ihm für die jeweilige Krankenkasse erbrachten Leistungen, für die im Vormonat ein Vergütungsanspruch entstanden ist. Die Rechnungen an die Krankenkassen umfassen auch eventuelle im Vormonat im Zusammenhang mit Nachforderungen entstandenen Portoerstattungsansprüche. Für die aufgeführten Leistungen ist nur die jeweilige Krankenkasse vergütungspflichtig. Ansprüche gegen die Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V, die KVH, dem BKK-Landesverband NORD, dem VdAK und dem AEV bestehen nicht. Ebenso wenig vergütungspflichtig ist die IKK Hamburg für Leistungen für IKK'n, die über die IKK Hamburg ihren Beitritt zum Vertrag erklärt haben.

Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:

- für jede TE/EWE: Angabe des Datums von Eingang und Ausgang der TE/EWE bei der Datenstelle;
- Angabe über die Zahl vollständig und fehlerfrei abgeschlossener Datenvorgänge im Rechnungszeitraum, gegliedert nach der Art der Dokumentationsdaten (a/b);

- die Zahl der Datenvorgänge im Rechnungszeitraum, die trotz im geschuldeten Umfang erfolgter Nachforderung durch den Auftragnehmer nicht vollständig und/oder fehlerfrei abgeschlossen werden konnten.

Darüber hinaus ist den jeweiligen Rechnungen eine separate Liste^x beizufügen, in der unter Aufführung der Arztnummer des jeweiligen DMP-Arztes und der Versichertennummer mitgeteilt wird, welche Datenvorgänge für welche Versicherten der jeweiligen Krankenkasse vollständig und fehlerfrei abgeschlossen wurden.

Die jeweilige Krankenkasse kann den Umfang der an sie zu übermittelnden Informationen erweitern.

9.2 Rechnung an die GE

Der Auftragnehmer erstellt zu Beginn, spätestens bis zum 10. eines Monats, aber auf keinen Fall bevor er die quartalsbezogenen Übersichten über die Reminder gem. Kapitel II. Ziffer 7.1. dieser Verdingungsunterlagen übersandt hat, je eine Rechnung an die GE über die von ihm für die GE erbrachten Leistungen, für die im Vormonat ein Vergütungsanspruch entstanden ist.

Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:

- Anzahl der Arzt-Reminder, die im Rechnungszeitraum versandt wurden.

^x Rechnungsbegründende Anlagen sind tabellarisch im Excel-Format oder im CSV- bzw. TXT-Format zur tabellarischen Weiterverarbeitung in Excel/Access zu liefern.

9.3. Sonstiges

15 Kalendertage nach Ablauf der 10 Tage plus 6 Wochen nach Ende des Quartals hat der Auftragnehmer die KVH und jeweilige GE schriftlich unter Aufführung der Arztnummer der DMP-Ärzte, der DMP-Fallnummer und ggf. unter Angabe des Fehlergrundes darüber zu informieren, welche Datenvorgänge im abgelaufenen Quartal für welche Versicherte vollständig und fehlerfrei abgeschlossen oder aber trotz Nachforderung im geschuldeten Umfang nicht vollständig und/oder fehlerfrei abgeschlossen werden konnten.

10. Zahlungen (zu § 17 VOL/B)

Die nach vorstehenden Ausführungen zu 9. vollständigen Rechnungen werden fällig vier Wochen nach deren Eingang bei der jeweiligen Krankenkasse bzw. Gemeinsamen Einrichtung. Es besteht keine gesamtschuldnerische Haftung der Rechnungsempfänger.

11. Loyalitätsklausel

Die Vertragsparteien verpflichten sich, im Zuge der Erfüllung dieses Vertrages konstruktiv, vertrauensvoll und loyal zusammenzuarbeiten. Die Vertragspartner werden sich wechselseitig unverzüglich über alle Umstände und Geschehnisse informieren, die für die Zusammenarbeit nach diesem Vertrag von Bedeutung sind oder sein könnten. Das schließt auch ein, dass selbst bei geringsten Unsicherheiten über den korrekten Ablauf

der Prozesse der Vertragspartner zu informieren ist und gemeinsam festgelegt wird, wie in der speziellen Frage weiter zu verfahren ist.

12. Zusammenarbeit der Vertragspartner

Die Auftraggeber haben gegenüber dem vom Auftragnehmer eingesetzten Personen kein Weisungsrecht; zwischen ihnen besteht kein Arbeitsverhältnis.

Die Auftraggeber werden Wünsche und/oder Weisungen ausschließlich an die vom Auftragnehmer schriftlich zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses benannten verantwortlichen Personen richten. Änderungen der verantwortlichen Personen wirken gegenüber den Auftraggebern nur, wenn diese zuvor sämtlichen Auftraggebern schriftlich angezeigt wurden.

13. Rechte an Ergebnissen

Der Auftragnehmer räumt den Krankenkassen, einschließlich den Krankenkassen, die gegenüber dem BKK–Landesverband NORD bzw. der IKK Hamburg ihren Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben, bzw. den Krankenkassen, die dem VdAK oder AEV angehören, und sonstigen Auftraggebern (im folgenden „Berechtigte“) unentgeltlich und unwiderruflich das ausschließliche, dauerhafte und übertragbare Recht ein, sämtliche im Rahmen des Vertrags erbrachten Leistungsergebnisse auf alle mit dem Datenschutz zu vereinbaren Arten zu nutzen. Das Urheber- und Nutzungsrecht des Auftragnehmers an von ihm eingebrachten Leistungen bleibt unberührt, dies gilt insbesondere

für Methoden, Verfahren und Werkzeuge. Soweit diese im Rahmen des Projektes weiterentwickelt worden sind, stehen den Berechtigten hieran einfache Nutzungsrechte zu.

Der Auftragnehmer räumt den Berechtigten bereits jetzt das unwiderrufliche Recht ein, den Quellcode (Source Code) und die gesamte Entwicklungsumgebung zu nutzen. Die Berechtigten werden von diesem Recht nur im Fall der Insolvenz des Auftragnehmers Gebrauch machen. Quellcode und die gesamte Entwicklungsumgebung hinterlegt der Auftragnehmer bei einem Notar. Dieser wird durch den Auftragnehmer unwiderruflich angewiesen, die Quellcodes und die Entwicklungsumgebung bei Insolvenz des Auftragnehmers an die Berechtigten herauszugeben.

14. Schlussbestimmungen

- 14.1 Alle Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, dies gilt auch für einen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Nebenabreden sind nicht getroffen.
- 14.2 Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieses Vertrages offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieses Vertrages. Vielmehr sind die Vertragsparteien in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit

der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.

14.3 Ausschließlicher Gerichtsstand für die Vertragsparteien ist Hamburg.

15. Vertragsurkunde (zu § 29 VOL/A)

Auftragnehmer und Auftraggeber werden nach Zuschlag den als Anlage beigefügten Vertrag über die Bearbeitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie Dokumentationsdaten im Rahmen von Disease-Management Programmen unterzeichnen.