RSA-Prüfhandbuch

DMP

der Prüfdienste
des Bundes und der Länder

Ausgleichsjahr 2016

Stand 31.10.2019

1 Allgemeiner Teil 4
1.1 Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell 4
1.2 Prüfunterstützung 4
1.3 Grundsätzliches zum RSA-Prüfhandbuch 4
1.4 Hotline 5
1.5 Gegenstand der Prüfung 6
1.6 Verfahren 6
1.7 Belege und Daten 7
1.7.1 Anerkennung von Unterlagen 7
1.7.2 Elektronischer Datentransfer - Archivierung und Historienführung 11
1.8 Aufbewahrungsfristen prüfrelevanter Unterlagen 12
1.9 Dokumentation der Prüfergebnisse 13
1.10 Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung 13
1.11 Stichprobe 13
2 Prüfunterlagen 14
3 Allgemeine Anforderungen 15
3.1 Versicherungsverhältnis 15
3.2 Versichertengruppen 15
3.3 Satzungsgenehmigung bei Modellvorhaben 16
3.4 Formulare/Dokumentationen 16
3.5 Programmzulassung 18
3.6 Teilnahme des/der koordinierenden Arztes/Einrichtung 19
4 Einschreibeverfahren 20
4.1 Gültigkeit der TE/EWE und Diagnosebestätigung 20
4.2 Vollständigkeit und Plausibilität der Erstdokumentation 21
4.3 Korrektur oder Ergänzung der Erstdokumentation 25
4.4 Einhaltung von Übermittlungsfristen 25
4.5 Datum der RSA-Wirksamkeit 27
5 Fortsetzung/Beendigung der Teilnahme 28
5.1 Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation 28
5.2 Korrektur oder Ergänzung der Folgedokumentation 28
5.3 Dokumentationszeitraum 29
5.4 Einhaltung von Übermittlungsfristen 30
5.5 Bestimmung des Endes einer Teilnahme 32

Anlagen

A Fallbeispiele

B Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE)

C Dokumentationen, Ausfüllanleitungen

D Regionenübersicht
nicht belegt - DMP-Datenbank wird in elektronischer Fassung zur Verfügung gestellt -

E Schreiben / E-Mail des BVA

F nicht belegt

G Musterschreiben

1 Allgemeiner Teil

1.1 Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell

Unverändert gilt: Die Grundlage zur Durchführung der Versicherungszeitenprüfung ist § 266 SGB V. Den Prüfdiensten nach § 274 SGB V wird nach § 266 Abs. 7 SGB V und § 42 RSAV die Aufgabe übertragen, die von den Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) mitzuteilenden Daten zu prüfen.

Der Auftrag umfasst die Prüfung der in den RSA gemeldeten Versicherungszeiten, der Einschreibungen in Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management Programme - DMP), sowie der in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten.
Die Prüfungen sind mindestens alle zwei Jahre, bezogen auf eines der beiden zuletzt nach § 41 RSAV abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre, durchzuführen.

Der Prüfumfang ergibt sich aus § 42 RSAV und dem vom Bundesversicherungsamt (BVA) nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der Prüfdienste festgelegten Stichprobenverfahren. Ziel der Prüfung nach § 42 RSAV ist ausschließlich die Feststellung, ob die von der Krankenkasse abgegebenen Meldungen der SA 100 ff durch entsprechende Nachweise tatsächlich belegt sind.

Die Prüfdienste stellen dieses Prüfhandbuch auch dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung, damit durch ausreichende Transparenz das Verständnis für die Organisation und den Umfang der Prüfung geschaffen wird.

1.2 Prüfunterstützung

Die Prüfdienste setzen zur Effizienz und Vergleichbarkeit der Prüfung Software ein. Der Verordnungsgeber hat festgelegt, dass das BVA bestimmen kann, welche Daten den Prüfdiensten von den Krankenkassen elektronisch zu übergeben sind. Auf die Datenbestimmung des BVA nach § 42 Abs. 3 Satz 1 RSAV in der Fassung vom 27. März 2013 (Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten) wird verwiesen.

1.3 Grundsätzliches zum RSA-Prüfhandbuch

Das Prüfhandbuch soll nicht nur eine Arbeitshilfe bei den RSA-Prüfungen sein, sondern auch eine bundesweit einheitliche Prüfung sicherstellen. Es ist für die Prüfung verbindlich anzuwenden.

Für die Beurteilung der Stichprobenfälle ist es wichtig, die Prämissen der RSA-Prüfung zu kennen. Darüber hinaus sollen die Erläuterungen eine Unterstützung (Argumentationshilfe) bei den RSA-Prüfungen nach § 42 RSAV sein. Die Erläuterungen gewährleisten damit in den einzelnen Arbeitsschritten die notwendige Qualität (einheitliche Durchführung der Prüfung) und sind Bestandteil der Qualitätssicherung.

Die Prüfung beschränkt sich darauf, ob die gemeldeten Daten zu den Stichprobenversicherten belegt sind und zu Recht in den RSA eingeflossen sind.
Daraus folgt, dass im Rahmen der Prüfung festgestellte „positive“ Sachverhalte nicht in das Prüfergebnis einfließen (z. B. es können mehr Tage nachgewiesen werden, als die Krankenkasse tatsächlich gemeldet hat) und deshalb nicht in das zu Dokumentationszwecken zur Verfügung stehende RSA-Unterstützungstool aufzunehmen sind. Auf diese Sachverhalte soll die Krankenkasse im Rahmen des § 274 SGB V beratend hingewiesen werden.

Relevante Hotline-Entscheidungen aus zurückliegenden RSA-Prüfungen sind in dieses Prüfhandbuch eingearbeitet worden.

Die Aussagen und Inhalte im RSA-Prüfhandbuch beziehen sich ausschließlich auf das jeweils zu prüfende Ausgleichsjahr.

1.4 Hotline

Das BVA ist Anlaufstelle (Hotline) für Anfragen von grundsätzlicher Bedeutung zur laufenden Prüfung. Anfragen können von Prüfdiensten, aber auch vom GKV-Spitzenverband eingebracht werden.

Der GKV-Spitzenverband kann auch Anfragen der Krankenkassen an die Hotline stellen.

Die Bearbeitung und Entscheidung erfolgt durch den jeweils zuständigen RSA-Facharbeitskreis (hier z. B. AK VZ, AK DMP, etc.), bestehend aus Vertretern der Prüfdienste der Länder und des BVA. Kann eine Anfrage vom Facharbeitskreis nicht einstimmig entschieden werden, ist für die Bearbeitung und Entscheidung der Arbeitskreis Rechtsfragen zuständig. Die Entscheidungen werden im „Open Ticket Request System“ (http://rsa-hotline.bundesversicherungsamt.de/otrs/customer.pl) veröffentlicht, das den Prüfdiensten und dem GKV-Spitzenverband als Informationsplattform zur Verfügung steht.

Nach Abschluss der Prüfung erfolgt keine erneute Aufnahme der Prüfung unter Berücksichtigung zwischenzeitlich ergangener Hotline-Entscheidungen. Den Krankenkassen ist es unbenommen, Fälle, in denen nachträgliche Hotline-Entscheidungen im Rahmen der Hochrechnung des Prüfungsergebnisses Relevanz auf die Höhe eines gegebenenfalls zu zahlenden Korrekturbetrages entfalten, im Anhörungsverfahren der RSA-Stelle im BVA aufzugreifen.[1]

1.5 Gegenstand der Prüfung

Gegenstand der Prüfung ist jeweils die dem BVA zuletzt gemeldete und im RSA-Jahresausgleich berücksichtigte amtliche Datenmeldung für das zu prüfende Ausgleichsjahr.

Der Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2016 erfolgte durch die RSA-Stelle im BVA im November 2018. Die für die Prüfung der DMP-Zeiten zu berücksichtigende Datenmeldung ist somit die Meldung der SA 110 im Jahr 2018 für das Ausgleichsjahr 2016.

Korrekturen in den Versicherungszeiten, welche von den Krankenkassen nach Erstellung der letzten Korrekturmeldung (Satzart 110 im Jahr 2018 für das zu prüfende Ausgleichsjahr 2016) vorgenommen wurden, sind bei der vorliegenden Prüfung nicht zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere vorgenommene Korrekturen im Rahmen des Bereinigungsverfahrens nach § 323 SGB V. Bereinigungen im Rahmen des Bestandsbereinigungsverfahrens werden im Nachgang der Vor-Ort-Prüfungen der Prüfdienste seitens der RSA-Stelle des BVA berücksichtigt (Vermeidung von „Doppelsanktionen“).

1.6 Verfahren

Die Ermittlung der zu prüfenden Stichprobenversicherten erfolgt durch das Bundesversicherungsamt. Dieses stellt den Prüfdiensten nach § 274 SGB V des Bundes und der Länder für diese Versicherten die Daten der Satzart 110SV (= **S**tichprobenversicherte **V**ersicherungszeiten/DMP) zur Verfügung.

Die Krankenkasse erhält vom zuständigen Prüfdienst des Bundes und der Länder die Daten der Satzart 110LV mit den Pseudonymen der Stichprobenversicherten zur Depseudonymisierung und Ergänzung entsprechend der Datenbestimmung nach § 42 Abs. 3 Satz 1 RSAV.

[1] Hotline Bezugsnummer 20070730-0003 Wissensdatenbank / 20070817-0002 Pinnwand

Die Krankenkassen ergänzen die Datensätze der Satzart 110LV entsprechend der genannten Datenbestimmung zur sog. Satzart 110PV (Prüfungssatzart Versicherungszeiten/DMP).

Nach der o.g. Datenbestimmung erhalten die Krankenkassen eine achtwöchige Mindestvorlaufzeit, um die Satzart 110PV zu erstellen und an den Prüfdienst zu übermitteln. Die Frist beginnt mit dem Eingang der Daten der Satzart 110LV bei der Krankenkasse.

Zum Prüfbeginn / für die Prüfungen stellen die Krankenkassen den Prüfdiensten die für die Prüfung benötigten Belege zur Verfügung.

1.7 Belege und Daten

Die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen ergeben sich grundsätzlich aus den einzelnen fachlichen Teilen des Prüfhandbuches sowie aus der Anforderungsliste und dem Musterschreiben an die Datenstelle (Anlagen G 1.1 bis G 1.3). Es bleibt den Prüfdiensten unbenommen, darüber hinaus weitere Unterlagen zu Prüfzwecken anzufordern.

1.7.1 Anerkennung von Unterlagen

Eingangszeitpunkt

Als Beleg für die von den Krankenkassen in den RSA gemeldeten Daten werden nur Unterlagen anerkannt, die bis zu dem Tag bei der Krankenkasse bzw. dem beauftragten Dienstleister eingegangen sind, an dem die SA 110 des zu prüfenden Ausgleichsjahres erstellt worden ist. Somit müssen Fälle zum Zeitpunkt der Meldung an das BVA (RSA-Stelle) belegt sein. D.h., erforderliche Nachweise müssen bis zu diesem Zeitpunkt der Kasse vorliegen. Nachgeforderte und/oder nach diesem Zeitpunkt eingegangene Nachweise finden keine Berücksichtigung bei der Prüfung. In solch einem Fall sind die Angaben als nicht belegt anzusehen.

Bis zur Absendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung können die Krankenkassen Nachweise nachreichen, sofern diese bis zu dem Tag bei den Krankenkassen bzw. dem beauftragten Dienstleister eingegangen sind, an dem die der Prüfung zugrunde liegende SA 110 erstellt wurde, d. h., an dem die hierfür notwendigen Daten aus dem System der Krankenkasse selektiert worden sind.[2] Nach Übersendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung erkennen die Prüfdienste nachgehend vorgelegte Unterlagen nicht mehr an.

[2] Hotline Bezugsnummer 20061208-0004 Wissensdatenbank / 20070122-0004 Pinnwand

Grundsatz

Belege sind im Original vorzulegen. Gleichgesetzt sind elektronische Belege mit einer nachprüfbaren qualifizierten elektronischen Signatur.

Images

Darüber hinaus werden auch Images als Belege zu RSA-Prüfzwecken anerkannt, wenn sie revisionssicher in einem entsprechenden Archivierungsmedium gespeichert wurden und so die Anforderungen an die Authentizität und Integrität der gespeicherten Daten erfüllen.

Hierzu haben die Krankenkassen die Archivierungsstandards gemäß § 239 und § 257 Abs. 3 HGB einzuhalten (vgl. die Begründung der 24. RSAV-Änderungsverordnung zum § 30 Abs. 2 RSAV).

Werden die Images nicht von der Krankenkasse, sondern von einem Dritten erzeugt, sollten die Datensätze unverzüglich nach dem Eingang bei der Krankenkasse / dem Rechenzentrum in eine nicht veränderbare Datei (z.B. (Worm-)Datenbanken) gespeichert werden.
Wird der Scanprozess durch die Krankenkasse vorgenommen, sollte dieser Prozess und eine Archivierung möglichst frühzeitig im Geschäftsprozess und zwar vor der Sachbearbeitung (Fachverfahren) erfolgen.

Weiterhin müssen die Krankenkassen durch organisatorische Maßnahmen den Nachweis der Revisionssicherheit des Archivs im Hinblick auf Authentizität und Integrität erbringen.
Daten und damit auch die Images sind grundsätzlich authentisch, wenn sie mit den Ursprungsdaten des Ausstellers übereinstimmen und ihnen die Identität des Ausstellers zugeordnet werden kann.

Daten sind grundsätzlich integer (Integrität), wenn sie vollständig sind und nachweislich keine Veränderungen oder Manipulationen an ihnen festgestellt werden können. Darunter zu verstehen ist die (technische) Fähigkeit, die Unversehrtheit der elektronischen Information nachzuweisen.
Die Daten müssen inhaltlich unverändert für die Dauer der geltenden Aufbewahrungsfristen verfügbar sein und in angemessener Frist lesbar gemacht werden können.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die Anerkennung der Images nur auf die Durchführung der RSA-Prüfungen bezieht und die Originale entsprechend den rechtlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen weiterhin aufzubewahren sind. Bei fehlenden, unplausiblen oder nicht lesbaren Images können die Prüfdienste die entsprechenden Originalbelege anfordern.

Die technischen und organisatorischen Maßnahmen der Krankenkassen, die dazu dienen, den Nachweis der Revisionssicherheit des Archivs im Hinblick auf Authentizität und Integrität zu erbringen, werden von den Prüfdiensten bewertet.

Fax

Für per Fax übermittelte Dokumente gilt, dass diese als „Fax“ zu kennzeichnen sind. Dies ist in der Regel durch die auf dem Fax aufgedruckten Übermittlungsdaten (Absender, Tag, Uhrzeit) gewährleistet. Sind entsprechende Daten auf dem Fax technisch nicht eingefügt worden, muss das Fax als solches gekennzeichnet und mit einem Eingangsvermerk versehen werden. Auf einem PC empfangene Faxe (Fax-Server) werden anerkannt, wenn sie qualifiziert elektronisch signiert sind oder mit den oben genannten Daten als Ausdruck vorliegen.

Im Bereich DMP kann bei Verlust des Durchschlags der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) für die Krankenkasse ersatzweise auf die - ggf. per FAX übermittelte - TE/EWE des Arztes oder des Versicherten zurückgegriffen werden, wenn eindeutig die Datumsangaben und die Unterschriften des Versicherten und des Arztes mit Arztstempel erkennbar sind.[3]

Durch elektronische Medien übermittelte Dokumente

Grundvoraussetzungen bei der elektronischen Übermittlung von Dokumenten (z.B. Bestandspflegebogen Familienversicherung per E-Mail als .pdf-Datei übermittelt) sind folgende Anforderungen:

- Das Dokument stellt ein genaues Abbild des Originals dar. Nichtlesbarkeit / Unplausibilitäten sind frühzeitig zu klären (vor Abgabe der RSA-Datenmeldung an die RSA-Stelle). Ansonsten gehen diese zu Lasten der Krankenkasse.
- Die für die Fachbearbeitung relevanten Informationen (statusrelevante Angaben) müssen durch authentifizierte Personen (Versicherte) abgegeben worden sein. Die Krankenkasse hat auch diesen Nachweis zu führen.
- Die eingegangenen Informationen sind vor der Bearbeitung im Fachverfahren unveränderbar gespeichert worden.

Ausdruck der elektronisch übersandten Dokumente/Anlagen und deren Scannen

Wenn ein elektronisches Medium (z.B. einfache E-Mail) nur als reines Trägermedium für die Informationen in der Anlage dient, muss das Medium nicht gescannt / archiviert werden, wenn sich das Eingangsdatum des dem Medium angehängten Dokuments aus anderen Umständen ergibt. So wird z.B. der Anhang ausgedruckt und mit Eingangsstempel versehen bzw. sicher

[3] Hotline Bezugsnummer 20061201-0013 Wissensdatenbank / 20061219-0001 Pinnwand

gescannt (z.B. mit qualifizierter / fortgeschrittener Signatur). Zusätzlich muss sich die Authentifizierung dann aus der Anlage selbst ergeben (handschriftliche Unterschrift der / des Versicherten).

Sind in dem Medium (z.B. E-Mail) **selbst** weitere, für die Fachbearbeitung relevante Informationen (statusrelevante Angaben) enthalten, dann ist das Medium als Original im sicheren Speicherverfahren vor Einspielung in das Fachverfahren zu speichern bzw. als Ausdruck zu speichern. Eine Authentifizierung der einsendenden Person über das konkrete Medium ist plausibel nachzuweisen und zu belegen. Die Informationen müssen für die einsendende Person zudem als verbindlich angesehen werden und die einsendende Person darf die Übermittlung der Information nicht abstreiten können (Verbindlichkeit / Nicht-Abstreitbarkeit der Herkunft der Nachricht.

Sofern ein Unterschriftserfordernis / Schriftformerfordernis für die relevante Information vorliegt und nicht alle relevanten Informationen durch die unterschriebenen Informationen in der Anlage umfasst sind, sondern die E-Mail selbst die relevante Information darstellt bzw. die E-Mail relevante Informationen enthält, sind die in der E-Mail selbst enthaltenen Informationen in diesem Fall nur anerkennungsfähig, wenn diese mit einer De-Mail nach § 36a Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 SGB I an die Krankenkasse versandt wurden.

<u>Übermittlung und rein elektronische Speicherung der Informationen</u>
Wenn der elektronische Anhang - durch unmittelbare Weiterleitung an revisionssichere Speichersysteme ohne Änderungsmöglichkeit am Inhalt vom Eingang bei der Krankenkasse bis zum Eingang in das revisionssichere Speichermedium - nur rein elektronisch gespeichert werden soll (ohne Ausdruck / Scannen), dann muss auch das elektronische Medium in sicherer Umgebung (mit Eingangsdatum) mit abgespeichert werden (Abspeicherung Anhang mit Authentifizierungsmerkmalen des elektronischen Mediums).
Dies ist nicht erforderlich, wenn der Eingang des Anhangs in das revisionssichere Speichersystem anderweitig sicher dokumentiert wird (z.B. Signatur / qualifizierter Zeitstempel / gleichwertige Maßnahmen) und sich die Authentifizierung aus dem Anhang ergibt (z.B. Unterschrift unter Dokument).
Die Authentifizierung im elektronischen Medium muss zumindest plausibel dargelegt sein, wenn im Medium **selbst** weitere, für die Fachbearbeitung relevante Informationen (statusrelevante Angaben) enthalten sind. In diesem Fall ist auch das elektronische Medium selbst im revisionssicheren Speichersystem abzuspeichern und muss auf dem Weg dorthin unveränderbar sein.

1.7.2 Elektronischer Datentransfer - Archivierung und Historienführung

Der Austausch von Daten zwischen Krankenkassen und deren Partner erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Wege. Die in den Datensätzen enthaltenen Informationen werden häufig in verschiedene Datenbanken übernommen. Der Originaldatensatz als adäquates Gegenstück zum papiergebundenen Dokument (z. B. Originalrechnung) wird in der Regel nicht gespeichert bzw. nicht dauerhaft und unveränderbar gespeichert. Insbesondere erfordern es die RSA-Prüfungen, dass die Krankenkassen den Informationsstand zum Zeitpunkt der Abgabe der amtlichen Meldungen nachweisen können.

Die Übergangslösung zur Anerkennung von Datensätzen mit Belegcharakter wurde von den Prüfdiensten zum 31.12.2014 beendet. Es werden nunmehr nur noch Datensätze anerkannt, die nach dem Eingang direkt in sichere Archive übernommen wurden.

Krankenversicherungsträger, die auf elektronischem Wege Daten erhalten, haben die rechtlichen Anforderungen zur Datensicherheit und Archivierung zu schaffen und zu erfüllen.

Bei papiergebundenen Verfahren werden die Anforderungen durch eigenhändige Unterschrift unter dem Dokument sowie sicheren Versand erfüllt. Beim elektronischen Datenaustausch wird diese Sicherheit durch Verschlüsselung und elektronische Signatur erzielt.

Bei einem papiergebundenen Dokument können der Inhalt und der Zeitpunkt des Eingangs zweifelsfrei ermittelt werden. Bei einem Datensatz ist dies in der Regel nicht sichergestellt. Theoretisch könnte er noch vor der Einsichtnahme angepasst worden sein. Damit geht die Beweiskraft der Information verloren.

Um den Nachweis der Datenintegrität erbringen zu können, sind die im § 110a Abs. 1 SGB IV gestellten Anforderungen zu beachten. Danach haben die Behörden Unterlagen, die für die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit, insbesondere für die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens oder für die Feststellung einer Leistung erforderlich sind, nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Aufbewahrung sicher zu archivieren. Zu den „Unterlagen“ in diesem Sinne gehören auch Daten, die nur mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage erstellt worden sind.

Daraus folgt, dass die Krankenkassen/Datenstellen bei der Annahme elektronischer Datensätze diese im Original im Sinne der Aufbewahrungspflichten nach § 110a SGB IV dauerhaft und unveränderbar zu speichern haben. Hierzu sind geeignete Archivsysteme zu nutzen. Auf die Ausführungen im Handbuch „Langzeitspeicherung elektronischer Daten“ wird verwiesen. Die Daten müssen für Revisionszwecke zeitnah zur Verfügung stehen.

Die Prüfdienste fordern daneben eine Erklärung der Kasse bzw. der Datenstelle zur Datenintegrität an und behalten sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen bzw. mit dem Originaldatensatz zu prüfen.

Für die Prüfung im Bereich DMP werden Images von visualisierten Datensätzen akzeptiert, die auf einem Datenträger bereitgestellt werden können. Voraussetzung hierfür ist, dass die Art des Datenträgers und das Datenformat mit dem jeweiligen Prüfdienst abgestimmt wurde. Um den Größenumfang der gelieferten Daten möglichst gering zu halten, sollten die Images in schwarzweiß geliefert werden.

Der Dateiname des Images muss dem folgenden Standard entsprechen: IK der Krankenkasse_KVNR_Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle, z.B. 999999999_ 4860200_ED_ 20160721.png. Zusätzlich kann das Posteingangsdatum an den Dateinamen angehangen werden, z. B. 999999999_4860200_ED_20160721_TTMMJJ.png (siehe Ziffer 4.4, 5.4 Prüfhandbuch DMP und Hotline-Entscheidung[4]). Nicht anerkannt werden Screenshots bzw. Hardcopies von Bildschirmmasken aus den Fachverfahren der Krankenkasse.

1.8 Aufbewahrungsfristen prüfrelevanter Unterlagen

Grundsatz

Die Prüfungen erfolgen unter Berücksichtigung der Aufbewahrungsfristen. Diese ergeben sich aus den Grundsätzen ordnungsmäßiger Aufbewahrung im Sinne des § 110a SGB IV, Voraussetzungen der Rückgabe und Vernichtung von Unterlagen sowie Aufbewahrungsfristen für Unterlagen für den Bereich der gesetzlichen Kranken-und Pflegeversicherung (Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes RS 2016 / 058 vom 2. Februar 2016).

Originalunterlagen der geprüften Fälle sind ggf. darüber hinaus aufzubewahren, bis die Rechtskraft des Bescheides des BVA über das Prüfungsende nach § 42 RSAV eingetreten ist.

Für den Bereich DMP werden gemäß § 42 Abs. 4 RSAV nur die den Meldungen zugrunde liegenden Unterlagen des zu prüfenden Ausgleichsjahres, des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres herangezogen.

Hinweis

Im Grundsatz gilt die Aufbewahrungsfrist entsprechend der RSA-Relevanz eines Beleges. Dies bedeutet, dass die Aufbewahrungsfrist (z.B. 6 Jahre) erst mit dem Ablauf des Jahres beginnt, für das der Beleg eine RSA-Zeit nachweisen / belegen soll.

[4] Hotline Bezugsnummer 20070222-0001 Wissensdatenbank / 20070302-0001 Pinnwand

Unterlagen, die die Versicherung begründen (z.B. Feststellungen zur Versicherungspflicht / -freiheit, Heiratsurkunden, Geburtsurkunden, Scheidungsurteile) sollten darüber hinaus archiviert werden. Auch nach dem Ausscheiden aus der Versicherung sollten sie noch mindestens 6 Jahre aufbewahrt werden.

1.9 Dokumentation der Prüfergebnisse

Die Prüfdienste haben Fehler sowie die entsprechenden Unterlagen / Nachweise für ihr Verwaltungsverfahren zu dokumentieren.

Fehler sind gegenüber den Krankenkassen zu spezifizieren und zu dokumentieren.

1.10 Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung

Das BVA, die geprüfte Krankenkasse sowie der GKV-Spitzenverband erhalten vom zuständigen Prüfdienst entsprechend ihren Aufgaben Berichte über die Ergebnisse der durchgeführten Prüfung gemäß § 42 RSAV.

1.11 Stichprobe

Für die Prüfungen nach § 42 Abs. 1 Satz 1 RSAV legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der Prüfdienste nach § 274 SGB V für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest und bestimmt das Nähere über die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben.
Das Bundesversicherungsamt zieht die Stichprobe für die jeweilige Prüfung und stellt den Prüfdiensten nach § 274 SGB V die Liste der gezogenen Stichproben in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Einvernehmen mit den Prüfdiensten nach § 274 SGB V legt das Bundesversicherungsamt fest, welche der ihm vorliegenden Daten nach § 30 Abs. 1 Satz 1 RSAV es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Prüfdiensten nach § 274 SGB V für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.

2 Prüfunterlagen

- nicht belegt (s. Anlage G 3)

3 Allgemeine Anforderungen

3.1 Versicherungsverhältnis

Ist bei Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses die Teilnahme am DMP ordnungsgemäß weitergeführt worden?

Erläuterung:
Bei einer Unterbrechung des Versicherungsverlaufs gilt, dass keine Ausschreibung und erneute Einschreibung erfolgen muss, wenn folgende Bedingungen eingehalten sind:

- Die Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse erstreckt sich über nicht mehr als sechs Monate (§ 28d Abs. 3 RSAV).
- Das Versicherungsverhältnis besteht vor und nach der Versicherungslücke bei derselben Krankenkasse.
- Das DMP ist während der Versicherungslücke weiterhin zugelassen.
- Die Beendigungskriterien nach § 28d Abs. 2 RSAV (siehe Ziffer 5.5, Erläuterung) gelten auch während der Versicherungslücke fort und werden beachtet.

Die Teilnahme am Programm kann auf Grund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden.

3.2 Versichertengruppen

- entfällt -

Erläuterung:
Seit 1.1.2009 ist die Höhe des finanziellen Vorteils für die Kasse für DMP nicht mehr abhängig von der Indikation, so dass die indikationsspezifische Zuordnung zu den Versichertengruppen unerheblich ist. Die Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 RSAV werden daher nicht in den Risikostrukturausgleich gemeldet und sind kein Prüfgegenstand nach § 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV. Es kommt bei der Prüfung letztendlich nur auf die gemeldeten DMP-Tage an.

3.3 Satzungsgenehmigung bei Modellvorhaben

Liegt eine Satzungsgenehmigung vor, wenn der Vertrag mit den Leistungserbringern auf der Basis eines Modellvorhabens nach § 63 ff SGB V geschlossen wurde?

Erläuterung:
Die Satzungsgenehmigung kann auch rückwirkend für den Zeitraum der gesamten Zulassung erteilt werden. Sie muss spätestens bis zur Absendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung vorliegen.
Liegt keine Satzungsgenehmigung vor oder ist der Zeitraum der Gültigkeit der Satzungsregelung abgelaufen, sind keine RSA-wirksamen DMP-Versicherungszeiten zu berücksichtigen. Krankenkassen, die am Modellverfahren teilnehmen, sind der DMP-Datenbank zu entnehmen.

3.4 Formulare/Dokumentationen

Wurden für die Einschreibung in das DMP und die Fortsetzung der Teilnahme die für die jeweilige chronische Krankheit zu verwendenden Formulare bzw. Dokumentationen benutzt?

Erläuterung:
Anerkannt werden Formulare/Dokumentationen, die den Anforderungen des § 28d Abs. 1 RSAV / § 3 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Dies gilt auch für die aus der Praxisverwaltungssoftware des Arztes maschinell erstellten Vordrucke.[5]
Der Sitz des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Einrichtung bestimmt die Zugehörigkeit eines Versicherten zu einer Vertragsregion.

<u>TE/EWE</u>
Ab dem 1.7.2008 wird neben der Verwendung von indikationsspezifischen Formularen (siehe Anlagen B 1 bis B 5) auch die Nutzung eines indikationsübergreifenden Formulars (siehe Anlage B 0) anerkannt. Die Formulare gelten für alle Datenflussmodelle nach § 28f Abs. 2 und 3 RSAV.

[5] Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 1.8.2008 (Az. V2-5620.0 - 3316/2004)

Einführung neuer TE/EWE

Zum 1.7.2015 wurden für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 und KHK neue TE/EWE eingeführt. Die Verwendung der neuen Vordrucke vor dem Einführungstermin bzw. die Verwendung alter Vordrucke nach dem Einführungstermin sind anzuerkennen.

Erst- und Folgedokumentationen

Von den koordinierenden Ärzten/Einrichtungen sind ausschließlich elektronisch zu erfassende und zu übermittelnde Erst- und Folgedokumentationen (eDMP) zu verwenden.

Dokumentationsfolge

Die Systematik der Dokumentationen ist strikt einzuhalten, das heißt, einer Erstdokumentation folgen ausschließlich Folgedokumentationen. Eine Ausnahme besteht bei der Indikation Brustkrebs, da nach einer Erstdokumentation eine ergänzende nachoperative Erstdokumentation erstellt werden kann. Für den weiteren Fallverlauf ist diese ergänzende Erstdokumentation nicht von Bedeutung (siehe Ziffer 4.2).
Wird anstelle einer erforderlichen Folgedokumentation eine Erstdokumentation - ggf. auch mit einer TE/EWE - erstellt, ist die Folgedokumentation als fehlend zu werten.

Erfolgt eine Ausschreibung wegen zwei aufeinanderfolgend fehlender Folgedokumentationen, kann mit einer Erstdokumentation und einer TE/EWE - auch in anderen als in den im BVA-Schreiben vom 10.7.2006 (BVA V2 - 5623.0-2186/2002 v. 10.7.2006, Anlage E) genannten Fällen - eine neue Einschreibung vorgenommen werden. Dabei kommt es regelmäßig zu einer Unterbrechung der Programmteilnahme. Eine Erstdokumentation mit einer TE/EWE kann jedoch nur dann als Neueinschreibung berücksichtigt werden, wenn sie nach dem Ende der bisherigen Teilnahme (Korrekturdatum!) erstellt wurde.

Arztwechsel

Die Erstellung einer erneuten TE/EWE bei einem Arztwechsel ist für die Prüfung des weiteren Fallverlaufs unerheblich. Wird bei einem Arztwechsel anstelle einer erforderlichen Folgedokumentation eine Erstdokumentation erstellt, gilt die Folgedokumentation als fehlend. Die Wirksamkeit der DMP-Teilnahme ist weiterhin gewährleistet, sofern im nächsten Dokumentationszeitraum von einem koordinierenden Arzt eine gültige Folgedokumentation vorgelegt wird und die anstelle der Folgedokumentation erstellte Erstdokumentation nicht bereits zu einer Beendigung der Teilnahme nach § 28d Abs. 2 RSAV geführt hat.[6]

[6] Hotline Bezugsnummer 20070215-0003 Wissensdatenbank / 20070305-0004 Pinnwand

3.5 Programmzulassung

Ist das DMP, an dem der Versicherte teilnimmt, für den Zeitraum der gemeldeten DMP-Versicherungszeit zugelassen?

Erläuterung:
Eine Erstdokumentation / TE/EWE ist gültig, auch wenn das Programm später zugelassen wurde. Die RSA-Wirksamkeit beginnt in diesem Fall mit dem Zeitpunkt der Zulassung (§ 3 Abs. 3 Satz 7 RSAV).

Ist die Einschreibung vor der Zulassung erfolgt, muss beachtet werden, dass die Einschreibebedingungen sowie die Ausschlusstatbestände nach § 28d RSAV auch im Wirkbetrieb vor dem Zulassungszeitpunkt gelten (BVA V2 - 5623.0-2186/2002 v. 27.1.2005, Anlage E). Dies setzt voraus, dass die Erstdokumentation nach Abschluss des DMP-Vertrages erstellt wurde.

Ist der Arzt allerdings einem inhaltsgleichen DMP-Vertrag mit einer Kassenart beigetreten, ist die Erstellung einer Erstdokumentation für einen Versicherten einer anderen Kassenart möglich, bevor der DMP-Vertrag für diese Kassenart abgeschlossen wurde. Die Einschreibung wird allerdings frühestens mit Vertragsabschluss wirksam.[7]

DMP-Zeiträume, die innerhalb einer Zulassungslücke gemeldet wurden, sind nicht zu berücksichtigen. Die während einer Zulassungslücke (Unterbrechung der Zulassung) erstellten Dokumentationen sind hinsichtlich der weiteren DMP-Teilnahme des Versicherten grundsätzlich anzuerkennen.[8] Dies gilt auch wenn der Versicherte vorübergehend nicht bei der Krankenkasse versichert war (s. Ziffer 3.1).

[7] Hotline Bezugsnummer 20070116-0004 Wissensdatenbank / 20070126-0006 Pinnwand

[8] Hotline Bezugsnummer 20141209-0004 Wissensdatenbank / 20141209-0005 Pinnwand

3.6 Teilnahme des/der koordinierenden Arztes/Einrichtung

Nimmt der koordinierende Arzt/die koordinierende Einrichtung zum Zeitpunkt der Erstellung der Erstdokumentation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bzw. der Folgedokumentationen an diesem DMP teil?

Erläuterung:
Als Zeitpunkt der Erstellung der Dokumentation gilt das im jeweiligen Datensatz eingetragene Erstellungsdatum. Eine nach Ausscheiden des Arztes erfolgte Korrektur der Dokumentation ist daher zu berücksichtigen.

Die Teilnahme des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Einrichtung kann nur zu einem wirksam geschlossenen Vertrag erklärt werden.
Die Genehmigung der Teilnahme ergibt sich aus der von der Krankenkasse vorzulegenden Liste der an dem Programm teilnehmenden koordinierenden Ärzte/Einrichtungen (Besonderheiten siehe auch DMP-Datenbank).

Die Prüfung der ärztlichen DMP-Teilnahme erfolgt anhand der infolge des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ab 1.7.2008 eingeführten lebenslangen Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer, die beide den Dokumentationen zu entnehmen sind (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 30.5.2008, Anlage E).

Eine Einschreibung bei fehlender Teilnahme des Arztes/der koordinierenden Einrichtung am DMP ist so lange unwirksam, bis der Beitritt zum DMP-Vertrag rechtsverbindlich erklärt ist. Die Beitrittserklärung muss innerhalb der für die Erstdokumentation geltenden Übermittlungsfrist erfolgen (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 23.5.2008, Anlage E).

Wird bei wirksam eingeschriebenen Versicherten eine Folgedokumentation von einem Arzt erstellt, der nicht am DMP teilnimmt, ist diese als endgültig fehlend zu werten.[9]
Dies gilt nicht, wenn die Beitrittserklärung innerhalb der für die Folgedokumentation geltenden Übermittlungsfrist nachgeholt wird (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 23.5.2008, Anlage E).

Beendet der Arzt seine Teilnahme am DMP, hat diese Tatsache allein keinen Einfluss auf die Teilnahme des Versicherten am DMP.

[9] Hotline Bezugsnummer 20070116-0003 Wissensdatenbank / 20070122-0003 Pinnwand

4 Einschreibeverfahren

4.1 Gültigkeit der TE/EWE und Diagnosebestätigung

Liegt das Formular zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung vollständig ausgefüllt vor?

Erläuterung:
Es muss die Art des Programms (Indikation) zu erkennen sein. Die Einwilligung des Versicherten und die Diagnosebestätigung des Arztes erfolgen ausschließlich auf den zu verwendenden Formularen der TE/EWE. Bei unterschiedlichen Angaben zur Indikation in TE/EWE und Erstdokumentation besteht hinsichtlich der Indikationswahl kein Auslegungsspielraum (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 7.5.2008, Anlage E).

Die TE/EWE und die Erstdokumentation können von unterschiedlichen Ärzten erstellt worden sein.

Eine eigenhändige Unterschrift des Arztes zur Diagnosebestätigung und eine Unterschrift des Versicherten sind zu leisten. Ein Faksimile-Stempel ist nicht ausreichend.[10] Ebenso ist eine geleistete Unterschrift mittels Unterschriftenpad unzureichend.[11] Jeder Unterschrift muss ein Datum zuzuordnen sein. Das Datum der Kopfzeile hat keine Bedeutung. Der koordinierende Arzt/die koordinierende Einrichtung muss erkennbar sein (administrative Daten oder Arztstempel). Zur Gültigkeit von Unterschriften auf Ausdrucken aus der Praxisverwaltungssoftware siehe Schreiben BVA K1 - AK Organisation vom 5.7.2013 (Anlage E).

<u>Zur Unterschrift in Vertretung:</u>
In den nachfolgend aufgeführten Fällen ist eine Unterschrift in Vertretung anzuerkennen:

- Ehegatten und Verwandte gerader Linie können ohne Nachweis für den Versicherten die Teilnahme am DMP erklären. Bei Namensungleichheit ist nachzuweisen, dass es sich bei dem Vertreter um den Ehegatten bzw. einen Verwandten gerader Linie des Versicherten handelt. Bei Vertretung durch sonstige Dritte ist zwingend die Vertretungsvollmacht durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachzuweisen.[12]

[10] Hotline F.A.Q.-Artikel 7100236 Wissensdatenbank

[11] E-Mail des Bundesversicherungsamtes vom 7.5.2019 (Referat 611 (AK Organisation) ohne Az.)

[12] Hotline Bezugsnummer 20070313-0004 Wissensdatenbank / 20070821-0001 Pinnwand

- Ein Elternteil bzw. Vormund als gesetzliche Vertreter Minderjähriger (§ 1629 BGB). Ab Vollendung des 15. Lebensjahres ist der Minderjährige selbst berechtigt, die Teilnahme am DMP zu erklären. Der Widerruf der Teilnahme bedarf dagegen der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters (§ 36 SGB I).
- Betreuer/Pfleger bei Vorlage der Vorsorgevollmacht/Pflegschaftsurkunde (ärztliche Maßnahmen müssen von der Vollmacht umfasst sein).
- Wenn der Versicherte die Einsichtsfähigkeit besitzt, aber nicht die körperliche Fähigkeit, eine Unterschrift eigenhändig zu leisten (Alter, Gebrechen). Anerkannt wird eine Unterschrift in Vertretung, die von einem Zeugen (z.B. Angehörige, Arzt, Arzthelfer, Krankenschwester) - ebenfalls unterschriftlich - bestätigt wurde. Die Vertretungsvollmacht kann auch durch andere Unterlagen nachgewiesen werden. Dies gilt entsprechend für Analphabeten.[13]

Zur RSA-Wirksamkeit:
Für die TE/EWE besteht kein standardisierter Korrekturprozess. Hinsichtlich des Beginns der RSA-Wirksamkeit ist auf das jüngste Unterschriftsdatum auf dem Formular abzustellen. Dies gilt auch dann, wenn ein zweites Posteingangsdatum vorhanden ist.[14]

Zur zeitlichen Gültigkeit:
Eine nicht im engen Zusammenhang mit der Erstdokumentation erstellte TE/EWE ist wirksam, wenn die TE/EWE im Falle einer früh erteilten TE/EWE vom Versicherten nicht widerrufen wurde.[15]

4.2 Vollständigkeit und Plausibilität der Erstdokumentation

Liegt die Erstdokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt vor?

Erläuterung:
Liegt die Erstdokumentation nicht vollständig und plausibel vor, gilt § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 RSAV nicht; es wird somit kein RSA-wirksamer Tag anerkannt.

Die Prüfung der Erstdokumentation (Datensätze zur indikationsübergreifenden - außer bei der Indikation Brustkrebs - und zur indikationsspezifischen Dokumentation, siehe Anlage

[13] Hotline Bezugsnummer 20070425-0003 Wissensdatenbank / 20070530-0013 Pinnwand
[14] Hotline Bezugsnummer 20061212-0002 Wissensdatenbank / 20070308-0001 Pinnwand
[15] u. a. Hotline Bezugsnummer 20061108-0003 Wissensdatenbank / 20061116-0008 Pinnwand

C 0.1/ C 0.2/ C 0.3 **und** jeweils C 1.1/C 1.2/C 3.1/C 3.2/C 4.1/C 4.2/C 5.1/C 6.1 bzw. C 2.1 ist anhand der Ausfüllanleitungen (siehe Anlagen C 0.1.1, C 0.2.1, C 1.1.1, C 1.2.1, C 1.2.2, C 2.1.1, C 3.1.1, C 3.2.1, C 4.1.1, C 4.2.1, C 4.2.2, C 5.1.1, C 6.1.1) durchzuführen. Eine Dokumentation ist vollständig und plausibel, wenn die laut der Ausfüllanlei-tung erforderlichen Angaben getätigt wurden. Ausgeschlossen wird eine Prüfung, die vo-raussetzt, dass ein Mediziner eingeschaltet werden muss.

Eine Plausibilitätsprüfung zwischen Vorname der teilnehmenden Person und der Angabe zum Geschlecht ist nicht vorzunehmen.[16]

Es findet kein Abgleich zu den Eintragungen in den Folgedokumentationen statt.[17]

Die einzige Ausnahme ist ein Abgleich zu den Angaben zur „Schulung“, außer bei der Indikation Brustkrebs (s. Ziffer 5.5).

Das Datumsfeld „Erstellungsdatum“ muss gefüllt sein (siehe Ausfüllanleitung zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz, Anlage C 0.1.1 und C 0.2.1). Das bei den administrativen Daten eingetragene Datum hat keine Bedeutung (siehe indikationsübergreifende Dokumentation und Ausfüllanleitung zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz, Anlage C 0.1 und C 0.1.1; C 0.2 und C 0.2.1, C 0.3 und C 0.3.1).

Die lebenslange Arztnummer (LANR) und die Betriebsstättennummer müssen erkennbar sein (administrative Daten).

Eine fehlerhafte Angabe bei der Krankenkassen-IK-Nummer (Kostenträgerkennung) führt bei gleichzeitiger korrekter Nennung des Krankenkassennamens (Kostenträgername) nicht zur Ungültigkeit der Dokumentation. Ebenso wenig sind hierbei Korrekturen der IK-Nummer durch die Krankenkassen zu beanstanden. Zum 1.7.2015 wurden in dem indikationsübergreifenden Datensatz (bei der Indikation Brustkrebs zu einem späteren Zeitpunkt) die neuen Bezeichnungen Kostenträgername und Kostenträgerkennung (neu: 9 statt 7-stellig) eingeführt. Diese administrativen Änderungen wurden in der Praxis vorgezogen und sind nicht zu beanstanden.

[16] Hotline Bezugsnummer 20141210-0002 Wissensdatenbank / 20141212-0001 Pinnwand

[17] Hotline Bezugsnummer 20150121-0003 Wissensdatenbank / 20150121-0004 Pinnwand und Hotline Bezugsnummer 20150121-0005 Wissensdatenbank / 20150121-0006 Pinnwand

Auf das Erstellungsdatum kann nicht verzichtet werden. Das Datum ist notwendig für die Berechnungen von Dokumentationszeitraum und Übermittlungsfrist. Außerdem wird es für die taggenaue Einschreibung benötigt.

Hinweis
Ab dem 1.1.2012 ist die Unterschrift des Arztes nicht mehr erforderlich.
(BVA VI3 - 5620 - 2708/2011 v. 23.2.2012, Anlage E).

Erläuterung zum zusätzlichen Feld „Dokumentation in Vertretung erstellt“
Der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmte und den Prüfungen zugrundeliegende Datensatz zur diagnoseübergreifenden Dokumentation enthält das Datenfeld „Dokumentation in Vertretung erstellt“, das über die in der Anlage C 0.1, C 0.2 und C 0.3 abgebildeten Datensatzanforderungen hinausgeht und in der Ausfüllan-leitung (Anlage C 0.1.1, C 0.2.1 und C 0.3.1) erläutert ist.

Es besteht die Option, die Erstellung der Dokumentation durch einen Arzt in Vertretung zu kennzeichnen. Die Dokumentation ist in diesem Fall gültig, auch wenn der Arzt mit seiner lebenslangen Arztnummer in Kombination mit der Betriebsstättennummer nicht im Leistungserbringerverzeichnis enthalten ist (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 30.5.2008, Anlage E).

Erläuterung zu den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2
Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP Diabetes mellitus Typ 1 und in ein DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.

Erläuterung zum DMP Brustkrebs:
Beim DMP Brustkrebs ist die Einschreibung nach erfolgter Diagnosesicherung (histologischer Befund) bereits vor der Primärtherapie möglich.

Eine Erstdokumentation (s. Ziffer 3.4) gilt auch dann als vollständig ausgefüllt, wenn im Abschnitt „Anamnese und Behandlungsstatus“ zu „aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen“ die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ lautet und die Angaben zu „Art der erfolgten operativen Therapie“ sowie zum kompletten Abschnitt „Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs“ zunächst frei bleiben.

Nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind die Angaben der o.g. Felder in der vertraglich vereinbarten Frist spätestens innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation mit einer Erstdokumentation nachzureichen**.** Diese ergänzende Erstdokumentation ersetzt nicht die erforderliche Folgedokumentation und ändert nicht den Dokumentationszeitraum.

Die Einhaltung der Vier-Wochen-Frist kann nicht geprüft werden, da der OP-Termin in den Dokumentationen nicht abgebildet und somit nicht bekannt ist.

Erläuterung zum DMP Asthma bronchiale:
Eine Teilnahme ist erst ab dem vollendeten fünften Lebensjahr möglich. Vor Vollendung des fünften Lebensjahres erstellte Einschreibeunterlagen sind ungültig und können auch nicht eine später wirksame Einschreibung begründen.
Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP Asthma bronchiale und in ein DMP COPD ist nicht möglich.

Erläuterung zum DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD):
Eine Teilnahme ist erst ab dem vollendeten 18. Lebensjahr möglich. Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP COPD und in ein DMP Asthma bronchiale ist nicht möglich.

Erläuterung zu Fehleinschreibungen/Programmwechsel bei Diabetes mellitus Typ 1/ Diabetes mellitus Typ 2 und Asthma/COPD
Folgende Fallgestaltungen sind zu unterscheiden:

Fehleinschreibungen = Patienten werden nach anfänglicher Diagnose in ein DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 eingeschrieben; zu einem späteren Zeitpunkt wird diagnostiziert, dass die Voraussetzungen für Diabetes mellitus nicht erfüllt sind.

Programmwechsel = Patienten wurden zunächst in ein DMP für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben und wechseln dann aufgrund einer neuen Diagnose in ein Typ 1-Programm bzw. wechseln von einem DMP Asthma zu einem DMP COPD (oder jeweils umgekehrt).

Bei Fehleinschreibungen ist ein Storno und somit eine rückwirkende Streichung der DMP-Versicherungszeiten vorzunehmen.

Bei Programmwechsel endet die bisherige Programmteilnahme am Tag vor der Bestimmung der neuen Indikation, die erst abgeschlossen ist, wenn sowohl die Erstdokumentation als auch die Diagnosebestätigung auf der TE/EWE vorliegt (BVA V2 - 5620.0 - 1248/2006 v. 11.12.2007, Anlage E).

4.3 Korrektur oder Ergänzung der Erstdokumentation

Die Unterschrift des Arztes bei Ergänzung oder Korrektur ist seit dem 1.1.2012 nicht mehr erforderlich.

Erläuterungen zum papiergebundenen Korrekturverfahren:
Kann eine von einem Arzt oder von einer koordinierenden Einrichtung an eine Datenstelle übermittelte Dokumentation z. B. aufgrund einer Unplausibilität oder einer fehlenden Angabe nicht verarbeitet werden, wird von der Datenstelle für diese Dokumentation ein Papierbeleg erstellt und an den Arzt oder die koordinierende Einrichtung zur Korrektur bzw. Ergänzung zurückgesandt. Die Datenstelle erhält die korrigierte bzw. ergänzte Dokumentation in Papierform zurück. Es muss erkennbar sein, dass die Korrektur bzw. die Ergänzung von Angaben im Verantwortungsbereich des Arztes/der koordinierenden Einrichtung vorgenommen wurde.

Für das papiergebundene Korrekturverfahren gilt, dass Papierbelege im Original bzw. als Image mit einer qualifizierten elektronischen Signatur vorzulegen sind. Daneben können unter bestimmten Voraussetzungen auch revisionssicher gespeicherte Images anerkannt werden.

Für die Prüfung des Ausgleichsjahres 2016 erkennen die Prüfdienste auch Images an, die von einem Originaldokument als pdf-Datei eingescannt wurden, sofern das Originaldokument von der Datenstelle vorgehalten wird und auf Verlangen vorgezeigt werden kann.

4.4 Einhaltung von Übermittlungsfristen

Wurde die Frist für die Übermittlung und ggf. Korrektur oder Ergänzung der Erstdokumentation vom Arzt an die Krankenkasse bzw. Datenstelle eingehalten?

Erläuterung:
Damit die Erstdokumentation wirksam ist, muss sie bis zum Ende des nächsten Quartals zuzüglich 52 Tagen eingetroffen sein. Die Quartalsregelung entspricht dem vom Verordnungsgeber für die Folgedokumentation bestimmten Dokumentationszeitraum. Nach Ablauf dieses Zeitraums ist davon auszugehen, dass der in der Erstdokumentation enthaltene Befund nicht mehr aktuell ist bzw. sich verändert haben kann.

Sofern der Arzt für die Folgedokumentation zwischen einem Dokumentationszeitraum von einem Quartal und einem halben Jahr wählen kann, so ist dies vorliegend unbeachtlich. Entscheidend war, dass durch das Festlegen der Dokumentationszeiträume zum Ausdruck kommt, dass eine Änderung des Befundes bereits nach Ablauf eines Quartals möglich sein kann. § 28d Abs. 1 Nr. 1 RSAV setzt für eine wirksame Einschreibung voraus, dass eine Erstdokumentation vorgelegt wird, die den tatsächlichen Gesundheitszustand des Versicherten widerspiegelt. Des Weiteren können die DMP nur sinnvoll von den Krankenkassen und den gemeinsamen Einrichtungen gesteuert werden, wenn die Erstdokumentation bei pauschalierter Betrachtungsweise vor dem Zeitpunkt in der Datenstelle vorliegt, an dem die nächste Folgedokumentation spätestens zu erstellen ist.
Eine Erstdokumentation, die erst nach Ablauf dieses Zeitraumes eintrifft, ist daher nicht mehr verwertbar.

Da die Datenstelle für die Krankenkasse handelt, genügt zur Einhaltung der Frist die Übermittlung an die Datenstelle (Eingangsdatum bei der Datenstelle). Der fristgerechte Eingang einer Dokumentation bei einer nicht zuständigen Datenstelle (z. B. Falschübersendung in einer Region, in der zwei Datenstellen tätig sind) ist hinreichend für die Einhaltung der Übermittlungsfrist.

Das von den Datenstellen elektronisch übermittelte Eingangsdatum der Dokumentation wird im Rahmen der RSA-Prüfung anerkannt. Das Posteingangsdatum ist in diesem Fall an den Dateinamen anzuhängen, z. B. 999999999_4860200_ED_20160721_TTMMJJ.tif).[18]

[18] Hotline Bezugsnummer 20070222-0001 Wissensdatenbank / 20070305-0005 Pinnwand

4.5 Datum der RSA-Wirksamkeit

Wurde das Datum des Beginns der RSA-Wirksamkeit richtig bestimmt?

Erläuterung:

Das Datum der RSA-Wirksamkeit (§ 3 Abs. 3 Satz 7 RSAV) ist

a) das Einschreibedatum oder
b) das Zulassungsdatum bzw. Wiederzulassungsdatum des Programms (wenn das Zulassungsdatum jünger ist als das Einschreibedatum) bzw. bei Modellvorhaben der satzungsmäßige Beginn
oder
c) das Datum des Wiederbeginns eines erneuten Versicherungsverhältnisses bei derselben Krankenkasse bei Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse für bis zu sechs Monate (s. Ziff. 3.1).

Hinweis zu a):
Das Datum des Beginns der Teilnahme am DMP (Einschreibedatum) ist das jüngste Datum aller in der TE/EWE geleisteten Unterschriften sowie des in der Erstdokumentation dokumentierten Erstellungsdatums. Dies gilt grundsätzlich auch für Korrekturen und Ergänzungen der Dokumentation (siehe Ziffer 4.3). Bei Korrekturen/Ergänzungen des Arztes ohne Datum ist hilfsweise das Eingangsdatum der korrigierten Dokumentation bei der Datenstelle zu verwenden.

5 Fortsetzung/Beendigung der Teilnahme

5.1 Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation

Für das Ausgleichsjahr 2016 wird auf die Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität der Folgedokumentationen verzichtet.

5.2 Korrektur oder Ergänzung der Folgedokumentation

Ist die Ergänzung von Angaben in der Folgedokumentation oder die Korrektur von Angaben im Verantwortungsbereich des Arztes/der koordinierenden Einrichtung vorgenommen worden?

Erläuterung:
Korrekturen und Ergänzungen von Folgedokumentationen müssen vom Arzt nicht mehr unterschrieben werden.

Zum papiergebundenen Korrekturverfahren siehe Ausführungen zu Ziffer 4.3.

Krankenkasse oder Datenstelle sind dennoch weiterhin nicht befugt, Ergänzungen oder Korrekturen vorzunehmen. Dies betrifft grundsätzlich auch die DMP-Fallnummer und/oder administrative Daten. Die Korrektur verbleibt im Verantwortungsbereich des Arztes.

5.3 Dokumentationszeitraum

Wurde der Dokumentationszeitraum zutreffend berechnet und eingehalten?

Erläuterung:
Für die Erstellung der Folgedokumentation gilt der Quartalsbezug. Das bedeutet, dass eine Dokumentation immer innerhalb des nächsten Quartals oder innerhalb jedes zweiten Quartals erstellt werden muss.

Der Arzt kann bei allen Indikationen festlegen, in welchem zeitlichen Abstand die nächste Dokumentation zu erfolgen hat (nächstes Quartal oder das übernächste Quartal). Bei der Indikation Brustkrebs erfolgt die Dokumentation grundsätzlich regelhaft jedes zweite Quartal. Abweichend hiervon sind aber im Einzelfall gewählte kürzere, quartalsweise Abstände möglich.

Das Erstellungsdatum ist das Datum der erstmaligen Erstellung; Datumsangaben in einem Korrekturverfahren beeinflussen nicht den Dokumentationszeitraum. Wenn der Dokumentationszeitraum nicht eingehalten wurde, gilt die Dokumentation für diesen Dokumentationszeitraum als fehlend. Auf die Nennung von Gründen durch den Arzt kommt es nicht an.

Zu berücksichtigen ist dabei:

a) Erstellung von Dokumentationen **vor** dem Dokumentationszeitraum:
Für alle Indikationen gilt, dass vorzeitige Dokumentationen bei einem Dokumentationszeitraum „jedes 2. Quartal“ anzuerkennen sind (BVA V2 - 5623.0 - 1472/2006 v. 24.10.2006, Anlage E). Sie lösen dann den neuen Anker zur Bestimmung des nächsten Dokumentationszeitraumes aus.

b) Erstellung von Dokumentationen **nach** dem Dokumentationszeitraum
Wird eine Dokumentation nach Ablauf des Dokumentationszeitraums erstellt, wird sie für den abgelaufenen Dokumentationszeitraum nicht gewertet. Sofern sie jedoch als gültige Dokumentation für das Quartal der Erstellung zu werten ist[19], löst sie den neuen Anker zur Bestimmung des nächsten Dokumentationszeitraumes aus.[20]

[19] Hotline Bezugsnummer 20070125-0002 Wissensdatenbank / 20070209-0001 Pinnwand
[20] Hotline Bezugsnummer 20070125-0023 Wissensdatenbank / 20070307-0005 Pinnwand

Es ist zu beachten, dass eine Änderung des Dokumentationsintervalls immer zu berücksichtigen ist. Auch bei **endgültig als fehlend zu wertenden - d.h. zum Beispiel nicht fristgerecht übermittelten - Dokumentationen** kann eine Änderung des Dokumentationsintervalls von „quartalsweise“ auf „jedes zweite Quartal“ berücksichtigt werden, falls dies so umgesetzt worden ist. Wird die Änderung des Dokumentationsintervalls auf einer als endgültig fehlend gewerteten Dokumentation nicht umgesetzt, ist dies für die Gültigkeit der folgenden Dokumentation unschädlich.[21] Weitere Angaben (z. B. zur Schulung) aus Dokumentationen, die als endgültig fehlend zu werten sind, bleiben dagegen unberücksichtigt.

Hinweis zu § 42 Abs. 4 RSAV
Liegt im ersten Quartal des Jahres 2015 keine Dokumentation vor, wird zugunsten der Krankenkasse davon ausgegangen, dass im letzten Quartal des Jahres 2014 eine gültige Dokumentation mit einem vereinbarten Dokumentationsintervall „jedes zweite Quartal“ erstellt wurde.

5.4 Einhaltung von Übermittlungsfristen

Wurde die 52 (10+42)-Tage-Frist für die Übermittlung und ggf. Korrektur der Folgedokumentation vom Arzt an die Krankenkasse bzw. Datenstelle eingehalten?

Erläuterung:
Da die Datenstelle für die Krankenkasse handelt, genügt zur Einhaltung der Frist die Übermittlung an die Datenstelle (Eingangsdatum bei der Datenstelle). Der fristgerechte Eingang einer Dokumentation bei einer nicht zuständigen Datenstelle ist hinreichend für die Einhaltung der Übermittlungsfrist. Die 10-Tage-Frist des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a und Abs. 3 RSAV hat keine eigenständige Bedeutung hinsichtlich der Übermittlungsfrist der Dokumentation.

Mit der 7. RSA-ÄndV kommt zu der o.g. 10-Tage-Frist die Frist nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV von 6 Wochen (= 42 Tage) hinzu, so dass sich insgesamt eine Übermittlungsfrist von 52 Tagen ergibt.

[21] Hotline Bezugsnummer 20070404-0003 Wissensdatenbank / 20070416-0010 Pinnwand

Es gilt der Quartalsbezug für die Erstellung der Dokumentationen. Die Übermittlungsfrist beginnt unabhängig vom Dokumentationsintervall mit dem ersten Tag des Folgequartals (BVA V2 - 5580.8 - 4456/2003 v. 6.4.2004, Anlage E).

Das von den Datenstellen elektronisch übermittelte Eingangsdatum der Dokumentation wird im Rahmen der RSA-Prüfung anerkannt. Das Posteingangsdatum ist in diesem Fall an den Dateinamen anzuhängen (z. B. 999999999_4860200_FD_20160721_TTMMJJ.tif).[22]

Nach Überschreiten der Frist ist die Folgedokumentation als fehlend zu werten. § 26 SGB X ist zu beachten. Es ist zu prüfen, ob es sich hierbei um die zweite verfristete Folgedokumentation in Folge handelt.

[22] Hotline Bezugsnummer 20070222-0001 Wissensdatenbank / 20070302-0001 Pinnwand

5.5 Bestimmung des Endes einer Teilnahme

Wurde bei Vorliegen eines Ausschreibungsgrundes die Teilnahme am DMP beendet und das Datum der Teilnahmebeendigung richtig bestimmt?

Erläuterung:
Die Versicherungszeit DMP endet

a) mit dem Todestag oder mit dem Tag, an dem die Versicherung bei der Krankenkasse beendet wird.

Die Versicherungszeit DMP endet ferner nach § 3 Abs. 3 Satz 8 RSAV

b) mit dem Tage, an welchem die Zulassung des Programms endet
c) mit dem Tage des Widerrufs der Einwilligungserklärung nach § 137f Abs. 3 SGB V oder der Kündigung der Teilnahme am DMP-Programm durch den Versicherten (Eingangsdatum bei der Krankenkasse bzw. das vom Versicherten bestimmte Datum),
d) mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV endet.

   Dies ist der Fall,

   d1) wenn die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt sind oder
   d2) wenn innerhalb von zwölf Monaten zwei der in den Dokumentationen genannten und vom Arzt veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen wurden oder
   d3) wenn zwei <u>aufeinanderfolgende</u> Dokumentationen nicht oder nicht innerhalb des zutreffenden Dokumentationszeitraumes erstellt sowie fristgerecht vollständig und plausibel übermittelt worden sind.

e) bei Mamma-CA-DMP (Brustkrebs): Nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach der Primärtherapie.

Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass die Versicherungszeit DMP bei Feststellung einer Berufskrankheit zur selben Indikation mit Datum des Bescheids über die Anerkennung endet.[23]

zu a) Im Falle des Todes des Versicherten bedarf es für den letzten Dokumentationszeitraum (in welchen der Todestag des Versicherten fällt) keines Nachweises einer Dokumentation. Der Ausschlusstatbestand nach § 28d Abs. 2 Nr. 2c RSAV wird für diesen Dokumentationszeitraum nicht geprüft. Die RSA-wirksame Zeit endet mit Ablauf des Todestages.

Fällt in den sonstigen Fällen der Beendigung der Mitgliedschaft (Krankenkassenwechsel, Kündigung) das wirksame Ende-Datum auf den letzten Tag des Dokumentationszeitraums, so stellt das Fehlen der Dokumentation für diesen letzten vollständigen Dokumentationszeitraum einen Ausschlusstatbestand nach § 28d Abs. 2 Nr. 2c RSAV dar.

Fällt das wirksame Ende-Datum n i c h t auf den letzten Tag eines Dokumentationszeitraumes, so führt das Fehlen der Dokumentation für diesen letzten, nicht vollständigen Dokumentationszeitraum n i c h t zum Ausschlusstatbestand gem. § 28d Abs. 2 Nr. 2c RSAV, da dieser erst nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes bewertet werden kann (BVA V2 an IKK-BV ohne Az. v. 6.8.2004, Anlage E).

Hinweis: Ausnahmeregelung bei Versicherungslücken (siehe Ziffer 3.1).

zu c) Die Programmteilnahme endet mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung bzw. mit dem Tag, zu dem die Teilnahme an dem DMP durch den Versicherten gekündigt wurde. Die Kündigung ist in geeigneter Form nachzuweisen; Schriftform ist nicht erforderlich (BVA V2 - 5623.4 - 3260/2006 v. 24.9.2007, Anlage E). Für die Kündigung der Teilnahme bzw. den Widerruf des Einverständnisses von Minderjährigen ist nach § 36 Abs. 2 Satz 2 SGB I die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich (BVA V2 an SpiK ohne Az. v. 14.4.2005, Anlage E).

zu d) Das Dokumentationsdatum ist grundsätzlich das in der letzten gültigen Dokumentation ausgewiesene Erstellungsdatum, im Fall von Korrekturen das jüngste Korrekturdatum.
Liegen nach einer wirksamen Einschreibung keine gültigen Folgedokumentationen vor,

[23] E-Mail des Bundesversicherungsamtes vom 7.2.2017 (Referat 515 ohne Az.)

beträgt die RSA-wirksame Versicherungszeit einen Tag (§ 3 Abs. 3 Satz 7 und Satz 8 Nr. 3 RSAV).

zu d2) Die Teilnahme des Versicherten am Programm endet mit dem Datum derjenigen gültigen Folgedokumentation, auf welcher zum zweiten Mal im Zwölf-Monate-Zeitraum das Feld „empfohlene Schulung wahrgenommen [seit der letzten Dokumentation]“ mit „nein“ gekennzeichnet ist. Voraussetzung ist, dass gemäß der vorherigen turnusgemäß erstellten Dokumentation der Arzt die Schulung empfohlen hat. Dabei kommt es nicht darauf an, dass derselbe Arzt, der die Nichtwahrnehmung der Schulung dokumentiert, die Schulung in der vorangegangenen Dokumentation auch empfohlen haben muss.[24]

Berechnung der 12-Monate-Frist:
Erscheint zum zweiten Mal auf einer Dokumentation die Ausprägung „empfohlene Schulung wahrgenommen“: „nein“, wird vom Tag der Gültigkeit der Dokumentation taggenau 12 Monate zurückgerechnet.
Liegt das Datum einer Dokumentation, auf welcher zuvor die fragliche Ausprägungen gekennzeichnet ist, innerhalb der so bestimmten Frist, so liegt der Ausschlusstatbestand nach § 28d Abs. 2 Nr. 2b RSAV vor.

Eine „Heilung“ des Ausschlusstatbestandes durch ein Nachholen der Schulung zu einem späteren Zeitpunkt ist in der RSAV nicht vorgesehen (BVA V2 - 5580.8 - 4456/2003 v. 27.9.2004, Anlage E).

Wenn eine Dokumentation als „endgültig fehlend“ gewertet werden muss, dann kann daraus keine Schlussfolgerung mehr hinsichtlich der Schulungsteilnahme gezogen werden.

Bei der Prüfung, ob eine vom Arzt veranlasste Schulung vom Versicherten wahrgenommen wurde, ist ausschließlich auf die Angaben in der Dokumentation abzustellen. Andere Unterlagen sind nicht heranzuziehen.[25]

zu e) Bei Mamma-CA-DMP (Brustkrebs) endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach der Primärtherapie. Die Primärtherapie gilt nach Ablauf von 6 Monaten nach dem histologischen Nachweis als abgelaufen. D.h. nach Ablauf von fünf Jahren und sechs Monaten ab dem Datum des histologischen

[24] Hotline Bezugsnummer 20090924-0001 Wissensdatenbank / 20091103-0001 Pinnwand
[25] Hotline Bezugsnummer 20070404-0002 Wissensdatenbank / 20070427-0012 Pinnwand

Nachweises bedarf es keiner Erklärung/keines Nachweises für die Ausschreibung (Teil B Ziffer I DMP-RL, zwischenzeitlich außer Kraft getreten).

Eine während der Teilnahme auftretende Neuerkrankung (kontralateraler Brustkrebs, lokoregionäres Rezidiv, Fernmetastasen) ist ausschließlich auf der Folgedokumentation zu dokumentieren. Tritt die Neuerkrankung erst nach Ausschreibung auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 9.7.2007, Anlage E).

Hinweis zu § 42 Abs. 4 RSAV
Zur Prüfung sind nur Unterlagen der Jahre 2015 bis 2017 vorzulegen. Das Datum der Beendigung der Teilnahme kann daher bei der Indikation Brustkrebs bei vor dem 1.1.2015 eingeschriebenen Versicherten nicht mehr hinreichend überprüft werden, wenn die Teilnahme nicht zum Datum der letzten gültigen Dokumentation beendet und das für die Berechnung der fünfeinhalbjährigen Rezidivfreiheit maßgebliche Datum des histologischen Nachweises vor dem zu prüfenden Zeitraum dokumentiert wurde. Zu beachten ist hierbei, dass die fünfeinhalbjährige Frist für die Beendigung der Teilnahme bei einer neu aufgetretenen Erkrankung wieder beginnt. Im Zweifel ist das von der Krankenkasse gemeldete Beendigungsdatum auch ohne Beleg des Zeitpunkts des histologischen Nachweises der Erkrankung anzuerkennen.

Ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Abs. 3a SGB V führt nicht zu einer sofortigen Beendigung der Teilnahme.

Fallbeispiele Anlage A

Aus Vereinfachungsgründen wurden bei der Fortschreibung der Fallbeispiele keine Wochen- bzw. Feiertage berücksichtigt.

Zu 3 Allgemeine Anforderungen

Zu 3.1 Versicherungsverhältnis

Fall 1: Versicherungslücken

Sachstand und Problem

Die Versicherung des eingeschriebenen DMP-Versicherten bei Kasse A endet zum 31.05.2015.

Die Versicherung bei Kasse A beginnt erneut ab

a) 01.12.2015

b) 02.12.2015

Für das 2. und 4. Quartal liegt jeweils eine gültige FD vor.

Lösungen

a) Da die Versicherungslücke nicht größer als 6 Monate ist, kann die DMP-Teilnahme mit der FD fortgesetzt werden.

b) Da die Versicherungslücke größer als 6 Monate ist, kann die DMP-Teilnahme nicht fortgesetzt werden. Eine Neueinschreibung mit einer ED und TE/EWE ist erforderlich.

Fall 2: Versicherungslücken - Fortsetzung/Beendigung der Teilnahme

Sachstand und Problem

Die Versicherung des eingeschriebenen DMP-Versicherten bei Kasse A endet zum 29.04.2015. Die Versicherung bei Kasse A beginnt erneut ab 01.10.2015. Für die Kasse A wird eine FD zum 13.11.2015 erstellt.

Die letzte gültige Folgedokumentation datiert vom

a) 18.03.2015

b) 18.04.2015

Dokumentationsintervall: jedes Quartal.

Lösungen:

a) Die Lücke ist nicht größer als 6 Monate, so dass grundsätzlich die DMP-Teilnahme mit einer FD fortgesetzt werden könnte. Es ist jedoch der Tatbestand des § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV erfüllt. Aufgrund zweier fehlender FD in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen (2. und 3. Quartal)

kommt es nicht zu einer Fortsetzung der DMP-Teilnahme. Die DMP-Versicherungszeit endet am 29.04.2015.

b) Die Lücke ist nicht größer als 6 Monate, so dass grundsätzlich die DMP-Teilnahme mit einer FD fortgesetzt werden könnte. Da kein Ausschreibungstatbestand des § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV vorliegt, wird die RSA-wirksame DMP-Teilnahme am 01.10.2015 fortgesetzt. Die vorherige DMP-Versicherungszeit endet am 29.04.2015.

Zu 3.2 Versichertengruppen

nicht belegt

Zu 3.3 Satzungsgenehmigung bei Modellvorhaben

nicht belegt

Zu 3.4 Formulare

Fall 1: ED und TE/EWE anstelle einer FD

Sachstand und Problem

Dokumentationsintervall: jedes Quartal.

Beispiel a)

3. Quartal 2015: Es liegt eine gültige FD vor (Erstellungsdatum: 14.09.2015).
4. Quartal 2015: FD fehlt.

Am 05.01.2016 wird eine ED und TE/EWE erstellt, die am 10.05.2016 bei der Datenstelle eingeht.

Lösung a)

Die im ersten Quartal 2016 erstellte ED ist gültig. Die FD für das erste Quartal 2016 fehlt. Die Programmteilnahme endet nach § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 28d Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV mit dem 14.09.2015 zum Tag der letzten Dokumentation. Mit der Neueinschreibung wird die Programmteilnahme zum 05.01.2016 wieder aufgenommen.

Beispiel b)

3. Quartal 2015: Es liegt eine gültige FD vor (Erstellungsdatum: 14.09.2015).
4. Quartal 2015: FD fehlt.

Am 14.10.2015 wird eine ED und TE/EWE erstellt, die am 20.10.2015 bei der Datenstelle eingeht.
1. Quartal 2016: FD fehlt.

Lösung b)
Die FD für das 4. Quartal 2015 und das 1. Quartal 2016 fehlen. Die Programmteilnahme endet nach § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 28d Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV mit dem 14.09.2015 zum Tag der letzten Dokumentation. Die im 4. Quartal 2015 erstellte ED ist gültig. Mit der Neueinschreibung wird die Programmteilnahme zum 14.10.2015 wieder aufgenommen.

Beispiel c)
3. Quartal 2015: Es liegt eine gültige FD vor (Erstellungsdatum: 14.09.2015, korrigiert am 26.10.2015).
4. Quartal 2015: ED und TE/EWE erstellt am 04.10.2015, Eingang bei der Datenstelle am 14.10.2015.
1. Quartal 2016: FD fehlt.

Lösung c)
Die FD für das 4. Quartal 2015 fehlt. Die ED und TE/EWE vom 04.10.2015 sind nicht als FD zu werten. Die Programmteilnahme ist wegen zwei aufeinanderfolgend fehlenden FD`en zum 26.10.2015 zu beenden. Eine Neueinschreibung zum 04.10.2015 ist nicht möglich, weil zu diesem Zeitpunkt die Programmteilnahme nicht beendet war.

Zu 3.5 Programmzulassung

Fall 1: Einschreibung zwischen Vertragsabschluss und Vertragsbeginn

Sachstand und Problem
Vertragsabschluss am 10.11. mit Wirkung zum 01.01. des Folgejahres. Der Arzt ist am 20.11. dem Vertrag beigetreten. Er schreibt am 01.12. einen Versicherten in ein DMP ein.

Lösung
Wird im Vertrag ein nach der Unterschrift liegender späterer Vertragsbeginn vereinbart, wird eine zwischen der Unterschrift und dem Vertragsbeginn erfolgte Einschreibung frühestens zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags wirksam, d. h. in diesem Fall zum 01.01. des Folgejahres.

Fall 2: Unterbrechung der Zulassung

Sachstand und Problem

In einer Region besteht ein durchgehender DMP-Vertrag. Eine Kasse dieser Region hat in 2015 verspätet einen Wiederzulassungsantrag gestellt. Für folgende Zeiträume liegt (lt. Zulassungsliste) eine Zulassung vor:

- 12.04.2010 - 11.04.2015
- 15.10.2015 - 31.12.2050

Lösung

Die RSA-wirksame Teilnahme am DMP endet nach § 3 Abs. 3 S. 8 Nr. 1 RSAV mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms endet, hier also am 11.04.2015.

Die während einer Zulassungslücke bei Unterbrechung der Zulassung erstellten Dokumentationen sind gültig. Sofern gültige Folgedokumentationen für das 2. und 3. Quartal 2015 vorliegen und kein sonstiger Beendigungstatbestand besteht, ist ab dem 15.10.2015 wieder eine RSA-wirksame DMP-Teilnahme anzuerkennen[1].

Zu 3.6 Teilnahme des/der koordinierenden Arztes/Einrichtung

Fall 1: Erstellung der FD durch vertretenden Arzt

Sachstand und Problem

Die in der FD dokumentierte lebenslange Arztnummer (LANR) ist nicht in der Liste der am Programm teilnehmenden Ärzte enthalten. Der diagnoseübergreifende allgemeine Datensatz enthält die Angabe „Dokumentation in Vertretung erstellt“

Lösung

Die FD, die durch einen nicht am DMP teilnehmenden Arzt in Vertretung erstellt wurde, ist gültig, auch wenn die LANR des dokumentierenden Arztes in Kombination mit der Betriebsstättennummer nicht in der Liste der am Programm teilnehmenden Ärzte enthalten ist (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 30.5.2008, Anlage E).

Fall 2: Verschiedene Genehmigungsdaten des Arztes durch die KV in einer Region

Sachstand und Problem

Beispiel a)

Es gibt Verträge der KV mit einzelnen Kassen bzw. Kassenarten in einer Region. Der Arzt beantragt einmal die Genehmigung bei der KV. Die KV erteilt die Genehmigung zur Teilnahme am DMP.

[1] Hotline Bezugsnummer 20141209-0004 Wissensdatenbank / 20141209-0005 Pinnwand

Lösung a)

Bei **gleichem** Vertragsinhalt tritt der Arzt einem Vertrag durch konkludentes Handeln bei. Die erteilte Genehmigung für die Teilnahme gilt für die Verträge in einer Region.

Beispiel b)

Vertragsabschluss AOK 15.08., Vertragsabschluss IKK 01.10. Der Arzt ist mit seiner Erklärung vom 01.09. dem AOK-Vertrag beigetreten. Er behandelt am 03.09. einen IKK-Versicherten und erstellt eine ED und eine TE/EWE. Eine ausdrückliche Beitrittserklärung zum IKK-Vertrag ist noch nicht erfolgt.

Lösung b)

Eine konkludente Teilnahme kann erst ab wirksamen Bestehen des KV-Vertrages mit den Leistungserbringern wirksam werden. Auch bei noch nicht erfolgtem Abschluss des DMP-Vertrags - die Einschreibung am 03.09. wird vor Vertragsabschluss am 01.10. vorgenommen - ist die Erstellung einer ED/ TE/EWE bei inhaltsgleichen Verträgen in einer Region gültig. Die Einschreibung wird frühestens zum 01.10. wirksam.

Fall 3: Inanspruchnahme eines Arztes zur FD in einer anderen Region

Sachstand und Problem

Beispiel a)

Der Versicherte ist eine begrenzte Zeit in einer anderen KV-Region. Für diesen Dokumentationszeitraum ist nur eine FD durch den dortigen Arzt erstellt worden.

Lösung a)

Die FD ist als endgültig fehlend zu werten.

Der Regionenbezug ergibt sich aus dem Hauptsitz des Arztes/Leistungserbringers. Der Versicherte hat die Teilnahme zu einem bestimmten Programm in einer bestimmten Region erklärt. Bei einem Regionenwechsel liegt auch ein anderes Programm der DMP-Versorgung zugrunde. Der Versicherte hätte also neu eingeschrieben werden müssen.

Beispiel b)

ED und TE/EWE vom 25.05.2015 wurden erstellt von Arzt M aus der Vertragsregion A;

1. FD vom 25.08.2015 wurde erstellt von Arzt X aus der Vertragsregion B;
2. FD vom 25.11.2015 wurde wieder von Arzt M aus der Vertragsregion A erstellt.

Lösung b)

Die erste FD vom 25.08.2015 ist als endgültig fehlend zu werten, da kein wirksamer Programmwechsel in die Region B stattgefunden hat. Das DMP läuft in der Vertragsregion A weiter.

Beispiel c)

ED und TE/EWE vom 25.05.2015 wurden erstellt von Arzt M aus der Vertragsregion A, weitere ED und TE/EWE vom 10.06.2015 von Arzt X aus der Vertragsregion B erstellt;
1. FD vom 25.08.2015 wurde jedoch wieder von Arzt M aus der Vertragsregion A erstellt;
2. FD vom 25.11.2015 wurde auch wieder von Arzt M aus der Vertragsregion A erstellt.

Lösung c)

Die Erstellung der weiteren ED und TE/EWE durch Arzt X aus der Vertragsregion B stellt einen wirksamen Programmwechsel dar. Die beiden durch Arzt M aus der Vertragsregion A erstellten FD sind ungültig bzw. nicht verwertbar, weil sie nicht für das bestehende Programm in der Vertragsregion B erstellt wurden. Die Teilnahme am Programm in der Vertragsregion A endet daher in Folge der konkludenten Kündigung zum 9.6.2015 (Tag vor der Neueinschreibung in Vertragsregion B). Da aus der Vertragsregion B keine FD des Arztes X kommen (= zwei fehlende FD), ist der Versicherte zum 10.6.2014 auszuschreiben. Die Zeit vom 25.05.2015 bis 10.06.2015 ist DMP-Versicherungszeit.

Ein Versicherter kann nur an einem Programm derselben Indikation teilnehmen. Mit seiner Unterschrift auf der TE/EWE für ein neues Programm in einer anderen Region entscheidet sich der Versicherte für ein a n d e r e s Versorgungsarrangement und kündigt gleichzeitig durch konkludentes Handeln seine Teilnahme am bisherigen Programm. Das gilt im Übrigen auch, wenn für das neue Programm keine Zulassung beantragt wurde. Wenn der Versicherte zwischen zwei Programmen derselben Indikation in unterschiedlichen Regionen wechselt, hat die Krankenkasse keine Wahlmöglichkeit hinsichtlich der Programmteilnahme des Versicherten.[2]

Beispiel d)

ED und TE/EWE vom 25.05.2015 wurden erstellt von Arzt M aus der Vertragsregion A;
1. FD vom 25.08.2015 wurde erstellt von Arzt X aus der Vertragsregion B;
2. FD vom 25.11.2015 wurde erstellt von Arzt X aus der Vertragsregion B;
3. FD vom 25.02.2016 wurde wiederum von Arzt M aus der Vertragsregion A erstellt.

Lösung d)

Die beiden FD vom 25.08.2015 und 25.11.2015 sind als endgültig fehlend zu werten, da kein wirksamer Programmwechsel in die Region B stattgefunden hat. Da für die Vertragsregion A zwei FD fehlen, liegt ein Tatbestand zur Ausschreibung zum 25.05.2015 (letzte gültige Dokumentation) vor. Als DMP-Versicherungszeit wird der 25.05.2015 berücksichtigt.

[2] Hotline Bezugsnummer 20070510-0003 Wissensdatenbank / 20070521-0002 Pinnwand

Zu 4 Einschreibeverfahren

Zu 4.1 Gültigkeit der TE/EWE

Fall 1: Verlust des Originals

Sachstand und Problem

Das Original ist auf dem Postweg verloren gegangen.

Lösung

Eine Durchschrift (Exemplar für den Arzt bzw. Exemplar für den Patienten) wird grundsätzlich anerkannt.

Fall 2: Fehlendes Datum auf der TE/EWE

Sachstand und Problem

Auf der TE/EWE fehlt die Datumsangabe zur Unterschrift des Arztes und/oder die Datumsangabe zur Unterschrift des Versicherten.

Lösung

Das nachgewiesene Eingangsdatum bei der Datenstelle oder bei der Krankenkasse ist maßgeblich.

Fall 3: Fehlende lebenslange Arztnummer (LANR) auf der TE/EWE

Sachstand und Problem

Auf der TE/EWE fehlt die LANR.

Beispiele

a) Unter der Betriebsstättennummer (BSNR) ist nur ein Arzt tätig.

b) Unter der BSNR sind mehrere Ärzte tätig. Auf der TE/EWE ist ein Arztstempel vorhanden.

Lösungen

a) Die Krankenkasse kann die LANR - nach fernmündlicher Rücksprache mit dem Arzt - selbständig ergänzen, da eine eindeutige Zuordnung der LANR möglich ist. Eine eindeutige Zuordnung wäre auch auf der Grundlage eines Arztstempels möglich. BSNR und Arztnummer dürfen sich allerdings nicht widersprechen (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 9.12.2008, Anlage E).

b) Die Krankenkasse kann die LANR - nach fernmündlicher Rücksprache mit dem Arzt - selbständig ergänzen, wenn eine eindeutige Zuordnung der LANR auf Grundlage der BSNR **und** des Arztstempels möglich ist (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 9.12.2008, Anlage E).

Zu 4.2 Vollständigkeit und Plausibilität der Erstdokumentation

Fall 1: Gleichzeitige Einschreibung/Programmwechsel von Asthma und COPD

Sachstand und Problem

Im selben Quartal liegen sowohl zum DMP Asthma als auch zum DMP COPD gültige Dokumentationen vor. Sämtliche im Beispiel angeführten, quartalsweise zu erstellenden Dokumentationen gehen fristgerecht ein.

Beispiel a)

Arzt A erstellt
ED und TE/EWE zum DMP Asthma am 20.01.2015
FD Asthma für das 2. Quartal 2015

TE/EWE zum DMP COPD am 24.08.2015
ED zum DMP COPD am 25.09.2015
FD zum DMP Asthma am 21.09.2015

FD zum DMP COPD am 20.10.2015
FD zum DMP Asthma am 24.11.2015

Lösung a)

Der Versicherte nimmt ab dem 20.01.2015 am DMP Asthma teil. Er vollzieht mit der Erstellung der TE/EWE am 24.08.2015 sowie der ED am 25.09.2015 einen gültigen Programmwechsel zum DMP COPD. Der Programmwechsel wird mit der Erstellung der ED am 25.09.2015 (jüngstes Unterschriftsdatum) wirksam. Die Teilnahme am DMP Asthma endet mit dem 24.09.2015. Die FD zum DMP COPD vom 20.10.2015 ist gültig.

Beispiel b)

Arzt A erstellt
ED und TE/EWE zum DMP Asthma am 20.01.2015
FD zum DMP Asthma am 09.04.2015
FD zum DMP Asthma am 21.09.2015
FD zum DMP Asthma am 24.11.2015

Arzt B erstellt
TE/EWE zum DMP COPD am 24.08.2015
ED zum DMP COPD am 25.09.2015
FD zum DMP COPD am 20.10.2015

Lösung b)
Der Versicherte nimmt ab dem 20.01.2015 am DMP Asthma teil. Der Versicherte vollzieht mit der Erstellung der TE/EWE am 24.08.2015 sowie der ED am 25.09.2015 durch Arzt B einen Programmwechsel zum DMP COPD. Der Programmwechsel wird mit der Erstellung der ED am 25.09.2015 (jüngstes Unterschriftsdatum) wirksam. Die Teilnahme am DMP Asthma endet mit dem 24.09.2015.
Hinweis: Die - vom Versicherten nicht zu unterschreibenden - FD zum DMP Asthma vom 21.09.2015 und vom 24.11.2015 können die Einschreibung zum DMP COPD nicht widerrufen.

Beispiel c)
Arzt A erstellt

1. Quartal 2015	ED und TE/EWE zum DMP Asthma am 20.01.2015
2. Quartal 2015	FD zum DMP Asthma
3. Quartal 2015	ED und TE/EWE zum DMP COPD am 25.09.2015
4. Quartal 2015	FD zum DMP COPD am 20.10.2015
	FD zum DMP Asthma am 24.11.2015
1. Quartal 2016	FD zum DMP Asthma am 12.01.2016
	keine FD zum DMP COPD
2. Quartal 2016	FD zum DMP Asthma am 14.05.2016
	keine FD zum DMP COPD

Lösung c)
Der Versicherte nimmt ab dem 20.01.2015 am DMP Asthma teil. Er vollzieht mit der Erstellung der TE/EWE und ED am 25.09.2015 einen Programmwechsel zum DMP COPD. Die Teilnahme am DMP Asthma endet mit dem 24.09.2015.

Da im ersten und zweiten Quartal 2016 keine FD zum DMP COPD erstellt werden, endet die Programmteilnahme am DMP COPD zum Datum der letzten gültigen Dokumentation am 20.10.2015.

Zu 4.3 Unterschrift des Arztes bei Ergänzung oder Korrektur

nicht belegt

Zu 4.4 Einhaltung von Übermittlungsfristen für Erstdokumentationen

Berechnung der Übermittlungsfrist

Die Frist endet jeweils mit Ablauf des

- 21. August für das 1. Quartal
- 21. November für das 2. Quartal
- 21. Februar des Folgejahres für das 3. Quartal
- 22. Mai des Folgejahres für das 4. Quartal

Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, endet die Frist mit dem Ablauf des nächsten Werktages.

Fall 1: ED ist zunächst nicht vollständig und plausibel

Sachstand und Problem

Die ED wurde am 29.07.2015 erstellt und ist nicht vollständig und plausibel. Sie geht erstmalig am 25.08.2015 bei der Datenstelle ein. Nach dem Korrekturprozess am 08.11.2015 geht die ED am 21.02.2016 wieder bei der Datenstelle ein. Sie ist nun vollständig und plausibel.

Lösung

Die ED ist zu werten, da die Übermittlungsfrist (nächstes Quartalsende 31.12.2015 zuzüglich 52 Tage = 21.02.2016) eingehalten ist.

Zu 4.5 Datum der RSA-Wirksamkeit

Fall 1: Versicherungsverhältnis im Anschluss an Betreuungsverhältnis

Sachstand und Problem

a) Ein Betreuter (Person, die außerhalb eines Versicherungsverhältnisses von einer Krankenkasse betreut wird) nimmt an einem DMP teil und wechselt in ein Versicherungsverhältnis.

b) Es findet ein Wechsel zwischen Versicherungs- und Betreuungsverhältnis statt:
01.01.2011 - 09.01.2016 Pflichtversicherung als Arbeitnehmer
01.01.2015 Beginn DMP KHK bis laufend
10.01.2016 - 08.08.2016 Betreuungsverhältnis (Grenzgänger)
09.08.2016 - 09.01.2017 Pflichtversicherung als Arbeitnehmer
10.01.2017 - 08.08.2017 Betreuungsverhältnis (Grenzgänger)
09.08.2017 - laufend Pflichtversicherung als Arbeitnehmer

Lösung a)

Während des Betreuungsverhältnisses besteht keine RSA-wirksame Einschreibung, da keine Versicherung besteht bei

- Betreuten nach über- oder zwischenstaatlichem Recht
- Betreuten aus sozialem Entschädigungsrecht
- Betreuten, die Sozialhilfebezieher sind (und bei denen das Sozialamt die Kosten erstattet)

Die RSA-wirksame Einschreibung tritt mit dem Beginn des Versicherungsverhältnisses ein, wenn zuvor die Voraussetzungen für die Teilnahme am DMP erfüllt waren und weiterhin vorliegen (s. auch Wirkbetrieb, BVA V2 - 5623.0 - 2186/2002 v. 27.1.2005, Anlage E).

Lösung b)

Ein mehrmaliger Wechsel zwischen Betreuungs- und Versicherungsverhältnis bei derselben Krankenkasse unterbricht die DMP-Teilnahme eines Betreuten nach über- oder zwischenstaatlichem Recht nicht. Es bedarf keiner neuen Einschreibung. Dem steht auch die Begrenzung der möglichen Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse auf 6 Monate in § 28d Abs. 3 RSAV nicht entgegen. RSA-wirksam sind nur die Versicherungszeiten bei der inländischen Krankenkasse.[3]

Fall 2: TE/EWE zeitlich verzögert nach ED (durch anderen Arzt) ausgefüllt

Sachstand und Problem

Für die gültige ED für Brustkrebs fehlt die TE/EWE, was bedeutet, dass keine Einschreibung hätte erfolgen dürfen. Die FD geht mit einem Arztwechsel einher. Mit der FD wurde eine TE/EWE eingereicht.

ED durch 1. Arzt : 07.04.2015
FD durch 2. Arzt : 03.11.2015
TE/EWE durch 2. Arzt: 09.11.2015

Lösung

Die ED wird anerkannt; jüngstes Datum wird der TE/EWE entnommen.
Die RSA-wirksame Zeit beginnt ab 09.11.2015. Die FD ist fristgemäß erstellt, der nächste Dokumentationszeitraum ist das zweite Quartal 2016.

[3] Hotline Bezugsnummer 20150420-0001 Wissensdatenbank / 20150420-0001 Pinnwand

Zu 5 Fortsetzung / Beendigung der Teilnahme

Zu 5.1 Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation

nicht belegt

Zu 5.2 Korrektur oder Ergänzung der Folgedokumentation

nicht belegt

Zu 5.3 Dokumentationszeitraum

Fall 1: Dokumentationszeitraum bei 2. ED nach Operation bei Brustkrebs

Sachstand und Problem

Bei einer Versicherten wird histologisch die Diagnose Brustkrebs am 02.02.2015 gestellt. Die Patientin wird am 10.03.2015 ins Programm eingeschrieben. Die Operation findet erst am 12.05.2015 statt.

Datum TE/EWE: 10.03.2015
Datum 1. ED präoperativ: 10.03.2015
Datum 2. ED postoperativ: 28.05.2015

Lösung

Die Berechnung des Dokumentationszeitraumes setzt auf der ersten präoperativ ausgestellten ED auf. Die postoperative ED ist zwar laut Vertrag 4 Wochen nach Operation auszufüllen. Dies ist jedoch nicht prüfbar, da der Operationstermin nicht dokumentiert wird. Die zweite ED wird unabhängig von den Dokumentationszeiträumen erstellt.
Dokumentationsintervall: übernächstes Quartal, d.h. 01.07.2015 bis 30.09.2015.

Fall 2 : Änderung des Dokumentationsintervalls aufgrund einer endgültig als fehlend zu wertenden Dokumentation [4]

Sachstand und Problem

Für das 2. Quartal 2015 liegt eine gültige FD mit einem Dokumentationsintervall „jedes Quartal“ vor. Die FD für das 3. Quartal 2015 wurde nicht fristgemäß übermittelt. Das Dokumentationsintervall wurde hier auf das übernächste Quartal geändert.

Beispiele

a) Es liegt eine gültige FD für das 4. Quartal 2015 vor.
b) Es liegt eine gültige FD für das 1. Quartal 2016 vor.

[4] Hotline Bezugsnummer 20070404-0003 Wissensdatenbank / 20070416-0010 Pinnwand

Lösung

Die FD für das 3. Quartal 2015 ist als endgültig fehlend zu werten. Sowohl im Beispielfall a), in dem die FD im ursprünglichen Dokumentationsintervall “jedes Quartal“ erstellt wird als auch im Beispielfall b), in dem die FD unter Berücksichtigung des geänderten Dokumentationsintervalls „übernächstes Quartal“ erstellt wird, ist das Dokumentationsintervall als eingehalten zu werten.

Zu 5.4 Einhaltung von Übermittlungsfristen für Folgedokumentationen

Berechnung der Übermittlungsfrist von 52 Tagen

Die Frist endet jeweils mit Ablauf des

- 22. Mai für das 1. Quartal
- 21. August für das 2. Quartal
- 21. November für das 3. Quartal
- 21. Februar für das 4. Quartal

Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, endet die Frist mit dem Ablauf des nächsten Werktages.

Zu 5.5 Bestimmung des Endes der Teilnahme

Fall 1: Tod des Versicherten

Sachstand und Problem

Einschreibung zum 03.03.2015, Dokumentationsintervall: jedes Quartal; 1. FD am 17.05.2015; 2. FD (3. Quartal 2015) fehlt; der Versicherte verstirbt am

Beispiele

a) 31.12.2015

b) 01.01.2016.

Eine FD für das 4. Quartal 2015 wurde nicht erstellt.

Lösungen

a) Der Zeitpunkt der Beendigung der Teilnahme ist der 31.12.2015. Die FD für das 4. Quartal 2015 gilt nicht als fehlend.

b) Der Zeitpunkt der Beendigung der Teilnahme ist der 17.05.2015. Die FD für das 4. Quartal 2015 gilt als fehlend (= zweite fehlende FD). Damit liegt ein Ausschreibungstatbestand nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV vor.

Fall 2: Krankenkassenwechsel/Beendigung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse/ Kündigung des Versicherten

Sachstand und Problem

Einschreibung zum 03.03.2015, Dokumentationsintervall: jedes Quartal; 1. FD am 17.05.2015; 2. FD (3. Quartal 2015) fehlt; der Versicherte beendet seine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse zum

Beispiele

a) 30.12.2015

b) 31.12.2015

c) 01.01.2016.

Eine FD für das 4. Quartal 2015 wurde nicht erstellt.

Lösungen

a) Der Zeitpunkt der Beendigung der Teilnahme ist der 30.12.2015. Die FD für das 4. Quartal 2015 gilt nicht als fehlend.

b) Der Zeitpunkt der Beendigung der Teilnahme ist der 17.05.2015. Die FD für das 4. Quartal 2015 gilt als fehlend. Damit liegt ein Ausschreibungstatbestand nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV vor.

c) siehe b.).

Fall 3: Kombination mit Versicherungslücken

Sachstand und Problem

4. Quartal 2015:	Gültige FD liegt vor.
1. Quartal 2016:	FD fehlt.
2. Quartal 2016:	Versicherungslücke vom 01.03.2016 bis 31.07.2016; FD wurde nicht erstellt.
3. Quartal 2016:	Gültige FD liegt vor.

Lösung

Die Regelungen zur Versicherungslücke (kleiner als 6 Monate; Fortführung mit neuer FD) wären erfüllt. Da jedoch auch in der Zwischenzeit die Beendigungstatbestände nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV gelten (z. B. zwei aufeinanderfolgende FD`en fehlen), muss die DMP-Versicherungszeit beendet werden. Das Ende der RSA-wirksamen Zeit ist der 28.02.2016, da an diesem Tag die Versicherung bei der Kasse endet und die Teilnahme nicht fortgesetzt wird.

Fall 4: Fehlende FD - Ausschreibung zum Korrekturdatum

Sachstand und Problem

Dokumentationsintervall: jedes Quartal.

4. Quartal 2015: Gültige FD liegt vor.
1. Quartal 2016: Unplausible FD wurde am 24.02.2016 erstellt. Nach Korrektur durch den Arzt am 10.03.2016 ist FD gültig.
2. Quartal 2016: FD fehlt.
3. Quartal 2016: FD fehlt.

Lösung :

Der Versicherte ist zum 10.03.2016 auszuschreiben, da zwei aufeinanderfolgende Dokumentationen fehlen. Wenn der Arzt kein Korrekturdatum vermerkt hat, gilt das Posteingangsdatum bei der Datenstelle/Krankenkasse als Korrekturdatum.

Fall 5: Fehlende FD - Ausschreibung direkt nach Einschreibung

Sachstand und Problem

Dokumentationsintervall: jedes Quartal. Die Dokumentationen gehen fristgerecht ein.

3. Quartal 2015: TE/EWE vom 24.08.2015.
Unvollständige/unplausible ED vom 24.08.2015.
Korrektur durch den Arzt am 27.08.2015.
4. Quartal 2015: FD fehlt.
1. Quartal 2016: FD fehlt.

Lösung

Die Einschreibung ist zum Korrekturdatum erfolgt. Die Teilnahme ist wegen zwei aufeinanderfolgend fehlenden FD´en zum 27.08.2015 zu beenden, so dass ein RSA-wirksamer Tag zu werten ist.

Fall 6: Fehlende FD - ED und FD im selben Quartal

Sachstand und Problem

Die Dokumentationen gehen fristgerecht ein.

Dokumentationsintervall: jedes Quartal.

3. Quartal 2015: TE/EWE vom 24.08.2015.
ED vom 24.08.2015.
FD vom 28.09.2015.
4. Quartal 2015: FD fehlt.
1. Quartal 2016: FD fehlt.

Beispiele

a) Die ED vom 24.08.2015 und die FD vom 28.09.2015 werden vom selben Arzt erstellt.
b) Die ED vom 24.08.2015 und die FD vom 28.09.2015 werden von unterschiedlichen Ärzten erstellt.

Lösungen

a) Die FD vom 28.09.2015 ist als ungültig zu bewerten, da im 3. Quartal 2015 bereits eine ED erstellt wurde. Die Teilnahme ist wegen zwei aufeinanderfolgend fehlenden FD´en zum 24.08.2015 zu beenden, so dass ein RSA-wirksamer Tag zu werten ist.

b) Die FD vom 28.09.2015 ist als gültig zu bewerten, da ein Arztwechsel vollzogen wurde. Die Teilnahme ist wegen zwei aufeinanderfolgend fehlenden FD´en zum 28.09.2015 zu beenden.

Fall 7: Nichtwahrnehmung veranlasster Schulungen - mehrere Dokumentationen im selben Quartal

Sachstand und Problem

Dokumentationsintervall: jedes Quartal.

4. Quartal 2015: ED von Arzt A vom 27.10.2015, Schulung empfohlen.
1. Quartal 2016: FD von Arzt A vom 14.01.2016, „empfohlene Schulung nicht wahrgenommen“, erneut Schulung empfohlen.
1. Quartal 2016: FD von Arzt B vom 04.03.2016, „empfohlene Schulung nicht wahrgenommen“, erneut Schulung empfohlen.
2. Quartal 2016. FD von Arzt B vom 05.05.2016, „empfohlene Schulung nicht wahrgenommen“, erneut Schulung empfohlen.

Lösung

Der Versicherte ist wegen zweier im 12-Monatszeitraum nicht wahrgenommener Schulungen zum 05.05.2016 auszuschreiben.
Die Teilnahme des Versicherten am Programm endet mit dem Datum derjenigen gültigen FD, auf welcher zum zweiten Mal im Zwölf-Monats-Zeitraum das Feld „empfohlene Schuldung wahrgenommen“ mit „nein“ gekennzeichnet ist.
Die erste nicht wahrgenommene Schulung ist auf der FD des Arztes A vom 14.01.2016 dokumentiert. Die auf der FD von Arzt B vom 04.03.2016 dokumentierte nicht wahrgenommene Schulung entfaltet keine Wirkung, da ein mit dem „alten“ Arzt auf der ersten Dokumentation

vereinbarter Zeitraum zur Wahrnehmung der Schulung vor Ablauf des selben Quartals noch nicht abgelaufen sein kann.
Die auf der FD vom 05.05.2016 dokumentierte nicht wahrgenommene Schulung ist als zweite nicht wahrgenommene Schulung zu werten.

Fall 8: Beendigung der Teilnahme bei der Indikation Brustkrebs nach Ablauf von 5 Jahren und 6 Monaten ab dem Datum des histologischen Nachweises

Sachstand und Problem

Nach Ablauf von 5 Jahren und 6 Monaten ab dem Datum des histologischen Nachweises bedarf es bei der Indikation Brustkrebs keiner Erklärung/keines Nachweises für die Ausschreibung.

Beispiel

Für die Versicherte wurde am 05.03.2016 die letzte Dokumentation erstellt. Die Versicherte wurde jedoch erst zum 03.07.2016 ausgeschrieben. Eine weitere Erklärung liegt nicht vor.

Lösung

Vermutlich endete zum 03.07.2016 die Frist von 5 Jahren und 6 Monaten ab dem Datum des histologischen Nachweises. Die Beendigung zum 03.07.2016 ist anzuerkennen.

Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) Anlage B

B 0 Indikationsübergreifende TE/EWE

B 1 TE/EWE Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2)

B 1.1 gültig bis 30.06.2015

B 1.2 gültig ab 01.07.2015

B 2 TE/EWE Brustkrebs

B 3 TE/EWE Koronare Herzkrankheit

B 3.1 gültig bis 30.06.2015

B 3.2 gültig ab 01.07.2015

B 4 TE/EWE Asthma bronchiale

B 5 TE/EWE Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit

☐ Asthma oder ☐ COPD

070AH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Exemplar für die Datenstelle

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 Indikationsübergreifend

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit

☐ Asthma oder ☐ COPD

070AH

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Arzt

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 Indikationsübergreifend

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit

☐ Asthma oder ☐ COPD

070AH

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Patienten

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 Indikationsübergreifend

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 Hausärzteverband) 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 zusenden.

Anlage – Patienteninformation - indikationsübergreifend –
zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
Vermeidung von – typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen – Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können – von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom – Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) **Senkung** Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos	**Senkung des Risikos** eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden **Erhaltung** Ihrer Belastungsfähigkeit.	**Vermeidung/Reduktion** von – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen (bei Asthma) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit – unerwünschten Wirkungen der Therapie **Normalisierung** (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität **Reduktion** der Sterblichkeit

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre 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 z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
– Insulin – Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2) bei hohem Blutdruck: Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)	– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten – ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS)	**Medikamente zur Dauertherapie:** – Glukokortikosteroide (zum Inhalieren) – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) im **Bedarfsfall** zusätzlich **Medikamente der Bedarfstherapie** (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)	**Medikamente zur Dauertherapie** vorwiegend: – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – lang wirksame Anticholinergika im Bedarfsfall zusätzlich (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) – kurz wirksame Anticholinergika – eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Von jeder Dokumentation erhalten Sie zu Ihrer Information einen Ausdruck. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung („Information zum Datenschutz“). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

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 Schu-lungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch 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

010CH **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 beigefügt) 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

Unterschrift

Stempel Arzt

11.03.2008 Diabetes

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

010CH

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Arzt

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 beigefügt) 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

Unterschrift

Stempel Arzt

11.03.2008 Diabetes

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

010CH

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Patienten

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 beigefügt) 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

Unterschrift

Stempel Arzt

11.03.2008 Diabetes

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 Hausärzteverband) 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 zusenden.

11.03.2008 Diabetes

Anlage – Patienteninformation –
zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 nach § 137 f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele sind:

- Vermeidung typischer Diabetessymptome wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen,
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung),
- Senkung des Schlaganfall- oder Herzinfarktrisikos,
- Vermeidung der Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können,
- Vermeidung von Nervenschädigungen und des diabetischen Fußsyndroms.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Grundlegende Bestandteile der Therapie können sein:

- Ernährungsberatung, Tabakverzicht, vermehrte körperliche Aktivität.
- Je nach Art der Blutzucker senkenden Therapie eine Stoffwechselselbstkontrolle.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören beispielsweise:

- Zur Senkung des Blutzuckers:
  Insuline, Glibenclamid (bei nicht übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2)
  und Metformin (bei übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2)
- Zur Senkung des Blutdrucks:
  Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer.
- Zur Beeinflussung des Fettstoffwechsels bei erhöhtem Risiko eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts:
  Statine wie Simvastatin, Pravastatin oder Atorvastatin.
- Zur Linderung von Beschwerden, die durch Nervenschädigungen infolge des Diabetes hervorgerufen werden:
  Antidepressiva und Antiepileptika, soweit sie hierfür zugelassen sind.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine verein-

05.2008 Diabetes

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
Kostenträgerkennung	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

010DH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Exemplar für die Datenstelle

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 beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

08.10.2014 Diabetes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | 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

010DH

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Arzt

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 beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

08.10.2014 Diabetes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | 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

010DH

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 beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

Exemplar für den Patienten

08.10.2014 Diabetes

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 Hausärzteverband) 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 zusenden.

Anlage – Patienteninformation –
zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 nach § 137 fSGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele sind:

- Vermeidung typischer Diabetessymptome wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen,
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung),
- Senkung des Schlaganfall- oder Herzinfarktrisikos,
- Vermeidung der Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können,
- Vermeidung von Nervenschädigungen und des diabetischen Fußsyndroms.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Grundlegende Bestandteile der Therapie können sein:

- Ernährungsberatung, Tabakverzicht, vermehrte körperliche Aktivität
- Je nach Art der Blutzucker senkenden Therapie eine Stoffwechselselbstkontrolle
- Schulungen

Aufgrund der im gesetzlichen Auftrag erarbeiteten 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 Behand-

lungsverlauf 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. 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). Sofern Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

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 Sie auch 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 der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Brustkrebs

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs

020DH

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 beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 Brustkrebs

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

Exemplar für den Arzt

020DH

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 beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 Brustkrebs

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

020DH

Krankenhaus-IK

Exemplar für die Patientin

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 beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 Brustkrebs

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.

Anlage – Patientenmerkblatt –
zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs nach § 137 f SGB V
zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen

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 den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig 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 (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

030BH **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 beigefügt) 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

Unterschrift

Stempel Arzt

11.03.2008 KHK

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

Exemplar für den Arzt

030BH

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 beigefügt) 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

Unterschrift

Stempel Arzt

11.03.2008 KHK

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

030BH **Krankenhaus-IK**

Exemplar für den Patienten

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 beigefügt) 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

Unterschrift

Stempel Arzt

11.03.2008 KHK

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 Hausärzteverband) 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 zusenden.

11.03.2008 KHK

Anlage – Patienteninformation –
zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit
nach § 137 f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen

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 diese 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.

05.2008 KHK

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
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

030CH

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 beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

08.10.2014 KHK

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

Exemplar für den Arzt

030CH

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 beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

08.10.2014 KHK

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

Exemplar für den Patienten

030CH

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 beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

08.10.2014 KHK

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 Hausärzteverband) 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 zusenden.

11.03.2008 KHK

Anlage – Patienteninformation –
zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit nach § 137f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen

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 den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig 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 im gesetzlichen Auftrag erarbeiteten Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören:

- Betarezeptorenblocker 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). Sofern Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

10.2014 KHK

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 Sie auch 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

050BH

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(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 Asthma

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

050BH

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Arzt

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 Asthma

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

050BH

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Patienten

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 Asthma

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 Hausärzteverband) 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 zusenden.

Anlage – Patienteninformation Asthma - indikationsspezifisch –
zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma

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

2. Reduktion der asthmabedingten Sterblichkeit.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig 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 im gesetzlichen Auftrag erarbeiteten Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind 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)
- Anti-IgE-Antikörper

Medikamente der Bedarfstherapie/Anfallstherapie:

- schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)
- kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)

und in begründeten Fällen:

- systemische Glukokortikosteroide (maximal bis zu 2 Wochen)
- kurz wirksame Anticholinergika
- Theophyllin (Darreichungsform mit schneller 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, 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“). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

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 Sie auch 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

060B4

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Exemplar für die Datenstelle

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 COPD

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

060B4

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Arzt

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 COPD

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

060B4

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Patienten

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) 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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

03.12.2012 COPD

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 Hausärzteverband) 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 zusenden.

11.03.2008 COPD

Anlage – Patienteninformation COPD - indikationsspezifisch –
zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms COPD

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 Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag und
- eines raschen Voranschreitens der Erkrankung

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Minimierung der unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

2. Reduktion der COPD-bedingten Sterblichkeit

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig 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 im gesetzlichen Auftrag erarbeiteten Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und deren Sicherheit erwiesen sind 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 wirksames Anticholinergikum
- lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum

und in begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- inhalative Glukokortikosteroide (bei schwerer und sehr schwerer COPD)
- mukoaktive Substanzen (bei häufigen Exazerbationen)

Medikamente der Bedarfstherapie:

- kurz wirksames Beta-2-Sympathomimetikum
- kurz wirksames Anticholinergikum
- Kombination aus kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum und Anticholinergikum

und in begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)
- Inhalation von Salzlösungen (bei Schleimretention)
- mukoaktive Substanzen (bei Schleimretention)

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 angebotenen 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“). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

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 Sie auch 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.

Dokumentationen, Ausfüllanleitungen — Anlage C

C 0 **Indikationsübergreifende Dokumentation**

C 0.1 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs) (bis 30.06.2015)

C 0.1.1 Ausfüllanleitung zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz Stand 11.10.2012

C 0.2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs) (ab 01.07.2015)

C 0.2.1 Ausfüllanleitung zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz Stand 11.10.2014

C 0.3 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs) (ab 01.01.2016)

C 0.3.1 Ausfüllanleitung zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz Stand 11.10.2014 (C 0.2.1) behält ihre Gültigkeit

C 1 **Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2)**

C 1.1 Indikationsspezifische Dokumentation DM 1 und DM 2 (bis zum 30.06.2015)

C 1.1.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2 Stand 07.04.2008

C 1.2 Indikationsspezifische Dokumentation DM 1 und DM 2 (ab dem 01.07.2015)

C 1.2.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2 Stand 15.08.2014

C 1.2.2 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2 Stand 31.08.2015 (ab 01.01.2016)

C 2 **Brustkrebs (BK)**

C 2.1 Erst- und Folge-Dokumentation BK

C 2.1.1 Ausfüllanleitung zur Erst- und Folge-Dokumentation BK - Stand 18.04.2013

C 3 **Koronare Herzkrankheit (KHK)**

C 3.1 Indikationsspezifische Dokumentation KHK (bis zum 30.06.2015)

C 3.1.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz KHK - Stand 07.04.2008

C 3.2 Indikationsspezifische Dokumentation KHK (ab dem 01.07.2015)

C 3.2.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz KHK - Stand 10.11.2014

C 4 Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1)

C 4.1 Indikationsspezifische Dokumentation DM 1 und DM 2 (bis zum 30.06.2015) s. Anlage C 1.1

C 4.1.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2 Stand 07.04.2008 - s. Anlage C.1.1.1

C 4.2 Indikationsspezifische Dokumentation DM 1 und DM 2 (ab dem 01.07.2015) s. Anlage C. 1.2

C 4.2.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2 Stand 15.08.2014 - s. Anlage C.1.2.1

C 4.2.2 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2 Stand 31.08.2015 (ab 01.01.2016) - s. Anlage C.1.2.2

C 5 Asthma bronchiale

C 5.1 Indikationsspezifische Dokumentation Asthma bronchiale

C 5.1.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz Asthma bronchiale Stand 20.11.2012

C 6 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

C 6.1 Indikationsspezifische Dokumentation COPD

C 6.1.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz COPD - Stand 07.04.2008

Anlage 2:

(zu §§ 28b bis 29g)

	Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)	
Lfd. Nr.	**Dokumentationsparameter**	**Ausprägung**
	Administrative Daten	
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Familienname, Vorname
3	Geburtsdatum der/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

[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.

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

Ausfüllanleitung

zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz

für die strukturierten Behandlungsprogramme

KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und 2,

Asthma bronchiale und COPD

Stand der letzten Bearbeitung: 11.10.2012
Version 3.2

Ausfüllanleitung

Vorbemerkung

Die Dokumentation stellt ein Kernelement zur Umsetzung der Disease-Management-Programme dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten erfüllt die Dokumentation weitere wichtige Funktionen:

Sie bildet den Verlauf der Erkrankung ab und kann als Checkliste bezüglich medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen dienen. Sie stellt einen Informationsspeicher für Sie und Ihren Patienten dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.
Ein Ausdruck der Dokumentation kann bei notwendigen Über- und Einweisungen als Begleitbrief dienen.
Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Feedback-Berichts, die Durchführung der Qualitätssicherung und für die Programmevaluation.

Die sorgfältige Eintragung der Daten ist daher überaus wichtig und für Sie, Ihre Patienten und alle mitbehandelnden Ärzte von Vorteil.

Ab dem 01. Juli 2008 hat der Gesetzgeber die ausschließliche elektronische Datenerfassung und -übermittlung vorgesehen, um die Datenqualität zu verbessern und die Verzahnung der Dokumentationen innerhalb der unterschiedlichen Indikationen herzustellen. Zudem sind die Dokumentationsdaten auf diejenigen Daten beschränkt, die für eine effektive Qualitätssicherung genutzt werden können, Aussagen zum Krankheitsverlauf möglich machen und im Rahmen der Evaluation Anwendung finden.

Für alle DMP-Indikationen sind zunächst die in einer Praxis-Verwaltungs-Software (PVS) bereits hinterlegten administrativen Daten, Daten zu allgemeiner Anamnese und zu bekannten Befunden sowie Daten zum Behandlungsplan zu dokumentieren. Im Weiteren kommen dann diagnosespezifische Daten, wie z. B. der HbA1c-Wert beim Diabetes oder Angaben zur Medikation, hinzu.
Die Auswahl und Zusammenführung der Daten erfolgt durch die Dokumentationssoftware. Sie als dokumentierender Arzt erhalten die notwendigen Dokumentationsparameter durch die Vorauswahl der von Ihnen zu dokumentierenden Indikationen (siehe auch Erläuterungen zu „Einschreibung wegen“). Es entfällt die Notwendigkeit der nach Indikationen getrennten Dokumentation.

Allgemeine Fragen

Welche Patienten können eingeschrieben werden?

DMP gibt es für die Indikationen
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Asthma bronchiale
- COPD

Zielgruppe sind alle gesetzlich krankenversicherten Patienten, bei denen eine oder mehrere der vorstehenden Erkrankungen vorliegt. Die zuständige Krankenkasse muss einen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen KV abgeschlossen haben, und der Patient muss die Einschreibekriterien des Programms entsprechend der Vorgaben der RSAV erfüllen.

Wann ist die Dokumentation vollständig?

Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind. Ihre Praxissoftware unterstützt Sie bei der Feststellung der Vollständigkeit der Angaben.

Die Dokumentation ist seit dem 01.07.2008 ausschließlich elektronisch zu erstellen. Denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrem Patienten jeweils einen Ausdruck der ausgefüllten Dokumentation auszuhändigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig ausgefüllten Dokumentationen und bei Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie erfolgen kann.

Wie werden die Dokumentationen weitergeleitet und honoriert?

Die Dokumentationen sind aus Ihrer Praxis elektronisch an die für Sie zuständige Datenstelle zu übermitteln. Dies kann auf direktem Wege über eine gesicherte Datenleitung oder aber über den Postversand eines Datenspeichers, wie etwa einer CD-ROM, erfolgen. Alternativ können die Daten in einigen Regionen auch online (z.B. auf einem Server der Datenstelle) erfasst werden.

Sollten die von Ihnen vorgenommenen Angaben in der Dokumentation unvollständig oder unplausibel sein, wird die Dokumentation in Kopie an Sie zur Korrektur zurückgeschickt. Wenngleich durch die Programmierung Ihrer PVS solche Fälle in der Regel vermieden werden, lassen sich gelegentliche Fehler im übermittelten Datensatz erfahrungsgemäß doch nicht sicher ausschließen. Die vollständige und plausible Dokumentation muss inklusive abgeschlossener Korrektur bzw. Vervollständigung der zuständigen Datenstelle innerhalb von 52 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes vorliegen.
Wenn Sie noch Fragen zum Ausfüllen oder zur Handhabung der Dokumentation haben, wenden Sie sich bitte an die zuständige Stelle (z. B. Ihre KV oder die zuständige Datenstelle).

DMP-Fallnummer

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

Vertragsarzt- und Betriebsstätten-Nummer

Bitte geben Sie sowohl Ihre (lebenslange) Arzt- als auch Ihre Betriebsstätten-Nummer an. Sind für Ihre Praxis mehrere Ärzte als koordinierende Leistungserbringer zugelassen, geben Sie bitte jeweils die Arzt-Nummer desjenigen Arztes an, der die aktuelle Dokumentation erstellt.
Ähnliches gilt, wenn Sie als koordinierender Arzt an mehreren Betriebsstätten beschäftigt sind. In diesem Fall ist jeweils die Betriebsstätten-Nummer anzugeben, in der die aktuelle Dokumentation erstellt wurde.

Krankenhaus-IK

Dieses Feld ist für den Fall vorgesehen, dass eine Einschreibung der Teilnehmer im Krankenhaus erfolgt. Das teilnehmende Krankenhaus fügt hier sein Institutionskennzeichen ein.

Dokumentation in Vertretung erstellt

Sollten Sie die Dokumentation in Vertretung (z. B. Urlaubsvertretung) für den eigentlich vom Versicherten gewählten koordinierenden Arzt ausstellen, geben Sie dies bitte hier an.

Einschreibung wegen/Angabe zum Dokumentationstyp

Über diese Eingabe werden automatisch die zu dokumentierenden indikationsbezogenen Parameter aufgerufen. Die gleichzeitige Angabe und damit parallele Dokumentation mehrerer Indikationen ist dabei möglich. Möchten Sie bei einer Mehrfachteilnahme eines Patienten aktuell nur eine Indikation dokumentieren, wählen Sie bitte nur die Indikation aus, für die Sie die Dokumentation erstellen wollen.

Um die notwendigen Dokumentationsparameter aufzurufen, müssen Sie den jeweiligen Dokumentationstyp (z. B. Erst- oder Folgedokumentation) für die jeweils ausgewählte Indikation angeben. Dabei ist es möglich, die unterschiedlichen Dokumentationstypen diagnosebezogen zu kombinieren. So können Sie z. B. gleichzeitig eine Erstdokumentation für das DMP KHK und eine Folgedokumentation zu Diabetes mellitus Typ 2 erstellen.

Modul-Teilnahme (nur für DMP KHK)[1]

Die Angabe zu diesem Parameter ist nur im Rahmen der Dokumentation zum DMP KHK verpflichtend.

Nimmt Ihr Patient an einem DMP zu KHK teil, besteht die Möglichkeit, zusätzlich an einem Modul Herzinsuffizienz teilzunehmen. Diese Teilnahme ist hier zu dokumentieren.

Eine Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist möglich, wenn Ihr Patient bereits an einem DMP KHK teilnimmt und gleichzeitig bei ihm eine chronische Herzinsuffizienz mit einer LVEF von unter 40% vorliegt.

Geschlecht

Eine Angabe zum Geschlecht des teilnehmenden Patienten ist verpflichtend.

Körpergröße

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte die Körpergröße in Metern mit zwei Stellen hinter dem Komma an.
Ist die Körpergröße, z.B. auf Grund einer Amputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

Körpergewicht

Die Angabe ist erforderlich und erfolgt in Kilogramm.
Ist das Körpergewicht, z.B. auf Grund einer Amputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

Blutdruck

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die an einem DMP zu Asthma bronchiale teilnehmen, ist die Angabe optional. Bei allen anderen Teilnehmern ist eine Angabe verpflichtend.
Geben Sie hier bitte den aktuellen systolischen und diastolischen Blutdruckwert in mmHg an. Bei starken Schwankungen mehrfach erhobener Werte geben Sie bitte den Mittelwert an.

Raucher

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie hier bitte an, ob Ihr Patient Raucher ist. Neben dem Zigarettenraucher sind hier auch Pfeifen- und Zigarrenraucher zu erfassen. Machen Sie bitte genau eine Angabe.

Begleiterkrankungen

Eine Angabe ist erforderlich; dabei sind Mehrfachnennungen möglich.

Hier geben Sie bitte an, ob Ihr Patient eine oder mehrere der aufgeführten Begleiterkrankungen hat. Sollte(n) bei Ihrem Patienten andere als die hier aufgeführten oder gar keine Begleiterkrankungen vorliegen, geben Sie bitte „Keine der genannten Erkrankungen“ an.

Serum-Kreatinin

Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 ist die Angabe verpflichtend.
Das Serum-Kreatinin sollte bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 grundsätzlich mindestens einmal jährlich erhoben werden. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist dies nur bei persistierender pathologischer Urin-Albumin-Ausscheidung zur Berechnung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) erforderlich.
Geben Sie bitte den aktuellen Wert in mg/dl oder µmol/l an. Wurde der Wert nicht erhoben, ist zur Vollständigkeit die Angabe „nicht erhoben“ erforderlich.

Bei Patienten, für die die Dokumentation zu einem DMP KHK, Asthma bronchiale oder COPD erfolgt, ist die Angabe optional.

Vom Patienten gewünschte Informationsangebote

Die Angabe ist optional.

Sollte Ihr Patient Informationen zum Tabakverzicht, zu einer Ernährungsberatung oder auch zu körperlichem Training von seiner Krankenkasse wünschen, können Sie dies hier vermerken.

Dokumentationsintervall

Eine Angabe ist erforderlich.

Das Dokumentationsintervall ist in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus unter Berücksichtigung von Begleit- und Folgeerkrankungen individuell von Ihnen in Absprache mit dem Patienten einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal festzulegen.

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

Die Angabe ist optional.

Als Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung gilt der Termin, der im Rahmen der regelmäßigen Dokumentation (jedes Quartal bzw. jedes zweite Quartal) mit dem Patienten vereinbart wird. Sollten Sie ein solches Datum vereinbaren, so tragen Sie es bitte ein.

Datum der Erstellung

Eine Angabe ist erforderlich.

Hier ist das Datum der Erstellung der Dokumentation einzutragen. Es dient zur Feststellung, ob die Dokumentation im dafür geplanten Intervall ausgestellt wurde. Es kann durch Sie nach Abschluss der Dokumentation nicht mehr verändert werden.

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 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/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	(weggefallen)	
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/ Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	

[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

Ausfüllanleitung

zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz

für die strukturierten Behandlungsprogramme

KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und 2,

Asthma bronchiale und COPD

Stand der letzten Bearbeitung: 10-11-2014
Version 4.1

Ausfüllanleitung

Vorbemerkung

Die Dokumentation stellt ein Kernelement zur Umsetzung der Disease-Management-Programme dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten erfüllt die Dokumentation weitere wichtige Funktionen:

Sie bildet den Verlauf der Erkrankung ab und kann als Checkliste bezüglich medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen dienen. Sie stellt einen Informationsspeicher für Sie und Ihren Patienten dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.
Ein Ausdruck der Dokumentation kann bei notwendigen Über- und Einweisungen als Begleitbrief dienen.
Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Feedback-Berichts, die Durchführung der Qualitätssicherung und für die Programmevaluation.

Die sorgfältige Eintragung der Daten ist daher überaus wichtig und für Sie, Ihre Patienten und alle mitbehandelnden Ärzte von Vorteil.

Ab dem 01. Juli 2008 hat der Gesetzgeber die ausschließliche elektronische Datenerfassung und -übermittlung vorgesehen, um die Datenqualität zu verbessern und die Verzahnung der Dokumentationen innerhalb der unterschiedlichen Indikationen herzustellen. Zudem sind die Dokumentationsdaten auf diejenigen Daten beschränkt, die für eine effektive Qualitätssicherung genutzt werden können, Aussagen zum Krankheitsverlauf möglich machen und im Rahmen der Evaluation Anwendung finden.

Für alle DMP-Indikationen sind zunächst die in einer Praxis-Verwaltungs-Software (PVS) bereits hinterlegten administrativen Daten, Daten zu allgemeiner Anamnese und zu bekannten Befunden sowie Daten zum Behandlungsplan zu dokumentieren. Im Weiteren kommen dann diagnosespezifische Daten, wie z. B. der HbA1c-Wert beim Diabetes oder Angaben zur Medikation, hinzu.
Die Auswahl und Zusammenführung der Daten erfolgt durch die Dokumentationssoftware. Sie als dokumentierender Arzt erhalten die notwendigen Dokumentationsparameter durch die Vorauswahl der von Ihnen zu dokumentierenden Indikationen (siehe auch Erläuterungen zu „Einschreibung wegen“). Es entfällt die Notwendigkeit der nach Indikationen getrennten Dokumentation.

Allgemeine Fragen

Welche Patienten können eingeschrieben werden?

DMP gibt es für die Indikationen
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Asthma bronchiale
- COPD

Zielgruppe sind alle gesetzlich krankenversicherten Patienten, bei denen eine oder mehrere der vorstehenden Erkrankungen vorliegt. Die zuständige Krankenkasse muss einen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen KV abgeschlossen haben, und der Patient muss die Einschreibekriterien des Programms entsprechend der Vorgaben der RSAV erfüllen.

Wann ist die Dokumentation vollständig?

Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind. Ihre Praxissoftware unterstützt Sie bei der Feststellung der Vollständigkeit der Angaben.

Die Dokumentation ist seit dem 01.07.2008 ausschließlich elektronisch zu erstellen. Denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrem Patienten jeweils einen Ausdruck der ausgefüllten Dokumentation auszuhändigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig ausgefüllten Dokumentationen und bei Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie erfolgen kann.

Wie werden die Dokumentationen weitergeleitet und honoriert?

Die Dokumentationen sind aus Ihrer Praxis elektronisch an die für Sie zuständige Datenstelle zu übermitteln. Dies kann auf direktem Wege über eine gesicherte Datenleitung oder aber über den Postversand eines Datenspeichers, wie etwa einer CD-ROM, erfolgen. Alternativ können die Daten in einigen Regionen auch online (z.B. auf einem Server der Datenstelle) erfasst werden.

Sollten die von Ihnen vorgenommenen Angaben in der Dokumentation unvollständig oder unplausibel sein, wird die Dokumentation in Kopie an Sie zur Korrektur zurückgeschickt. Wenngleich durch die Programmierung Ihrer PVS solche Fälle in der Regel vermieden werden, lassen sich gelegentliche Fehler im übermittelten Datensatz erfahrungsgemäß doch nicht sicher ausschließen. Die vollständige und plausible Dokumentation muss inklusive abgeschlossener Korrektur bzw. Vervollständigung der zuständigen Datenstelle innerhalb von 52 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes vorliegen.
Wenn Sie noch Fragen zum Ausfüllen oder zur Handhabung der Dokumentation haben, wenden Sie sich bitte an die zuständige Stelle (z. B. Ihre KV oder die zuständige Datenstelle).

DMP-Fallnummer

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

Vertragsarzt- und Betriebsstätten-Nummer

Bitte geben Sie sowohl Ihre (lebenslange) Arzt- als auch Ihre Betriebsstätten-Nummer an. Sind für Ihre Praxis mehrere Ärzte als koordinierende Leistungserbringer zugelassen, geben Sie bitte jeweils die Arzt-Nummer desjenigen Arztes an, der die aktuelle Dokumentation erstellt.
Ähnliches gilt, wenn Sie als koordinierender Arzt an mehreren Betriebsstätten beschäftigt sind. In diesem Fall ist jeweils die Betriebsstätten-Nummer anzugeben, in der die aktuelle Dokumentation erstellt wurde.

Krankenhaus-IK

Dieses Feld ist für den Fall vorgesehen, dass eine Einschreibung der Teilnehmer durch ein Krankenhaus erfolgt. Das teilnehmende Krankenhaus fügt hier sein Institutionskennzeichen ein.

Dokumentation in Vertretung erstellt

Sollten Sie die Dokumentation in Vertretung (z. B. Urlaubsvertretung) für den eigentlich vom Versicherten gewählten koordinierenden Arzt ausstellen, geben Sie dies bitte hier an.

Einschreibung wegen/Angabe zum Dokumentationstyp

Über diese Eingabe werden automatisch die zu dokumentierenden indikationsbezogenen Parameter aufgerufen. Die gleichzeitige Angabe und damit parallele Dokumentation mehrerer Indikationen ist dabei möglich. Möchten Sie bei einer Mehrfachteilnahme eines Patienten aktuell nur eine Indikation dokumentieren, wählen Sie bitte nur die Indikation aus, für die Sie die Dokumentation erstellen wollen.

Um die notwendigen Dokumentationsparameter aufzurufen, müssen Sie den jeweiligen Dokumentationstyp (z. B. Erst- oder Folgedokumentation) für die jeweils ausgewählte Indikation angeben. Dabei ist es möglich, die unterschiedlichen Dokumentationstypen diagnosebezogen zu kombinieren. So können Sie z. B. gleichzeitig eine Erstdokumentation für das DMP KHK und eine Folgedokumentation zu Diabetes mellitus Typ 2 erstellen.

Modul-Teilnahme (nur für DMP KHK)

Die Angabe zu diesem Parameter ist nur im Rahmen der Dokumentation zum DMP KHK verpflichtend.

Nimmt Ihr Patient an einem DMP zu KHK teil, besteht die Möglichkeit, zusätzlich an einem Modul Herzinsuffizienz teilzunehmen. Diese Teilnahme ist hier zu dokumentieren.

Eine Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist möglich, wenn Ihr Patient bereits an einem DMP KHK teilnimmt und gleichzeitig bei ihm eine chronische Herzinsuffizienz mit einer LVEF von unter 40% vorliegt.

Geschlecht

Eine Angabe zum Geschlecht des teilnehmenden Patienten ist verpflichtend.

Körpergröße

Eine Angabe ist verpflichtend.
Geben Sie bitte die Körpergröße in Metern mit zwei Stellen hinter dem Komma an.
Ist die Körpergröße, z.B. auf Grund einer Amputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

Körpergewicht

Die Angabe ist verpflichtend und erfolgt in Kilogramm.
Ist das Körpergewicht, z.B. auf Grund einer Amputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

Blutdruck

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die an einem DMP zu Asthma bronchiale teilnehmen, ist die Angabe optional. Bei allen Teilnehmern über 18 Jahren, die an einem DMP Asthma sowie allen Teilnehmern an mindestens einem der übrigen DMP ist eine Angabe verpflichtend.
Geben Sie hier bitte den aktuellen systolischen und diastolischen Blutdruckwert in mmHg an. Bei starken Schwankungen mehrfach erhobener Werte geben Sie bitte den Mittelwert an.

Raucher

Eine Angabe ist verpflichtend.
Geben Sie hier bitte an, ob Ihr Patient Raucher ist. Neben dem Zigarettenraucher sind hier auch Pfeifen- und Zigarrenraucher zu erfassen. Machen Sie bitte genau eine Angabe.

Begleiterkrankungen

Eine Angabe ist verpflichtend; dabei sind Mehrfachnennungen möglich.
Hier geben Sie bitte an, ob Ihr Patient eine oder mehrere der aufgeführten Begleiterkrankungen hat. Sollte(n) bei Ihrem Patienten andere als die hier aufgeführten

oder gar keine Begleiterkrankungen vorliegen, geben Sie bitte „Keine der genannten Erkrankungen“ an.

Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse

Die Angabe ist optional.

Sollte Ihr Patient Informationen zum Tabakverzicht, zu einer Ernährungsberatung oder auch zu körperlichem Training von seiner Krankenkasse wünschen, können Sie dies hier vermerken.

Dokumentationsintervall

Eine Angabe ist verpflichtend.

Das Dokumentationsintervall ist in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus unter Berücksichtigung von Begleit- und Folgeerkrankungen individuell von Ihnen in Absprache mit dem Patienten einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal festzulegen.

Datum der Erstellung

Eine Angabe ist verpflichtend.

Hier ist das Datum der Erstellung der Dokumentation einzutragen. Es dient zur Feststellung, ob die Dokumentation im dafür geplanten Intervall ausgestellt wurde. Es kann durch Sie nach Abschluss der Dokumentation nicht mehr verändert werden.

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 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/Unbestimmt
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/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	(weggefallen)	
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/ Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	

[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

Anlage 8:

(zu §§ 28b bis 29g)

	Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 - Dokumentation	
Lfd. Nr.	**Dokumentationsparameter**	**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	Anzahl
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation	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

[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.

16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
17	Sonstige antihypertensive Medikation [5]	Ja / Nein
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

Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für die strukturierten Behandlungsprogramme

Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Stand der letzten Bearbeitung: 07.04.2008
Version 3.1

Anamnese- und Befunddaten

HbA1C-Wert

Eine Angabe ist erforderlich.
Bitte geben Sie hier den Echtwert, also den laut Labor bei Ihrem Patienten gemessenen Wert, in Prozent mit einer Stelle hinter dem Komma an.

Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

Eine Angabe ist erforderlich.
Hierunter sind sowohl die Makro- als auch die Mikroalbuminurie und/oder die Proteinurie ab einer Eiweißausscheidungsrate > 30 mg/24 Stunden (20mg/l Urin) zu verstehen.

Wenn dieser Wert nicht untersucht wurde, ist hier zur Vollständigkeit eine Angabe bei „nicht untersucht“ zu machen.

Fußstatus

Die jeweiligen Angaben zu den Fragekomplexen „Pulsstatus“, „Sensibilitätsstörung“ und „Fußstatus“ sind nur dann verpflichtend, wenn Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat. Bei jüngeren Patienten ist die Angabe optional.

Pulsstatus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob der Pulsstatus auffällig oder unauffällig ist.
Sollten Sie den Pulsstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht erhoben“.

Sensibilitätspüfung

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob die Sensibilitätsprüfung auffällig oder unauffällig ist.
Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z.B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest).
Sollten Sie die Sensibilitätsprüfung nicht durchgeführt haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht durchgeführt“.

Fußstatus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zunächst an, ob der Fußstatus auffällig oder unauffällig ist. Unter einem „auffälligen Fußstatus“ werden angiologische, neuropathische und/oder osteoarthropatische Auffälligkeiten nach der Gradeinteilung von Wagner/Armstrong (siehe unten) verstanden. Sollten Sie den Fußstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht erhoben“.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, muss nur der schwerer betroffene Fuß dokumentiert werden.
Das Vorliegen von nicht-diabetischen Veränderungen, z.B. angeborene Fußdeformitäten, ist als „unauffällig“ zu dokumentieren.
Sollte eine Amputation vorliegen und ist der Restfuß bzw. Stumpf angiologisch-neuropathisch unauffällig und reizlos, ist dies ebenfalls als „unauffällig“ zu dokumentieren.

Bei auffälligem Fußstatus sind weitere Angaben nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation vorzunehmen Je nach Praxissoftware können Sie die Klassifikationsangabe durch Anklicken des jeweiligen Tabellenfeldes direkt in die Dokumentation übernehmen.

	0	1	2	3	4	5
A	Prä- oder postulcerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

Validation of a Diabetic Wound Classifikation System. Armstrong et al. Diabete Care 21:855 (1998)
The dysvascular foot. A system of diagnosis and treatment. Wagner. Foot and Ankl 2:64 (1981)

Spätfolgen

Die Angabe ist optional. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.
Machen Sie bitte hier eine Angabe, wenn bei Ihrem Patienten eine oder mehrere der aufgeführten Spätfolgen vorliegen.
Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nephropathie:** Diabetes-bedingte Nierenschädigung mit erhöhter Albuminausscheidung (> 30 mg/24 Stunden bzw. 20 mg/l Urin) und/oder eine Verminderung der glomerulären Filtrationsrate.
- **Diabetische Neuropathie:** Sensomotorische Polyneuropathie und/oder autonome diabetische Neuropathie.
- **Diabetische Retinopathie:** Diese liegt vor, wenn es aufgrund des Diabetes zu einer Schädigung der Netzhautgefäße gekommen ist und diese funduskopisch nachgewiesen wurde. Zu berücksichtigen sind nicht-proliferative und proliferative Retinopathie sowie eine Makulopathie.

Relevante Ereignisse

Relevante Ereignisse

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.
Bitte geben Sie an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eines der aufgeführten Ereignisse eingetreten ist.

Handelt es sich um eine **Erstdokumentation,** sind hier Ereignisse aus der Vergangenheit einzubeziehen.
Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation,** sind jeweils nur Ereignisse seit der letzten Dokumentation zu berücksichtigen.
Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „keines der genannten Ereignisse“ an.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nierenersatztherapie:** Hier ist die Dialyse zu dokumentieren.
- **Erblindung:** Hier ist die Erblindung im gesetzlichen Sinn mit einer verbleibenden Sehschärfe von höchstens 0,02 auf dem besseren Auge gemeint. Diese muss Folge des Diabetes sein.
- **Amputation:** Eine Amputation soll dann angegeben werden, wenn diese aufgrund eines diabetischen Fußes notwendig wurde. Hierunter sind alle Arten der Amputation, also sowohl die Zehen-, die Vorfuß- als auch die Unter- oder Oberschenkelamputation zu verstehen.
- **Herzinfarkt:** Gemeint ist hier der durch EKG und/oder biochemische Marker nachgewiesene Infarkt.

Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.
Geben Sie bitte die Anzahl von Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation an. Eine schwere Hypoglykämie ist bei Erwachsenen durch die Notwendigkeit der Fremdhilfe, z.B. durch intravenöse Gabe von Glukose oder eine parenterale Gabe von Glukagon definiert. Bei Kindern ist eine schwere Hypoglykämie durch Bewusstlosigkeit und/oder Krampfanfall bzw. der Notwendigkeit der Fremdhilfe, um dies zu vermeiden definiert.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis vorgekommen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation bei Diabetes mellitus Typ 1** möglich und ist hier verpflichtend.
Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Nichterreichens des angestrebten HbA1c-Wertes notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Stationäre notfallmäßigen Behandlungen wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und ist hier verpflichtend
Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2) notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Bitte machen Sie zu jedem Medikament eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „nein“ - wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.
Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Insulin oder Insulin-Analoga

Eine Angabe ist erforderlich.
Bitte geben Sie an, ob eine Therapie mit Humaninsulin oder Insulin-Analoga durchgeführt wird.

Glibenclamid

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Glibenclamid durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe von Glibenclamid besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Metformin

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Metformin durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe von Metformin besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Sonstige orale antidiabetische Medikation

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend.

Glibenclamid und Metformin gehören als Monotherapie zu den vorrangig zu verordnenden oralen Antidiabetika. Sollte Ihr Patient andere bzw. weitere orale Antidiabetika erhalten, ist dies hier zu dokumentieren. Hierzu zählen z.B. Präparate aus der Gruppe der Alphaglucosidase-Hemmer, der Glitazone oder Glinide sowie Acarbose und Glimepirid.
Wenn Ihr Patient keine sonstigen oralen Antidiabetika erhält, geben Sie bitte „nein“ an.

Trombozytenaggregationshemmer

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird. Hierbei ist die Gabe von ASS oder Clopidogrel gemeint. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Betablocker

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

ACE-Hemmer

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Sonstige antihypertensive Medikation

Eine Angabe ist erforderlich.
Bitte geben Sie hier an, ob Ihr Patient andere oder weitere Medikamente zur Behandlung einer Hypertonie erhält. Hierzu zählen z.B. AT-1-Antagonisten oder Diuretika.

Schulung

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.
Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt werden soll(en).
Wurde *keine Schulung* empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten beim letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich.

Bitte machen Sie zu jeder Schulung eine Angabe.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch an.

Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplan

Zielvereinbarung HbA1c

Eine Angabe ist erforderlich.
Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten (z.B. bestehende Folge- und Begleiterkrankungen) ist zu dokumentieren, ob der aktuell gemessene HbA1c-Wert im Rahmen der Zielvereinbarungen bis zum nächsten Dokumentationstermin gehalten, gesenkt oder (in seltenen Fällen) angehoben werden soll.

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung

Eine Angabe ist erforderlich.
Diese ist mindestens einmal jährlich durchzuführen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte die jährliche Untersuchung spätestens nach fünf Jahren Diabetesdauer, grundsätzlich jedoch ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.
Geben Sie bitte an, ob die Untersuchung bereits durchgeführt oder von Ihnen veranlasst wurde.

Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich
Sollten Sie für Ihren Patienten im Zusammenhang mit seiner Diabeteserkrankung eine Über- oder Einweisung ausgestellt haben, geben Sie dies bitte hier an.

Anlage 8 Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
	Anamnese- und Befunddaten	
1	HbA1c-Wert	Wert in %/mmol/mol
2	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung	Nicht untersucht/Nein/Ja
2a	eGFR	ml/min/1,73m²KOF/Nicht bestimmt
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
3a	Injektionsstellen	Unauffällig/Auffällig/Nicht untersucht
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie/Diabetische Neuropathie/Diabetische Retinopathie
	Relevante Ereignisse	
5	Relevante Ereignisse [2)]	Nierenersatztherapie/Erblindung/Amputation/ Herzinfarkt/Schlaganfall/Keine der genannten Ereignisse
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation [3)]	Anzahl
7	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation	Anzahl
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation	Anzahl
	Medikamente	
9	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: 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/orale Antikoagulation
14	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
15	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/AT1-Rezeptorantagonisten
16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
17	Thiaziddiuretika, einschließlich Chlor-thalidon	Ja/Nein/Kontraindikation
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	HbA1c-Zielwert	Zielwert erreicht/Zielwert noch nicht erreicht
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation	Durchgeführt/Nicht durchgeführt/Veranlasst
22	Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung	Ja/Nein/Veranlasst
23	diabetesbezogene stationäre Einweisung	Ja/Nein/Veranlasst

[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 Richtlinien-Text hingewiesen werden.

Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für die strukturierten Behandlungsprogramme

Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Stand der letzten Bearbeitung: 15.08.2014
Version 4

Anamnese- und Befunddaten

HbA1C-Wert

Eine Angabe ist verpflichtend.
Bitte geben Sie hier den Echtwert, also den laut Labor bei Ihrem Patienten gemessenen Wert an. Sofern Sie eine Werteangabe als Prozentangabe haben, geben Sie diesen Wert mit einer Stelle hinter dem Komma an. Wenn Sie eine Werteangabe in mmol/mol vorliegen haben, geben Sie den Wert bitte im Feld „mmol/mol“ ohne Nachkommastelle an.

Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

Eine Angabe ist verpflichtend.
Hierunter sind sowohl die Makro- als auch die Mikroalbuminurie und/oder die Proteinurie ab einer Eiweißausscheidungsrate > 30 mg/24 Stunden (20mg/l Urin) zu verstehen.

Wenn dieser Wert nicht untersucht wurde, ist hier zur Vollständigkeit eine Angabe bei „nicht untersucht“ zu machen.

eGFR

Eine Angabe ist verpflichtend.
Sofern Sie die eGFR bestimmt haben, geben Sie den Wert bitte ohne Nachkommastelle an. Sollten Sie die eGFR nicht bestimmt haben, ist hier zur Vollständigkeit eine Angabe bei „nicht bestimmt“ zu machen.

Fußstatus

Die jeweiligen Angaben zu den Fragekomplexen „Pulsstatus“, „Sensibilitätsstörung“ und „Fußstatus“ sind nur dann verpflichtend, wenn Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat. Bei jüngeren Patienten ist die Angabe optional.

Pulsstatus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob der Pulsstatus auffällig oder unauffällig ist.
Sollten Sie den Pulsstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht erhoben“.

Sensibilitätspüfung

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob die Sensibilitätsprüfung auffällig oder unauffällig ist.
Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z.B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest).
Sollten Sie die Sensibilitätsprüfung nicht durchgeführt haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht durchgeführt“.

Fußstatus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zunächst an, ob der Fußstatus auffällig oder unauffällig ist. Unter einem „auffälligen Fußstatus“ werden angiologische, neuropathische und/oder osteoarthropatische Auffälligkeiten nach der Gradeinteilung von

Wagner/Armstrong (siehe unten) verstanden. Sollten Sie den Fußstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht erhoben“.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, muss nur der schwerer betroffene Fuß dokumentiert werden.
Das Vorliegen von nicht-diabetischen Veränderungen, z.B. angeborene Fußdeformitäten, ist als „unauffällig“ zu dokumentieren.
Sollte eine Amputation vorliegen und ist der Restfuß bzw. Stumpf angiologisch-neuropathisch unauffällig und reizlos, ist dies ebenfalls als „unauffällig“ zu dokumentieren.

Bei auffälligem Fußstatus sind weitere Angaben nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation vorzunehmen Je nach Praxissoftware können Sie die Klassifikationsangabe durch Anklicken des jeweiligen Tabellenfeldes direkt in die Dokumentation übernehmen.

	0	1	2	3	4	5
A	Prä- oder postulcerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

Validation of a Diabetic Wound Classifikation System. Armstrong et al. Diabete Care 21:855 (1998)
The dysvascular foot. A system of diagnosis and treatment. Wagner. Foot and Ankl 2:64 (1981)

Injektionsstellen

Eine Angabe ist verpflichtend.
Geben Sie bitte an, ob die Insulin-Injektionsstellen auffällig oder unauffällig sind. Zu den Injektionsstellen zählen auch die Applikationsstellen bei einer Insulin-Pumpentherapie.
Sollten Sie die Injektionsstellen nicht untersucht haben bzw. besteht keine Insulintherapie, machen Sie bitte eine Angabe bei „Nicht untersucht“.

Spätfolgen

Die Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.
Machen Sie bitte hier eine Angabe, wenn bei Ihrem Patienten eine oder mehrere der aufgeführten Spätfolgen vorliegen.
Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nephropathie:** Diabetes-bedingte Nierenschädigung mit erhöhter Albuminausscheidung (> 30 mg/24 Stunden bzw. 20 mg/l Urin) und/oder eine Verminderung der glomerulären Filtrationsrate.
- **Diabetische Neuropathie:** Sensomotorische Polyneuropathie und/oder autonome diabetische Neuropathie.
- **Diabetische Retinopathie:** Diese liegt vor, wenn es aufgrund des Diabetes zu einer Schädigung der Netzhautgefäße gekommen ist und diese funduskopisch nachgewiesen wurde. Zu berücksichtigen sind nicht-proliferative und proliferative Retinopathie sowie eine Makulopathie.

Relevante Ereignisse

Relevante Ereignisse

Eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.
Bitte geben Sie an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eines der aufgeführten Ereignisse eingetreten ist.

Handelt es sich um eine **Erstdokumentation,** sind hier Ereignisse aus der Vergangenheit einzubeziehen.
Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation,** sind jeweils nur Ereignisse seit der letzten Dokumentation zu berücksichtigen.
Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „keines der genannten Ereignisse“ an.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nierenersatztherapie:** Hier ist die Dialyse zu dokumentieren.
- **Erblindung:** Hier ist die Erblindung im gesetzlichen Sinn mit einer verbleibenden Sehschärfe von höchstens 0,02 auf dem besseren Auge gemeint. Diese muss Folge des Diabetes sein.
- **Amputation:** Eine Amputation soll dann angegeben werden, wenn diese aufgrund eines diabetischen Fußes notwendig wurde. Hierunter sind alle Arten der Amputation, also sowohl die Zehen-, die Vorfuß- als auch die Unter- oder Oberschenkelamputation zu verstehen.
- **Herzinfarkt:** Gemeint ist hier der durch EKG und/oder biochemische Marker nachgewiesene Infarkt.
- **Schlaganfall:** Gemeint ist der primär ischämische Hirninfarkt

Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.
Geben Sie bitte die Anzahl von Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation an. Eine schwere Hypoglykämie ist bei Erwachsenen durch die Notwendigkeit der Fremdhilfe, z.B. durch intravenöse Gabe von Glukose oder eine parenterale Gabe von Glukagon definiert. Bei Kindern ist eine schwere Hypoglykämie durch Bewusstlosigkeit und/oder Krampfanfall bzw. der Notwendigkeit der Fremdhilfe, um dies zu vermeiden definiert.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis vorgekommen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation bei Diabetes mellitus Typ 1** möglich und ist hier verpflichtend.
Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Nichterreichens des angestrebten HbA1c-Wertes notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und ist hier verpflichtend
Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2) notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Bitte machen Sie zu jedem Medikament eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „nein“ - wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.
Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Insulin oder Insulin-Analoga

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. (Bei einem Diabetes mellitus Typ 1 ist eine Insulin-Therapie Voraussetzung für eine Einschreibung und wird daher hier nicht noch einmal erfasst.)

Bitte geben Sie an, ob eine Therapie mit Humaninsulin oder Insulin-Analoga durchgeführt wird.

Glibenclamid

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Glibenclamid durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe von Glibenclamid besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Metformin

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Metformin durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe von Metformin besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Sonstige orale antidiabetische Medikation

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend.

Glibenclamid und Metformin gehören als Monotherapie zu den vorrangig zu verordnenden oralen Antidiabetika. Sollte Ihr Patient andere bzw. weitere orale Antidiabetika erhalten, ist dies hier zu dokumentieren. Hierzu zählen z.B. Präparate aus der Gruppe der Alphaglucosidase-Hemmer, der Glitazone oder Glinide sowie Acarbose und Glimepirid.
Wenn Ihr Patient keine sonstigen oralen Antidiabetika erhält, geben Sie bitte „nein“ an.

Trombozytenaggregationshemmer

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird. Hierbei ist die Gabe u,a, von ASS oder Clopidogrel gemeint. Sie können auch angeben, ob eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers besteht und/oder eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt.
Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Betablocker

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

ACE-Hemmer

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmers besteht und eine Alternativ-Therapie mit AT1-Rezeptorantagonisten erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Thiaziddiuretika, einschließlich Chlorthalidon

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 erforderlich.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Bitte geben Sie hier an, ob Ihr Patient Thiaziddiuretika erhält. Hier ist ebenfalls die Gabe von Chlorthalidon zu erfassen. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Diuretikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Schulung

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.
Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt werden soll(en).
Wurde *keine Schulung* empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten beim letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.

Bitte machen Sie zu jeder Schulung eine Angabe.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch an. Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplan

HbA1c-Zielwert

Eine Angabe ist verpflichtend.
Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten (z.B. bestehende Folge- und Begleiterkrankungen) ist zu dokumentieren, ob der aktuell gemessene HbA1c-Wert im Rahmen der Zielvereinbarungen seit dem letzten Dokumentationstermin erreicht oder noch nicht erreicht wurde.

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung

Eine Angabe ist verpflichtend.
Die Angaben zur Netzhautuntersuchung beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf den Zeitraum seit der letzten Dokumentation, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.
Diese ist mindestens einmal jährlich durchzuführen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte die jährliche Untersuchung spätestens nach fünf Jahren Diabetesdauer, grundsätzlich jedoch ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.
Geben Sie bitte an, ob die Untersuchung seit der letzten Dokumentation bereits durchgeführt oder von Ihnen veranlasst wurde.

Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierte Einrichtung

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend, Mehrfachnennungen sind möglich

Sollten Sie für Ihren Patienten eine Behandlung bzw. Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst haben, geben Sie dies bitte hier an.

Diabetesbezogene stationäre Einweisung

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend, Mehrfachnennungen sind möglich.
Sollten Sie für Ihren Patienten im Zusammenhang mit seiner Diabeteserkrankung eine stationäre Einweisung ausgestellt haben, geben Sie dies bitte hier an.

Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für die strukturierten Behandlungsprogramme

Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Stand der letzten Bearbeitung: 31.08.2015
Version 4.1

Anamnese- und Befunddaten

HbA1C-Wert

Eine Angabe ist verpflichtend.
Bitte geben Sie hier den Echtwert, also den laut Labor bei Ihrem Patienten gemessenen Wert an. Sofern Sie eine Werteangabe als Prozentangabe haben, geben Sie diesen Wert mit einer Stelle hinter dem Komma an. Wenn Sie eine Werteangabe in mmol/mol vorliegen haben, geben Sie den Wert bitte im Feld „mmol/mol“ ohne Nachkommastelle an.

Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

Eine Angabe ist verpflichtend.
Hierunter sind sowohl die Makro- als auch die Mikroalbuminurie und/oder die Proteinurie ab einer Eiweißausscheidungsrate > 30 mg/24 Stunden (20mg/l Urin) zu verstehen.

Wenn dieser Wert nicht untersucht wurde, ist hier zur Vollständigkeit eine Angabe bei „nicht untersucht“ zu machen.

eGFR

Eine Angabe ist verpflichtend.
Sofern Sie die eGFR bestimmt haben, geben Sie den Wert bitte ohne Nachkommastelle an. Sollten Sie die eGFR nicht bestimmt haben, ist hier zur Vollständigkeit eine Angabe bei „nicht bestimmt“ zu machen.

Fußstatus

Die jeweiligen Angaben zu den Fragekomplexen „Pulsstatus“, „Sensibilitätsstörung“ und „Fußstatus“ sind nur dann verpflichtend, wenn Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat. Bei jüngeren Patienten ist die Angabe optional.

Pulsstatus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob der Pulsstatus auffällig oder unauffällig ist.
Sollten Sie den Pulsstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht erhoben“.

Sensibilitätspüfung

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob die Sensibilitätsprüfung auffällig oder unauffällig ist.
Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z.B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest).
Sollten Sie die Sensibilitätsprüfung nicht durchgeführt haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht durchgeführt“.

Fußstatus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zunächst an, ob der Fußstatus auffällig oder unauffällig ist. Unter einem „auffälligen Fußstatus“ werden angiologische, neuropathische und/oder osteoarthropatische Auffälligkeiten nach der Gradeinteilung von

Wagner/Armstrong (siehe unten) verstanden. Sollten Sie den Fußstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht erhoben“.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, muss nur der schwerer betroffene Fuß dokumentiert werden.
Das Vorliegen von nicht-diabetischen Veränderungen, z.B. angeborene Fußdeformitäten, ist als „unauffällig“ zu dokumentieren.
Sollte eine Amputation vorliegen und ist der Restfuß bzw. Stumpf angiologisch-neuropathisch unauffällig und reizlos, ist dies ebenfalls als „unauffällig“ zu dokumentieren.

Bei auffälligem Fußstatus sind weitere Angaben nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation vorzunehmen Je nach Praxissoftware können Sie die Klassifikationsangabe durch Anklicken des jeweiligen Tabellenfeldes direkt in die Dokumentation übernehmen.

	0	1	2	3	4	5
A	Prä- oder postulcerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

Validation of a Diabetic Wound Classifikation System. Armstrong et al. Diabete Care 21:855 (1998)
The dysvascular foot. A system of diagnosis and treatment. Wagner. Foot and Ankl 2:64 (1981)

Injektionsstellen

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 1 sowie bei Patienten mit einer Insulintherapie bei Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Geben Sie bitte an, ob die Insulin-Injektionsstellen auffällig oder unauffällig sind. Zu den Injektionsstellen zählen auch die Applikationsstellen bei einer Insulin-Pumpentherapie.
Sollten Sie die Injektionsstellen nicht untersucht haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „Nicht untersucht“ an.

Spätfolgen

Die Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.
Machen Sie bitte hier eine Angabe, wenn bei Ihrem Patienten eine oder mehrere der aufgeführten Spätfolgen vorliegen.
Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nephropathie:** Diabetes-bedingte Nierenschädigung mit erhöhter Albuminausscheidung (> 30 mg/24 Stunden bzw. 20 mg/l Urin) und/oder eine Verminderung der glomerulären Filtrationsrate.
- **Diabetische Neuropathie:** Sensomotorische Polyneuropathie und/oder autonome diabetische Neuropathie.
- **Diabetische Retinopathie:** Diese liegt vor, wenn es aufgrund des Diabetes zu einer Schädigung der Netzhautgefäße gekommen ist und diese funduskopisch nachgewiesen wurde. Zu berücksichtigen sind nicht-proliferative und proliferative Retinopathie sowie eine Makulopathie.

Relevante Ereignisse

Relevante Ereignisse

Eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.
Bitte geben Sie an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eines der aufgeführten Ereignisse eingetreten ist.

Handelt es sich um eine **Erstdokumentation,** sind hier Ereignisse aus der Vergangenheit einzubeziehen.
Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation,** sind jeweils nur Ereignisse seit der letzten Dokumentation zu berücksichtigen.
Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „Keine der genannten Ereignisse“ an.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nierenersatztherapie:** Hier ist die Dialyse zu dokumentieren.
- **Erblindung:** Hier ist die Erblindung im gesetzlichen Sinn mit einer verbleibenden Sehschärfe von höchstens 0,02 auf dem besseren Auge gemeint. Diese muss Folge des Diabetes sein.
- **Amputation:** Eine Amputation soll dann angegeben werden, wenn diese aufgrund eines diabetischen Fußes notwendig wurde. Hierunter sind alle Arten der Amputation, also sowohl die Zehen-, die Vorfuß- als auch die Unter- oder Oberschenkelamputation zu verstehen.
- **Herzinfarkt:** Gemeint ist hier der durch EKG und/oder biochemische Marker nachgewiesene Infarkt.
- **Schlaganfall:** Gemeint ist der primär ischämische Hirninfarkt

Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.
Geben Sie bitte die Anzahl von Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation an. Eine schwere Hypoglykämie ist bei Erwachsenen durch die Notwendigkeit der Fremdhilfe, z.B. durch intravenöse Gabe von Glukose oder eine parenterale Gabe von Glukagon definiert. Bei Kindern ist eine schwere Hypoglykämie durch Bewusstlosigkeit und/oder Krampfanfall bzw. der Notwendigkeit der Fremdhilfe, um dies zu vermeiden definiert.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis vorgekommen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation bei Diabetes mellitus Typ 1** möglich und ist hier verpflichtend.
Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Nichterreichens des angestrebten HbA1c-Wertes notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und ist hier verpflichtend
Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2) notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Bitte machen Sie zu jedem Medikament eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „nein“ - wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.
Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Insulin oder Insulin-Analoga

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. (Bei einem Diabetes mellitus Typ 1 ist eine Insulin-Therapie Voraussetzung für eine Einschreibung und wird daher hier nicht noch einmal erfasst.)

Bitte geben Sie an, ob eine Therapie mit Humaninsulin oder Insulin-Analoga durchgeführt wird.

Glibenclamid

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Glibenclamid durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe von Glibenclamid besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Metformin

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Metformin durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe von Metformin besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Sonstige orale antidiabetische Medikation

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend.

Glibenclamid und Metformin gehören als Monotherapie zu den vorrangig zu verordnenden oralen Antidiabetika. Sollte Ihr Patient andere bzw. weitere orale Antidiabetika erhalten, ist dies hier zu dokumentieren. Hierzu zählen z.B. Präparate aus der Gruppe der Alphaglucosidase-Hemmer, der Glitazone oder Glinide sowie Acarbose und Glimepirid.
Wenn Ihr Patient keine sonstigen oralen Antidiabetika erhält, geben Sie bitte „nein“ an.

Trombozytenaggregationshemmer

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird. Hierbei ist die Gabe u,a, von ASS oder Clopidogrel gemeint. Sie können auch angeben, ob eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers besteht und/oder eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt.
Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Betablocker

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

ACE-Hemmer

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmers besteht und eine Alternativ-Therapie mit AT1-Rezeptorantagonisten erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Thiaziddiuretika, einschließlich Chlorthalidon

Eine Angabe ist sowohl bei Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2 erforderlich.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Bitte geben Sie hier an, ob Ihr Patient Thiaziddiuretika erhält. Hier ist ebenfalls die Gabe von Chlorthalidon zu erfassen. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Diuretikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Schulung

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.
Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt werden soll(en).
Wurde *keine Schulung* empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten beim letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.

Bitte machen Sie zu jeder Schulung eine Angabe.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch an. Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplan

HbA1c-Zielwert

Eine Angabe ist verpflichtend.
Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten (z.B. bestehende Folge- und Begleiterkrankungen) ist zu dokumentieren, ob der aktuell gemessene HbA1c-Wert im Rahmen der Zielvereinbarungen seit dem letzten Dokumentationstermin erreicht oder noch nicht erreicht wurde.

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung

Eine Angabe ist verpflichtend.
Mehrfachangaben sind möglich.
Die Angaben zur Netzhautuntersuchung beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf den Zeitraum seit der letzten Dokumentation, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.
Diese ist mindestens einmal jährlich (Diabetes mellitus Typ 2) oder mindestens alle ein bis zwei Jahre (Diabetes mellitus Typ 1) durchzuführen.
. Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte die Untersuchung spätestens nach fünf Jahren Diabetesdauer, grundsätzlich jedoch ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.
Geben Sie bitte an, ob die Untersuchung seit der letzten Dokumentation bereits durchgeführt oder von Ihnen veranlasst wurde.

Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierte Einrichtung

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend, Mehrfachnennungen sind möglich
Sollten Sie für Ihren Patienten eine Behandlung bzw. Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst haben, geben Sie dies bitte hier an.

Diabetesbezogene stationäre Einweisung

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend, Mehrfachnennungen sind möglich.
Sollten Sie für Ihren Patienten im Zusammenhang mit seiner Diabeteserkrankung eine stationäre Einweisung ausgestellt haben, geben Sie dies bitte hier an.

DMP-RL Teil B I, Ziffer 5

Brustkrebs – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	**Dokumentationsparameter**	**Ausprägung**
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Kostenträger	Name der Krankenkasse
3	Name des Versicherten	Familienname, Vorname
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstättennummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	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[1]	TT. MM.JJJJ
• **Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/ eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 29 auszufüllen.** • **Bei Einschreibung wegen eines lokoregionären Rezidivs ist die Zeile 30 auszufüllen.** • **Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 31 bis 33 auszufüllen**.		
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
14	Betroffene Brust[2]	Rechts / Links / Beidseits
15	Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	OP geplant[3] / OP nicht geplant / Postoperativ

[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- 25).

[3] Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Im Falle einer präoperativen Einschreibung müssen die fehlenden Daten der Erstdokumentation nachgeliefert werden.

Brustkrebs – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	**Dokumentationsparameter**	**Ausprägung**
16	Art der erfolgten operativen Therapie	BET / Mastektomie / Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / Keine OP (Mehrfachnennung möglich)
Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses		
17	Präoperative/neoadjuvante Therapie	Ja / Nein
18	pT	X / Tis[4] / 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / Keine OP
19	pN	X / 0 / 1 / 2 / 3 / Keine OP
20	M	X / 0 / 1
21	Grading	1 / 2 / 3 / Unbekannt
22	Resektionsstatus	R0 / R1 / R2 / Unbekannt / Keine OP
23	Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)	Positiv / Negativ / Unbekannt
24	HER2/neu-Status	Positiv / Negativ / Unbekannt
25	*[unbesetzt]*	
Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses[5]		
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
29	Antikörpertherapie mit Trastuzumab	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs		
30	Andauernde oder abgeschlossene Therapie	Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere /Keine (Mehrfachnennung möglich)

[4] Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Tis beinhaltet nur DCIS-Fälle.

[5] 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.

Brustkrebs – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	**Dokumentationsparameter**	**Ausprägung**
Befunde und Therapie von Fernmetastasen		
31	Lokalisation	Leber / Lunge / Knochen / Andere (Mehrfachnennung möglich)
32	Andauernde oder abgeschlossene Therapie	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)
33	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation
Sonstige Befunde		
34	Lymphödem vorhanden	Ja / Nein
35	*[unbesetzt]*	
36	*[unbesetzt]*	
37	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Brustkrebs – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	**Dokumentationsparameter**	**Ausprägung**
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Kostenträger	Name der Krankenkasse
3	Name des Versicherten	Familienname, Vorname
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
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

Brustkrebs – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	**Dokumentationsparameter**	**Ausprägung**
10	Einschreibung erfolgte wegen	Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses / Lokoregionären Rezidivs / Fernmetastasen
Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/ kontralateralen Brustkrebses[6] (adjuvante Therapie)		
11	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
12	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
13	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
14	Antikörpertherapie mit Trastuzumab	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 / Nein
16	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Nein
17	Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung)	TT.MM.JJJJ / Leber / Lunge / Knochen / Andere / Nein (Mehrfachnennung möglich)
18	Lymphödem	Ja / Nein
Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/ Fernmetastasen)[7]		
19	Aktueller Behandlungsstatus	Vollremission / Teilremission / No change / Progress
20	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs	Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)
21	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie der Fernmetastasen	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)

[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 19 - 22 sind nur auszufüllen, wenn eine fortgeschrittene Erkrankung bereits besteht oder neu festgestellt wurde.

Brustkrebs – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	**Dokumentationsparameter**	**Ausprägung**
22	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation
23	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Ausfüllanleitung zur Erst- und Folgedokumentation im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

Stand der letzten Bearbeitung: 18. April 2013
Version 2.2

Ausfüllanleitung

I) Vorbemerkung

Die Dokumentation stellt ein Kernelement zur Umsetzung des Disease-Management-Programms dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten (Erstdokumentation) und der Sicherung der Einschreibungsdiagnose erfüllt die Dokumentation weitere wichtige Funktionen:

Sie dient als Checkliste bezüglich medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen.

Sie stellt einen Informationsspeicher für Sie und Ihre Patientin dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.

Sie kann bei notwendigen Über- und Einweisungen als Begleitbrief dienen.

Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Feedback-Berichts und für die Programmevaluation.

Die sorgfältige Eintragung der Daten ist daher überaus wichtig und ist für Sie, Ihre Patientin und alle mitbehandelnden Ärzte von Vorteil. Nicht zuletzt kann eine Vergütung an Sie nur bei vollständig ausgefüllter Dokumentation erfolgen.

II) Allgemeine Fragen

Welche Patienten können eingeschrieben werden?

Eingeschrieben werden können alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen
mit Brustkrebs (incl. DCIS) oder einem lokoregionären Rezidiv, bei denen die Erkrankung eindeutig durch eine histologische Sicherung diagnostiziert ist und die Diagnosestellung nicht länger als 5 ½ Jahre zurückliegt, sowie Patientinnen mit Fernmetastasen der Brustkrebserkrankung, sofern die Krankenkasse der Patientin einen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen KV abgeschlossen hat.
Das alleinige Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme. Männliche Patienten können nicht am DMP Brustkrebs teilnehmen.

Wann ist die Dokumentation vollständig?

Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind.

Denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrer Patientin jeweils einen Ausdruck des ausgefüllten Dokumentation auszuhändigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig ausgefüllten Dokumentationen und Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie möglich ist.

Wie erfolgt die Dokumentation bei präoperativer Einschreibung?

Da beim DMP Brustkrebs die zur Einschreibung erforderliche histologische Sicherung des Befundes in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff erfolgt, gilt für die Fälle, in denen eine Operation erst zu einem späteren Zeitpunkt geplant ist sowie für die Fälle, in denen

grundsätzlich keine OP geplant ist, eine Dokumentation auch dann als vollständig zu werten, wenn in Abschnitt 2 (Anamnese und Behandlungsstatus) die Angabe zu Ziffer 2.2 „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ lautet und im Weiteren die Angaben zu Ziffer 2.3 „Art der erfolgten Therapie“ sowie zum kompletten Abschnitt 3 „aktuelle Befunde des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebs“ (Ziffer 3.1 – 3.8) zunächst frei bleiben. Nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind ausschließlich die Angaben zu Ziffer 2.2, 2.3, sowie zu Abschnitt 3 (Ziffer 3.1. – 3.8) und 4 innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation auf einem weiteren Erstdokumentationsbogen nachzureichen. Die übrigen Abschnitte sind nicht erneut auszufüllen.
Füllen Sie aus verarbeitungstechnischen Gründen bitte auch nicht nochmals den Abschnitt 6 „Einschreibung“ aus. Die so erstellte Dokumentation ist abhängig vom Operationsdatum zu erstellen. Sie kann daher auch zeitlich nach einer Folgedokumentation erstellt werden und hat keinen Einfluss auf den Teilnahmebeginn Ihrer Patientin.

Wie werden die Dokumentationen weitergeleitet und honoriert?

.

Nach der Erstellung der Dokumentation ist diese **innerhalb von 10 Kalendertagen** nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle **zu übermitteln.** Sollten die von Ihnen vorgenommenen Angaben in der Dokumentation unvollständig oder unplausibel sein, wird sie in Kopie an Sie zur Korrektur zurück geschickt. Die **vollständige und plausible** Dokumentation muss inklusive abgeschlossener Korrektur bzw. Vervollständigung erneut von Ihnen unter Angabe des Korrekturdatums zurückgesandt werden und der vertraglich vereinbarten Datenstelle **innerhalb von 52 Kalendertagen** nach Ende des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde, vorliegen.

Wenn Sie noch Fragen zum Ausfüllen oder zur Handhabung der Dokumentation haben, wenden Sie sich bitte an die zuständige Stelle.

III) Aufbau der Erstdokumentation

Die Dokumentation besteht aus den unten aufgeführten Abschnitten, die nachfolgend näher erläutert werden. Dabei wird zunächst die Erstdokumentation dargestellt und anschließend auf Unterschiede bei der Folgedokumentation hingewiesen.

0. Kopffeld
1. Einschreibung
2. Anamnese und Behandlung des Primärtumors/konterlateralen Brustkrebses
3. Aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses
4. Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses
5.Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs
6. Befunde und Therapie von Fernmetastasen
7. Sonstige Befunde
8. Datum

0 Kopffeld

DMP-Fallnummer

Für jede Patientin ist durch den Arzt genau eine **DMP-Fallnummer** zu vergeben, die aus **maximal sieben Ziffern oder Zeichen** bestehen darf. Die Fallnummer darf **jeweils nur für eine Patientin** verwendet werden
Die Fallnummer hat den Zweck, dass Sie eingehende Feedback-Berichte Ihren Patientinnen trotz Pseudonymisierung zuordnen können und muss daher **in der Folgedokumentation unbedingt weitergeführt** werden.

Krankenhaus-IK

Erfolgt die Einschreibung bzw. Koordination der Patientin durch das Krankenhaus, ist an dieser Stelle das Institutionskennzeichen einzutragen. In allen anderen Fällen, d.h. Einschreibung bzw. Koordination durch einen belegärztlich tätigen Arzt bzw. niedergelassenen Vertragsarzt, ist die Angabe der „Krankenhaus-IK“ nicht zwingend erforderlich. Um im Rahmen der Qualitätssicherung eine Zuordnung zum behandelnden Krankenhaus herstellen zu können, ist die Angabe allerdings wünschenswert

Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Erstdokumentation)

1 Einschreibung

Voraussetzung für die Einschreibung ist
- der histologische Nachweis eines Brustkrebses oder
- der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder
- eine nachgewiesene Fernmetastasierung des zuvor histologisch nachgewiesenen Brustkrebses.

Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt.
Das alleinige Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in das DMP.

Für die Einschreibung sollte grundsätzlich der *jüngste Befund* verwendet werden. Sollten bei Ihrer Patientin bereits mehrere Brustkrebsstadien histologisch gesichert sein, ist die Angabe **eines** histologischen Nachweises ausreichend.

Machen Sie mehrere unterschiedliche Angaben zum Datum der histologischen Sicherung der jeweiligen Brustkrebsstadien, ist für das weitere Ausfüllen des Bogens immer das jüngste der angegebenen Daten ausschlaggebend.
Nicht gültig sind jedoch Angaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nach dem Datum der histologischen Sicherung eines kontralateralen Brustkrebses bzw. eines lokoregionären Rezidivs liegt oder bei denen alle Datumsangaben identisch sind. Ebenfalls nicht gültig sind Angaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung des lokoregionären Rezidivs vor dem Datum der histologischen Sicherungen eines Primärtumors liegt. In diesen Fällen erhalten Sie den Bogen mit der Bitte zurück, die Angaben zu überprüfen und zu korrigieren.

Liegen Fernmetastasen vor, erfolgt die Einschreibung immer aus diesem Grund und ist für das weitere Ausfüllen des Bogens zu Grunde zu legen.

Abhängig davon, welche Diagnose zur Einschreibung der Patientin in das Programm geführt hat, sind in der Folge unterschiedliche Angaben auf dem Dokumentationsbogen erforderlich.
Der Abschnitt 7 (Sonstige Befunde) sowie 8 (Datum) sind davon unabhängig immer auszufüllen.

1.1 Einschreibung auf Grund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebses** ist <u>das taggenaue Datum der histologischen Sicherung</u> anzugeben. In diesen Fällen ist der Verbleib der Versicherten im Programm zunächst zeitlich auf 5 ½ Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines Primärtumors und eines kontralateralen Brustkrebses darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des kontralateralen Brustkrebses liegen.

Tritt ein kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturiertem Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 5 ½ Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 1 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation)

Ist die histologische Sicherung eines **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebses der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund,** sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern der Abschnitte
- „Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 2),
- „Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 3)
- „Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses (Abschnitt 4) sowie
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 7)

erforderlich. Die Abschnitte 5 und 6 können dann frei bleiben.

1.2 Einschreibung auf Grund eines lokoregionären Rezidivs

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **lokoregionären Rezidivs,** ist ebenfalls das <u>taggenaue Datum der histologischen Sicherung</u> anzugeben. Auch hier ist der Verbleib der Versicherten im Programm zunächst zeitlich auf 5 ½ Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines lokoregionären Rezidivs und eines Primärtumors sowie ggf. noch zusätzlich eines kontralateralen Brustkrebses darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des lokoregionären Rezidivs bzw. der Sicherung des kontralateralen Brustkrebses liegen.

Tritt ein lokoregionäres Rezidiv während der Teilnahme am strukturiertem Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 5 ½ Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 7 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation)

Ist die histologische Sicherung eines **lokoregionären Rezidivs der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund** müssen Sie im Weiteren nur Angaben zu den Parametern der Abschnitte
- „Befunde und Therapie des lokoregionären Rezidivs“ (Abschnitt 5),
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 7)

machen.
Die Abschnitte 2, 3, 4 und 6 können dann frei bleiben.

1.3 Einschreibung auf Grund von Fernmetastasen

Die Angabe zum Vorliegen von Fernmetastasen führt immer zur Einschreibung der Patientin in das Programm. Neben dem Datum der Sicherung der Fernmetastasen ist zusätzlich auch mindestens das Datum der histologischen Sicherung der Erstmanifestation oder des kontralateralen Brustkrebses bzw. des lokoregionären Rezidivs anzugeben. Sollte Ihnen das genaue Datum der Erstmanifestation bzw. des kontralateralen Brustkrebses oder des lokoregionären Rezidivs nicht bekannt sein, können Sie ersatzweise auch nur das Jahr der histologischen Sicherung im Format 00.00.JJJJ angeben.
Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

Schreiben Sie Ihre Patientin auf Grund des Vorliegens von Fernmetastasen ein und haben Sie hierzu das Datum der Diagnosesicherung an der vorgesehenen Stelle eingetragen, sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern des Abschnittes
- „Befunde und Therapie von Fernmetastasen“ (Abschnitt 6) sowie
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 7) erforderlich.

Die Abschnitte 2, 3, 4 und 5 können dann frei bleiben.

2 Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 2.1 – 2.3 sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind.

2.1 Betroffene Brust

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie hier die betroffene Brust an. Bei beidseitigem Befall sollten sich die weiteren Angaben der Dokumentation auf die prognoseleitende Seite beziehen.

2.2 Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich

In der Regel wird die Diagnose vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Daher kann es sein, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Erstdokumentation die operative Primärtherapie noch nicht erfolgt ist oder für die Zukunft auch nicht geplant ist.
Für die Fälle, in denen die operative Therapie noch nicht erfolgt, aber bereits geplant ist, geben Sie zunächst bitte „**OP geplant**“ an. Im Weiteren müssen dann keine Angaben zu Ziffer 2.3 sowie den Ziffern 3.2 – 3.8 erfolgen. Eine Angabe zu Ziffer 3.1 „Präoperative / neoadjuvante Therapie“ und zu Abschnitt 4 ist optional. In diesem Fall ist zu beachten, dass die Daten zu Abschnitt 2.3 und Abschnitt 3 innerhalb von vier Wochen nach erfolgter OP nachträglich zu übermitteln sind (siehe hierzu auch die Ausführungen zur präoperativen Einschreibung auf Seite 4).
Für die Fälle, in denen davon auszugehen ist, dass zunächst keine operative Therapie durchgeführt werden soll, kreuzen Sie bitte „**OP nicht geplant**“ an. In diesem Fall müssen Sie keine Angaben zu Ziffer 2.3 sowie zum kompletten Abschnitt 3 „Aktueller Befundstatus“ (Ziffer 3.1 – 3.8) machen.

Sollte bereits eine operative Therapie durchgeführt worden sein, machen Sie bitte die Angabe „**Postoperativ**“. In der Folge sind dann auch die Angaben zu Ziffer 2.3 „Art der erfolgten operativen Therapie“ sowie dem kompletten Abschnitt 3 (Ziffer 3.1 – 3.8) erforderlich.

2.3 Art der erfolgten operativen Therapie

Eine Angabe zu dieser Ziffer ist nur erforderlich, wenn in der vorherigen Ziffer 2.2 die Angabe „Postoperativ“ erfolgt ist. Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Wenn die Angabe „keine OP“ erfolgt ist, ist keine weitere Angabe zu den übrigen Parametern dieser Ziffer möglich. Alle übrigen Angaben können sowohl alleine stehen als auch miteinander kombiniert werden.

3 Aktueller Befundstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 3.1 – 3.8 sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind und die operative Primärtherapie bereits abgeschlossen ist (Angabe „Postoperativ“ in den Angaben zu Ziffer 2.3 erforderlich). Alle Angaben sollen sich daher auf die zur Einschreibung führende Diagnose beziehen.

3.1 Präoperative / neoadjuvanteTherapie

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich

Bitte geben Sie hier an, ob vor der operativen Primärtherapie eine präoperative bzw. neoadjuvante Therapie durchgeführt wurde. Die Angabe ist daher auch erforderlich, wenn Sie in Ziffer 2.2 „postoperativ“ angegeben haben.
Sofern Sie in Ziffer 2.2 „OP nicht geplant“ angegeben haben, ist hier keine Angabe zulässig.

3.2 pT
3.3 pN
3.4 M
} *Angaben zur TNM-Klassifikation*

Bitte machen Sie hier Angaben zum Tumorbefund. Sollten Ihnen die Angaben nicht vorliegen bzw. unbekannt sein, können Sie hilfsweise „X“ angeben.
Unter der Angabe „Tis“ ist hier nur ein DCIS, nicht aber ein LCIS anzugeben.
Es ist jeweils nur eine Angabe möglich.

3.5 Grading

Eine Angabe ist notwendig; nur eine Angabe ist möglich.

Das Grading erfolgt nach der Systematik von Elston und Ellis (1991). Sollten Sie bzw. das die Operation durchführende Krankenhaus eine andere Grading-Systematik verwendet haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „unbekannt“.

3.6 Resektionsstatus

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie hier den Befund zum Resektionsstatus an. Die gleichzeitige Angabe von „Keine OP“ und „unbekannt“ ist möglich. Die übrigen Angaben dürfen nur einzeln angegeben werden.

3.7 Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus

Mindestens eine Angabe ist notwendig; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier den Befund zum Immunhistochemischen Hormonrezeptorstatus an. Sollte der Status nicht bekannt sein, geben Sie bitte „unbekannt“ an.

3.8 HER2/neu-Status

Eine Angabe ist notwendig; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier den Befund zum HER2/neu-Status an. Sollte der Status nicht bekannt sein, geben Sie bitte „unbekannt“ an.

4 Behandlung des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

4.1 Strahlentherapie
4.2 Chemotherapie
4.3 Endokrine Therapie
4.4 Antikörpertherapie mit Trastuzumab

Eine Angabe je Antwortkomplex ist notwendig; zu jedem Antwortkomplex ist jeweils nur eine Angabe möglich.

Wurde zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht mit einer Strahlen-, Chemo-, endokrinen Therapie oder einer Antikörpertherapie mit Trastuzumab begonnen, die Durchführung einer oder mehrerer Therapieansätze aber geplant, geben Sie bitte für die jeweilige Therapie, für die die Durchführung geplant ist, „**Geplant**“ an.
Die Angabe „**Andauernd**“ bezieht sich auf eine bereits begonnene, aber zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht abgeschlossene Therapie.
Als „**Regulär abgeschlossen**“ gilt eine Therapie, wenn alle zuvor geplanten Therapiezyklen abgeschlossen sind.
Wurde eine Therapie vor Abschluss aller zunächst geplanten Therapiezyklen abgeschlossen, geben Sie bitte „**Vorzeitig beendet**“ an.
„**Keine**“ ist anzugeben, wenn die jeweilige Therapie nicht als Therapieoption gewählt wurde.

5 Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten lokoregionären Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.2 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

5.1 Andauernde oder abgeschlossene Therapie

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, wie der aktuelle Therapiestatus des Rezidivs ist. Die Angabe soll sich dabei auf den jüngsten bzw. aktuellen, zur Einschreibung führenden Befund beziehen.
Wenn für Ihre Patientin in Bezug auf das Rezidiv ein operatives Vorgehen geplant, aber bisher nicht durchgeführt wurde, geben Sie bitte „**Präoperativ**“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Exzision und Mastektomie möglich.
Wurde bereits eine **Exzision** und/oder **Mastektomie** als operative Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte an.
Wurde bereits mit einer **Strahlen-, Chemo- oder endokrinen Therapie** begonnen oder eine solche abgeschlossen, machen Sie bitte auch hierzu die jeweilige Angabe.
Bei allen anderen Vorgehensweisen sowohl operativer als auch konservativer Art geben Sie bitte „**Andere**“ an.
Wurde mit keiner Therapie begonnen oder ist keine Therapie geplant, geben Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Die übrigen Angaben können miteinander kombiniert werden (Ausnahme: präoperativ mit Exzision bzw. Mastektomie).

6 Befunde und Therapie von Fernmetastasen

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund des Vorliegens von Fernmetastasen erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.3 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

6.1 Lokalisation

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte den Lokalisationsort der Fernmetastase an. Hierbei können alle Antworten kombiniert werden.

6.2 Andauernde oder abgeschlossene Therapie (der Fernmetastase)

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Machen Sie hier bitte Angaben zur andauernden bzw. abgeschlossenen Therapie der Fernmetastasen. Die Angabe „Operativ“ bezieht sich dabei auf eine bereits abgeschlossene Therapie, die übrigen Angaben sowohl auf bereits abgeschlossene als auch auf zur Zeit noch andauernde Therapien.

Unter „**Operativ**“ sind alle operativen Verfahren zu verstehen, die im Zusammenhang mit der Behandlung der Fernmetastasen angewendet wurden.
Wird zur Zeit eine **Strahlen-, Chemo- oder endokrine Therapie** durchgeführt oder ist diese bereits erfolgt, machen Sie bitte eine Angabe zur jeweiligen Therapie.
Unter „**Andere**“ können Sie alle weiteren, hier nicht aufgeführten Therapieformen angeben, die im Rahmen der Behandlung der Fernmetastasen bereits durchgeführt wurden oder zur Zeit durchgeführt werden.
Wird bzw. wurde keine Therapie durchgeführt, kreuzen Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Ansonsten sind alle Angaben miteinander kombinierbar.
Wird bei Ihrer Patientin eine **Bisphosphonat-Therapie** durchgeführt, ist dies gesondert unter Ziffer 6.3 „Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen“ zu dokumentieren.

6.3 Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, wenn in Ziffer 6.1 die Angabe „Knochen“ erfolgt ist. Ist dies nicht der Fall, können die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Die Angaben „**Nein**“ und „**Kontraindikation**“ können gemeinsam erfolgen.

7 Sonstige Beratung und Behandlung

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind unabhängig von dem zur Einschreibung führenden Befund und dem operativen Status für alle Patientinnen zwingend erforderlich.

7.1 Lymphödem vorhanden

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin aktuell ein Lymphödem vorliegt.

8 Datum

8.1 geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung
(Optionale Angabe)

Als **geplantes Datum der nächsten Dokumentation** gilt der Termin, der im Rahmen der regelmäßigen Dokumentation mit der Patientin vereinbart wird. Er sollte sich am Termin der Nachsorgeuntersuchung orientieren, die in der Regel halbjährlich erfolgen sollte, aber nicht später als zum Ende des übernächsten Quartals liegen darf. Sollten Sie diesen Termin bereits zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung festlegen, können Sie das entsprechende Datum hier eintragen.

8.2 Datum der Erstellung

Für die Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ist das **Datum relevant**, an dem die Dokumentation **vollständig ausgefüllt** wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen. Die Dokumentation muss **innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes** an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie einen Ausdruck der Dokumentation zurück und werden aufgefordert, diesen **zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum der Korrektur** zu versehen. Der vollständige und plausible Bogen muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur innerhalb von 52 Tagen **nach Ablauf des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde,** vorliegen.

Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)

Die Folgedokumentation gliedert sich in folgende Abschnitte:

1. Einschreibung erfolgte wegen
2. Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie)
3. Seit der letzten Dokumentation aufgetretene Ereignisse
4. Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv / Fernmetastasen)
5. Datum

1 Einschreibung erfolgte wegen

Eine Angabe ist erforderlich; genau eine Angabe ist zulässig.

Wie auch bei der Erstdokumentation ist die Notwendigkeit zur Angabe der weiteren Parameter davon abhängig, welche Diagnose zur Einschreibung geführt hat. Tragen Sie daher bitte hier die Diagnose ein, die Sie zur Einschreibung der Patientin in das strukturierte Behandlungsprogramm veranlasst hat.

Sollte die Einschreibung auf Grund des Vorliegens eines histologisch gesicherten **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebses** erfolgt sein, sind auf der Folgedokumentation nur Angaben zu den **Abschnitten**

- **2 („Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses“),**
- **3 („Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse“), und**
- **5.2 Datum der Erstellung zwingend erforderlich**.

Angaben zum Abschnitt 4 “Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ sind in der Regel nicht notwendig (siehe hierzu auch die Ausführungen im Abschnitt 4).

Sollte die Einschreibung auf Grund des Vorliegens eines **lokoregionären Rezidivs** oder von **Fernmetastasen** erfolgt sein, sind nur die Angaben zu den **Abschnitten 3, 4, und zum „Datum der Erstellung“ (5.2) zwingend erforderlich**. Die Angaben zum Abschnitt 2 sind nicht erforderlich.

2 Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses (entspricht Abschnitt 4 der Erstdokumentation)

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und Sie dies in Abschnitt 1 entsprechend dokumentiert haben.

2.1 Strahlentherapie
2.2 Chemotherapie
2.3 Endokrine Therapie
2.4 Antikörpertherapie mit Trastuzumab

Eine Angabe je Antwortkomplex ist notwendig; Zu jedem Antwortkomplex ist jeweils nur eine Angabe möglich.

Wurde zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht mit einer Strahlen-, Chemo-,endokrinen oder Antikörper -Therapie begonnen, ist die Durchführung eines oder mehrerer Therapie-

ansätze aber geplant, geben Sie bitte für die jeweilige Therapie, für die die Durchführung geplant ist, „**Geplant**“ an.
Die Angabe „**Andauernd**“ bezieht sich auf eine bereits begonnene, aber zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht abgeschlossene Therapie.
Als „**Regulär abgeschlossen**“ gilt eine Therapie, wenn alle zuvor geplanten Therapiezyklen abgeschlossen sind.
Wurde eine Therapie vor Abschluss aller zunächst geplanten Therapiezyklen abgeschlossen, geben Sie bitte „**Vorzeitig beendet**“ an.
„**Keine**“ ist anzugeben, wenn die jeweilige Therapie nicht als Therapieoption gewählt wurde.

3 Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind unabhängig von der zur Einschreibung zugrunde gelegten Diagnose immer erforderlich.

Bei Neuauftreten eines histologisch gesicherten kontralateralen Brustkrebses bzw. eines lokoregionären Rezidivs während der Programmteilnahme verlängert sich der Verbleib einer Patientin im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs um weitere 5 ½ Jahre nach histologischer Sicherung. Daher ist es erforderlich, dass Sie hierzu eine **taggenaue** Angabe machen. Eine Patientin mit Fernmetastasen kann zeitlich unbegrenzt im Programm verbleiben.

3.1 Manifestation eines lokoregionären Rezidivs

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation** ein **lokoregionäres Rezidiv** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Fall sind in der Folge auch Angaben zu den Ziffern 4.1 und 4.2 des Abschnittes 4 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ erforderlich.
Sollte seit der letzten Dokumentation kein lokoregionäres Rezidiv histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

3.2 Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation** ein **kontralateraler Brustkrebs** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei die Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Falle sind im Weiteren keine Angaben zu Abschnitt 4 notwendig.
Sollte seit der letzten Dokumentation kein kontralateraler Brustkrebs histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

3.3 Manifestation von Fernmetastasen

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Sollten bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation Fernmetastasen** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum an, an dem die Diagnose gesichert wurde. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Fall sind in der Folge auch Angaben zu den Ziffern 4.1 und .3 des Abschnittes 4 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ erforderlich.
Geben Sie bitte weiterhin die Lokalisation der Fernmetastasen an. Sollten bei Ihrer Patientin **Knochenmetastasen** vorliegen und haben Sie diese hier dokumentiert, ist zusätzlich eine Angabe zu Ziffer 4.4 im Abschnitt 4 erforderlich.
Sollten seit der letzten Dokumentation keine Fernmetastasen aufgetreten sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

3.4 Lymphödem (entspricht Ziffer 7.1 der Erstdokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist zulässig.

Geben Sie bitte an, ob bei der Patientin ein Lymphödem besteht. Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „Nein“ an.

4 Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines lokoregionären Rezidivs oder des Vorliegens von Fernmetastasen erfolgt ist oder eine solche Diagnose in einer der letzten Dokumentationen festgestellt wurde und Sie dies in Abschnitt 1 („Einschreibung erfolgte wegen“) bzw. 3 („Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse“) entsprechend dokumentiert haben.

Bei Vorliegen eines **lokoregionären Rezidivs** füllen Sie bitte die **Ziffern 4.1 und 4.2** aus.
Bei Vorliegen von **Fernmetastasen** sind die Angaben zu den Ziffern **4.1, 4.3 und 4.4** verpflichtend.

4.1 Aktueller Behandlungsstatus

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte den aktuellen Behandlungsstatus des lokoregionären Rezidivs bzw. der Fernmetastasen an. Die Angaben sollen sich immer auf den jüngsten, also aktuellen Befund beziehen.

4.2 Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (entspricht Ziffer 5.1 der Erstdokumentation)

Wurde Ihre Patientin wegen eines histologisch gesicherten **lokoregionären Rezidivs** eingeschrieben oder ist ein solches seit der letzten Dokumentation aufgetreten und haben Sie dies entsprechend in Abschnitt 1 bzw. 3 (Ziffer 3.1) dokumentiert, ist hier eine Angabe erforderlich.

Geben Sie bitte an, wie der aktuelle Therapiestatus des Rezidivs ist.
Wenn für Ihre Patientin seit der letzten Dokumentation in Bezug auf das Rezidiv ein operatives Vorgehen geplant, aber bisher nicht durchgeführt wurde, geben Sie bitte „**Präoperativ**“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Exzision und Mastektomie möglich.
Ist bereits eine **Exzision** und/oder **Mastektomie** als operative Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte an.
Wurde seit der letzten Dokumentation bereits mit einer **Strahlen-, Chemo- oder endokrinen Therapie** begonnen oder eine solche abgeschlossen, machen Sie bitte auch hierzu die jeweilige Angabe.
Bei allen anderen Vorgehensweisen sowohl operativer als auch konservativer Art geben Sie bitte „**Andere**“ an.
Wurde bisher mit keiner Therapie begonnen oder ist keine weitere Therapie geplant, geben Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Die übrigen Angaben können miteinander kombiniert werden (Ausnahme: präoperativ mit Exzision bzw. Mastektomie).

4.3 Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie der Fernmetastasen (entspricht Ziffer 6.2 der Erstdokumentation)

Eine Angabe zu dieser Ziffer ist nur erforderlich, wenn Ihre Patientin wegen des Vorliegens von **Fernmetastasen** eingeschrieben wurde oder diese seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind und Sie hierzu die entsprechenden Angaben in Abschnitt 1 bzw. 3 (Ziffer 3.3) dokumentiert haben. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, wie der aktuelle Therapiestatus der Fernmetastasen ist.
Die Angabe „Operativ“ bezieht sich dabei auf eine bereits abgeschlossene Therapie, die übrigen Angaben sowohl auf bereits abgeschlossene als auch auf zur Zeit noch andauernde Therapien.

Unter „**Operativ**“ sind alle operativen Verfahren zu verstehen, die im Zusammenhang mit der Behandlung der Fernmetastasen angewendet wurden.
Wird zur Zeit eine **Strahlen-, Chemo- oder endokrine Therapie** durchgeführt oder ist diese bereits erfolgt, machen Sie bitte auch hierzu die jeweilige Angabe.
Bei allen anderen Vorgehensweisen geben Sie bitte „**Andere**“ an.
Wurde bisher mit keiner Therapie begonnen oder ist keine weitere Therapie geplant, geben Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Die übrigen Angaben können miteinander kombiniert werden.
Bisphosphonattherapie ist gesondert unter Ziffer 4.4 zu dokumentieren.

4.4 Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen (entspricht Ziffer 6.3 der Erstdokumentation)

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, wenn in Ziffer 3.3 die Angabe „Knochen“ erfolgt ist. Ist dies nicht der Fall, können die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Die Angaben „**Nein**“ und „**Kontraindikation**“ können gemeinsam angegeben werden.

5 Datum

5.1 geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

optionale Angabe

Als **geplantes Datum der nächsten Dokumentation** gilt der Termin, der im Rahmen der regelmäßigen Dokumentation mit der Patientin vereinbart wird. Er sollte sich am Termin der Nachsorgeuntersuchung orientieren, die in der Regel halbjährlich erfolgen sollte, aber nicht später als zum Ende des übernächsten Quartals liegen darf. Sollten Sie diesen Termin bereits zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung festlegen, können Sie das entsprechende Datum hier eintragen.

5.2 Datum der Erstellung (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 8.2)

Für den Verbleib des Versicherten im DMP ist das **Datum relevant**, an dem die Dokumentation **vollständig ausgefüllt** wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen. Die Dokumentation muss **innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes** an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie einen Ausdruck der Dokumentation zurück und werden aufgefordert, diese **zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum der Korrektur** zu versehen. Der vollständige und plausible Bogen muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur innerhalb von 52 Tagen **nach Ablauf des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde,** vorliegen.

Anlage 6:

(zu §§ 28b bis 29g)

	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	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 zweiten 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 zweiten 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.

Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für das strukturierte Behandlungsprogramm

KHK

Stand der letzten Bearbeitung: 07.04.2008
Version 3.1

Anamnese- und Befunddaten

Angina pectoris

Eine Angabe ist verpflichtend.
Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient an Angina pectoris leidet oder nicht. Bitte geben Sie dabei die Art der Schmerzen an.

Eine Differenzierung der beiden Schmerzformen können Sie der nachstehenden Tabelle entnehmen.

	Typische Angina pectoris	**Atypische Angina pectoris**
Lokalisation	Linksthorakale bzw. retrosternale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm	lokalisiert z.B. Magen oder Pleura
Auslösung	durch Belastung ausgelöst	durch Belastung ausgelöst
Schmerzsymptomatik	von kurzer Dauer, Besserung auf Nitrate	von kurzer Dauer, Besserung auf Nitrate

Serum-Elektrolyte[1]

Bei einer Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist die Angabe verpflichtend.
Liegt bei Ihrem Patienten neben der KHK auch noch eine Herzinsuffizienz vor und nimmt Ihr Patient daher an dem Modul „Herzinsuffizienz“ teil, sollten in halbjährlichen Abständen die Serum-Elektrolyte (Natrium, Kalium) bestimmt werden. Bitte geben Sie hier an, ob die Bestimmung erfolgt ist oder nicht.

Relevante Ereignisse

Akutes Koronarsyndrom

Eine Angabe ist verpflichtend.
Sollte bei Ihrem Patient in der Vergangenheit ein akutes Koronarsyndrom - also ein ST-Hebungsinfarkt, ein Nicht-St-Hebungsinfarkt oder eine instabile Angina pectoris – aufgetreten sein, geben Sie dies bitte hier an. Die Befunde können aus der Patientenakte oder einem Krankenhausbericht entstammen.

Handelt es sich bei zu erstellenden Dokumentation um eine **Erstdokumentation,** sind hier Ereignisse aus der Vergangenheit einzubeziehen.
Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation,** sind jeweils nur seit der letzten Dokumentation aufgetretene Ereignisse zu berücksichtigen.
Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation kein akutes Koronarsyndrom stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „nein“ an.

[1] Text gilt erst ab der Einführung des Moduls Herzinsuffizienz

Diagnostische und / oder koronartherapeutische Intervention

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind hier möglich.
Geben Sie bitte hier an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eine diagnostische oder therapeutische Intervention erfolgt ist. Zu den diagnostischen Interventionen gehört u.a. die Koronarangiografie. Zur koronartherapeutischen Interventionen gehören z.B. eine Stent-Anlage oder eine Bypass-Operation.
Handelt es sich bei der zu erstellenden Dokumentation um eine **Erstdokumentation,** sind hier Interventionen aus der Vergangenheit einzubeziehen.
Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation,** sind jeweils nur seit der letzten Dokumentation durchgeführten Interventionen zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation keine Intervention erfolgt sein, geben Sie bitte „keine“ an.

Stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen KHK seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und ist hier verpflichtend.

Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund der KHK oder einer Herzinsuffizienz notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Bitte machen Sie zu jedem Medikament eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „nein“ – wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angaben sind für die Qualitätssicherung notwendig.
Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Trombozytenaggregationshemmer

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird. Hierbei ist die Gabe von ASS oder Clopidogrel gemeint. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Betablocker

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

ACE-Hemmer

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmer besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Sonstige Medikation

Eine Angabe „ja“ oder „nein“ ist erforderlich.
Sollte Ihr Patient andere oder weitere Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder einer arteriellen Hypertonie erhalten, geben Sie dies bitte hier an. Hierzu zählen z.B. AT-1-Antagonisten, Nitrate (einschließlich Nitro-Sprays) oder Diuretika.

Schulung

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.
Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt werden soll(en).
Wurde *keine Schulung* empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Eine Angabe ist erforderlich.
Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer Folgedokumentation möglich.

Bitte machen Sie zu jeder Schulung eine Angabe.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch jeweils an.
Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplan

KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst

Eine Angabe ist erforderlich.
Bitte geben Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner KHK zu einem anderen Arzt oder in eine stationäre Einrichtung überwiesen oder eingewiesen haben.
Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „nein“ an.

Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen

Nur bei der Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist hier eine Angabe erforderlich.
Liegt bei Ihrem Patienten neben der KHK auch noch eine Herzinsuffizienz vor und nimmt Ihr Patient daher an dem Modul „Herzinsuffizienz“ teil, kann eine regelmäßige Gewichtskontrolle sinnvoll sein. Bitte geben Sie hier entweder an, ob Sie eine solche Gewichtskontrolle empfohlen haben oder nicht oder ob Sie diese für nicht erforderlich halten.

Anlage 6 Koronare Herzkrankheit - Dokumentation

Koronare Herzkrankheit – Dokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
	Anamnese- und Befunddaten	
1	Angina pectoris	Nein/wenn ja: CCS I, CCS II, CCS III, CCS IV
2	Serum-Elektrolyte[1) 2)]	Bestimmt/Nicht bestimmt
2a	LDL-Cholesterin	mg/dl / mmol/l / Nicht bestimmt
	Relevante Ereignisse	
3	Relevante Ereignisse[3)]	Herzinfarkt/instabile Angina pectoris/ Schlaganfall/Nein
4	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention[3)]	Koronarangiographie/PCI/Bypass-Operation/Keine
5	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation[4) 5)]	Anzahl
	Medikamente	
6	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/orale Antikoagulation
7	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
8	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation[6)]/AT1-Rezeptorantagonisten
9	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
10	Sonstige Medikation[7) 8)]	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 Überweisung veranlasst[4)]	Ja/Nein
13a	KHK-bezogene Einweisung veranlasst[4)]	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 zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

[4)] Einschließlich Herzinsuffizienz.

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

[6)] Gilt auch für ACE-Hemmer-Husten.

[7)] Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder eines arteriellen Hypertonus.

[8)] Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß dieser Richtlinie hingewiesen werden.

Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für das strukturierte Behandlungsprogramm

KHK

Stand der letzten Bearbeitung: 10-11-2014
Version 4.1

Anamnese- und Befunddaten

Angina pectoris

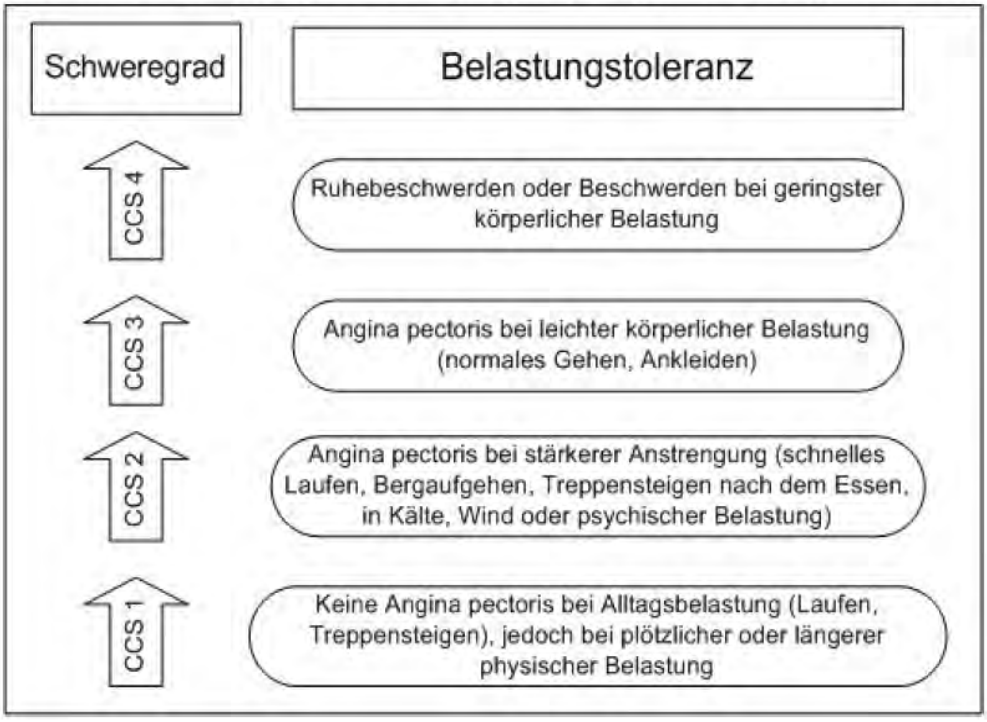
Eine Angabe ist verpflichtend.
Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient an einer stabilen Angina pectoris leidet oder nicht. Falls eine Angina pectoris vorliegt, geben Sie bitte einen Schweregrad der Belastungstoleranz an. Die Schweregradeinteilung erfolgt dabei nach der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society (CCS). Nachstehende Grafik zeigt die CCS-Einteilung. Diese bezieht sich ausschließlich auf die stabile Angina pectoris.
Eine Instabile Angina pectoris als Ausprägung des akuten Koronarsyndroms ist im Dokumentationsfeld „Relevante Ereignisse“ zu dokumentieren.

Stabile Angina pectoris

Einteilung der Schweregrade der stabilen Angina pectoris nach der Canadian Cardiovascular Society (CCS)

Definition: Durch körperliche oder psychische Belastung reproduzierbarer Thoraxschmerz, verschwindet in Ruhe oder nach Gabe von Nitroglyzerin.

Abbildung 1. Einteilung der Schweregrade der stabilen Angina pectoris nach der Canadian Cardiovascular Society [9; 10]



Aus: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2013.

Serum-Elektrolyte

Bei einer Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist die Angabe verpflichtend.
Liegt bei Ihrem Patienten neben der KHK auch noch eine Herzinsuffizienz vor und nimmt Ihr Patient daher an dem Modul „Herzinsuffizienz“ teil, sollten in halbjährlichen Abständen die Serum-

Elektrolyte (Natrium, Kalium) bestimmt werden. Bitte geben Sie hier an, ob die Bestimmung erfolgt ist oder nicht.

LDL-Cholesterin

Eine Angabe ist verpflichtend
Wenn Sie die Werte erhoben haben, tragen Sie bitte jeweils den Wert in mmol/l mit einer Nachkommastelle **oder** den Wert in mg/dl ohne Nachkommastelle ein. Wenn das LDL-Cholesterin nicht untersucht wurde, geben Sie bitte „nicht bestimmt“ an

Relevante Ereignisse

Relevante Ereignisse

Eine Angabe ist verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind dabei möglich.
Bitte geben Sie an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eines der aufgeführten Ereignisse eingetreten ist.

Handelt es sich um eine **Erstdokumentation,** sind hier Ereignisse aus der Vergangenheit einzubeziehen.
Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation,** sind jeweils nur Ereignisse seit der letzten Dokumentation zu berücksichtigen.
Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation keines der aufgeführten Ereignisse stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „nein“ an.

Diagnostische und / oder koronartherapeutische Intervention

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind hier möglich.
Geben Sie bitte hier an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eine diagnostische oder therapeutische Intervention erfolgt ist.
Handelt es sich bei der zu erstellenden Dokumentation um eine **Erstdokumentation,** sind hier Interventionen aus der Vergangenheit einzubeziehen.
Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation,** sind jeweils nur die seit der letzten Dokumentation durchgeführten Interventionen zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation keine der aufgeführten Interventionen erfolgt sein, geben Sie bitte „keine“ an.

Stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen KHK seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und ist hier verpflichtend.

Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund der KHK oder einer Herzinsuffizienz notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Bitte machen Sie zu jedem Medikament eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „nein“ – wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angaben sind für die Qualitätssicherung notwendig.
Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Thrombozytenaggregationshemmer

Eine Angabe ist verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird. Hierbei ist u. a. die Gabe von ASS oder Clopidogrel gemeint. Sofern eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt, geben Sie diese bitte auch an. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers besteht und/oder eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Betablocker

Eine Angabe ist verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

ACE-Hemmer

Eine Angabe ist verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmer besteht (z. B. ACE-Hemmer bedingter Husten) und eine Alternativ-Therapie mit AT1-Rezeptorantagonisten erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

Eine Angabe ist verpflichtend.
Mehrfachnennungen sind möglich.
Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Sonstige Medikation

Eine Angabe „ja“ oder „nein“ ist verpflichtend.
Sollte Ihr Patient andere oder weitere Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder einer arteriellen Hypertonie erhalten, geben Sie dies bitte hier an. Hierzu zählen z.B. AT-1-Antagonisten, Nitrate (einschließlich Nitro-Sprays) oder Diuretika.

Schulung

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.
Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt werden soll(en).
Wurde *keine Schulung* empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Eine Angabe ist verpflichtend.
Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer Folgedokumentation möglich.

Bitte machen Sie zu jeder Schulung eine Angabe.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch jeweils an. Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplan

KHK-bezogene Überweisung veranlasst

Eine Angabe ist verpflichtend.
Bitte geben Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner KHK an einen mitbehandelnden Arzt überwiesen haben.
Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „nein“ an.

KHK-bezogene Einweisung veranlasst

Eine Angabe ist verpflichtend.
Bitte geben Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner KHK in eine stationäre Einrichtung eingewiesen haben.
Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „nein“ an.

Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen

Nur bei der Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist hier eine Angabe verpflichtend.

Liegt bei Ihrem Patienten neben der KHK auch noch eine Herzinsuffizienz vor und nimmt Ihr Patient daher an dem Modul „Herzinsuffizienz“ teil, kann eine regelmäßige Gewichtskontrolle sinnvoll sein. Bitte geben Sie hier entweder an, ob Sie eine solche Gewichtskontrolle empfohlen haben oder nicht oder ob Sie diese für nicht erforderlich halten.

DMP-RL Teil B II, Ziffer 5

Asthma bronchiale - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen[1]	Häufiger als 2mal wöchentlich / bis zu 2mal 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 inhalative Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten / 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
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.

Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für das strukturierte Behandlungsprogramm

Asthma bronchiale

Stand der letzten Bearbeitung: 20.11.2012
Version 4.2

Anamnese- und Befunddaten

Häufigkeit von Asthma-Symptomen

Eine Angabe ist erforderlich.
Bitte geben Sie hier die Häufigkeit der Asthma-Symptome an. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten zum Dokumentationszeitpunkt.

- „**Häufiger als 2mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung an mehr als zwei verschiedenen Tagen in der Woche Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind.
- „**bis zu 2mal wöchentlich**“ geben Sie an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung an bis zu zwei Tagen in der Woche Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind.
- „
- **Keine**“ ist anzukreuzen, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung keine Asthma-typischen Symptome aufweist.

Aktueller Peak-Flow-Wert

Eine Angabe ist erforderlich.
Der Peak-Flow-Wert wird in der Regel von dem Patienten nach erfolgter Einweisung in den Gebrauch des Peakflow-Meters selbst gemessen, für die Angabe kann aber auch die in der Praxis supervidierte Messung mit dem Peakflow-Meter oder es können die Ergebnisse der Lungenfunktion herangezogen werden.
Bitte geben Sie den Peak-Flow-Wert in Litern pro Minute an bzw., dass der Test nicht durchgeführt wurde.

Sinnvoll ist die regelmäßige Überprüfung zum richtigen Gebrauch des Peakflow-Meters. Eine entsprechende Dokumentation ist dafür nicht vorgesehen.

Relevante Ereignisse

Stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und ist hier verpflichtend.
Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund des Asthma bronchiale notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „keine“ – wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Die Angaben „bei Bedarf“ und „Dauermedikation“ sind gemeinsam möglich.

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die Therapieziele des DMP in prospektiven, randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Dabei sollen diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Zu den vorrangig zu verordnenden Wirkstoffgruppen zählen

Bei Erwachsenen

Für die Dauertherapie:
- Inhalative Glukokortikosteroide (Basistherapie): z. B.
  - Beclomethason,
  - Budesonid,
  - Fluticason

Als Erweiterung der Basistherapie kommen in Betracht:
- Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika: z.B.
  - Salmeterol,
  - Formoterol
- In begründeten Fällen:
  - Systemische Glukokortikosteroide
  - Sonstige: hierzu zählen
    - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung),
    - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (Montelukast)
    - Anti-IgE Antikörper

Für die Bedarfstherapie
- kurz wirksame Beta-2 Sympatomimetika (bevorzugt inhalativ): z. B.
  - Fenoterol,
  - Salbutamol,
  - Terbutalin
- bei unzureichendem Ansprechen
  - Kurz wirksame Anticholinergika (Ipratropiumbromid)
  - Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)
  - Systemische Glukokortikosteroide (maximal 1 bis 2 Wochen)

Bei 5 – 17 Jährigen

Für die Dauertherapie:
- Inhalative Glukokortikosteroide (Basistherapie): z. B.
  - Beclomethason,
  - Budesonid,
  - Fluticason
- In begründeten Einzelfällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten

Als Erweiterung der Basistherapie kommen in Betracht:
- Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika: z. B.
  - Salmeterol,
  - Formoterol
- Steigerung der Dosierung des inhalativen Glukokortikosteroids auf mittlere Dosis
- Kombination von inhalativen Glukortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten

- In Ausnahmefällen, bei sonst nicht kontrollierbaren Verläufen:
  (Verordnung sollte durch die jeweils qualifizierte Fachärztin/den Facharzt/die Einrichtung erfolgen)
  - Systemische Glukokortikosteroide

  - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung),
  - Anti-IgE Antikörper

Für die Bedarfstherapie
- kurz wirksame Beta-2 Sympatomimetika (bevorzugt inhalativ): z. B.
  - Fenoterol,
  - Salbutamol,
  - Terbutalin
- Kurz wirksame Anticholinergika (Ipratropiumbromid)
- bei unzureichendem Ansprechen
  - Kurz wirksame Anticholinergika (Ipratropiumbromid)
  - Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)
  - Systemische Glukokortikosteroide (maximal 1 bis 2 Wochen)

Inhalative Glukokortikosteroide

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit inhalativen langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines inhalativen lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Kurzwirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit kurzwirksamen inhalativen Beta-2-Sympathomimetika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines kurzwirksamen inhalativen Beta-2-Sympathomimetikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Systemische Glukokortikosteroide

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines systemischen Glukokortikosteroids besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Sonstige asthmaspezifische Medikation

Eine Angabe ist erforderlich.
Sollte Ihr Patient Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten oder andere bzw. weitere Medikamente zur Behandlung des Asthma bronchiale erhalten, geben Sie dies bitte hier an.
Die Ausprägung „andere“ umfasst z.B. Theophyllin, Anticholinergika oder auch Anti-IgE Antikörper

Inhalationstechnik überprüft

Eine Angabe ist erforderlich.
Sie sollten die Inhalationstechnik Ihres Patienten mindestens einmal im Dokumentationszeitraum überprüfen.
Geben Sie hier bitte an, ob Sie dies bei der heutigen Konsultation getan haben.

Schulung

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich.
Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier an.
Wurde *keine Schulung* empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Eine Angabe ist erforderlich.
Die Angaben zur Schulung beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf eine Schulung, die Sie Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folge**dokumentation möglich.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte an.
Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplan

Schriftlicher Selbstmanagementplan

Eine Angabe ist erforderlich.
Für die weitere Behandlung sollen Sie gemeinsam mit Ihrem Patienten einen Behandlungsplan erstellen und Therapieziele vereinbaren.
Hierzu zählt insbesondere das Monitoring der Asthmaerkrankung durch die Patienten z.B. durch Peak-Flow-Kontrolle und Erstellung eines darauf abgestimmten Medikationsplans zum Selbstmanagement insbesondere für Notfälle.
Geben Sie bitte an, ob Sie für Ihren Patienten einen solchen Plan erstellt haben oder nicht.

Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst

Eine Angabe ist erforderlich.
Bitte geben Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seines Asthma bronchiale zu einem anderen Arzt oder in eine stationäre Einrichtung überwiesen oder eingewiesen haben.
Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „nein“ an.

DMP-RL Teil B III, Ziffer 5

	Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) - Dokumentation	
Lfd. Nr.	**Dokumentationsparameter**	**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	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.

Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für das strukturierte Behandlungsprogramm

COPD

Stand der letzten Bearbeitung: 07.04.2008
Version 3.1

Anamnese- und Befunddaten

Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate)

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie hier den aktuell vor einer Spasmolyse gemessenen FEV1-Wert Ihres Patienten mit zwei Stellen hinter dem Komma an.

Relevante Ereignisse

Häufigkeit von Exazerbationen

Eine Angabe ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.
Als Exazerbation zählt jede Verschlechterung der Symptomatik, die eine Veränderung der Medikation im Sinne einer Intensivierung der Therapie erforderlich macht.
Geben Sie bitte die Anzahl von Exazerbationen seit der letzten Dokumentation an. Sollte keine Exazerbation seit der letzten Dokumentation vorgelegen haben, geben Sie bitte eine „0“ an.

Stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen COPD seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.
Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund der COPD notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „keine“ – wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe der jeweiligen Wirkstoffgruppe zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.
Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Die Angaben „bei Bedarf“ und „Dauermedikation“ sind gemeinsam möglich.

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die Therapieziele des DMP in prospektiven, randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Dabei sollen diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Zu den einzelnen Wirkstoffgruppen, die vorrangig zu verordnen sind, zählen
Für die **Bedarfstherapie**
- Kurzwirksame Anticholinergika (*Ipratropiumbromid,*)
- Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika *(Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin)*
- Kombination von kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Falls erforderlich zur **Dauertherapie**
- Langwirksames Anticholinergikum *(Tiotropiumbromid)*
- Langwirksame Beta-2-Sympatomimetika (Formoterol, Salmeterol)

In begründeten Einzelfällen können auch nachstehende Wirkstoffgruppen zur Anwendung kommen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit **verzögerter** Wirkstofffreisetzung zur **Dauer**therapie), Theophyllin (Darreichungsform mit **rascher** Wirkstofffreisetzung, als **Bedarfs**therapie)
- Inhalative Glukokortikosteroide (bei mittelschwerer und schwerer COPD, insbesondere wenn außerdem Zeichen eines Asthma bronchiale bestehen).
- Systemische Glukokortikosteroide
- Bei gehäuft auftretenden Exazerbationen bzw. bei Schleimretention können mukoaktive Substanzen (Acetylcystein, Ambroxol, Carbocystein) erwogen werden.

Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Anticholinergikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Langwirksame Anticholinergika

Eine Angabe ist erforderlich.
Geben Sie bitte an, ob eine Bedarfs- und/oder Dauertherapie mit langwirksamen Anticholinergika durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „keine“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines langwirksamen Anticholinergikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Inhalationstechnik überprüft

Eine Angabe ist erforderlich.
Sie sollten mindestens einmal im Jahr die Inhalationstechnik Ihres Patienten überprüfen.
Geben Sie hier bitte an, ob Sie dies bei der heutigen Konsultation getan haben.

Sonstige diagnosespezifische Medikation

Eine Angabe ist erforderlich.
Sollte Ihr Patient Theopyllin, inhalative oder systemische Glukokortikosteroide oder andere bzw. weitere Medikamente zur Behandlung der COPD erhalten, geben Sie dies bitte hier an.
Unter der Ausprägung „andere“ umfasst z.B. mukoaktive Substanzen wie Acetylcystein, Ambroxol oder Carbocystein.

Schulung

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich.
Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier an.
Wurde *keine Schulung* empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Eine Angabe ist erforderlich.
Die Angaben zur Schulung beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf eine Schulung, die Sie Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer Folgedokumentation möglich.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte an.
Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplan

COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst

Eine Angabe ist erforderlich.
Bitte geben Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner COPD zu einem anderen Arzt oder in eine stationäre Einrichtung überwiesen oder eingewiesen haben.
Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „nein“ an.

Regionenübersicht

Anlage D

- nicht belegt -

Die Informationen der bisherigen Regionenübersicht sind der elektronisch zur Verfügung gestellten DMP-Datenbank zu entnehmen.

Schreiben / E-Mail des BVA

Anlage E

2004

E 1 BVA V2 - 5580.8 - 4456/2003 v. 6.4.2004

E 2 BVA V2 an IKK-BV ohne Az. v. 6.8.2004

E 3 BVA V2 - 5580.8 - 4456/2003 v. 27.9.2004

2005

E 4 BVA V2 - 5623.0 - 2186/2002 v. 27.1.2005

E 5 BVA V2 an SpiK ohne Az. v. 14.4.2005

2006

E 6 BVA V2 - 5623.0 - 2186/2002 v. 10.7.2006

E 7 BVA V2 - 5623.0 - 1472/2006 v. 24.10.2006

2007

E 8 BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 9.7.2007

E 9 BVA V2 - 5623.4 - 3260/2006 v. 24.9.2007

E 10 BVA V2 - 5620.0 - 1248/2006 v. 11.12.2007

2008

E 11 BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 7.5.2008

E 12 BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 23.5.2008

E 13 BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 30.5.2008

E 14 BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 1.8.2008

E 15 BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 9.12.2008

2012

E 16 BVA VI3 - 5620 - 2708/2011 v. 23.2.2012

2013

E 17 BVA K1 - AK Organisation v. 5.7.2013

2017

E 18 BVA 515 an vdek.com ohne Az. v. 7.2.2017

2019

E 19 BVA 611 - AK Organisation v. 7.5.2019

Bundesversicherungsamt

Bitte beachten Sie unsere neue Anschrift seit März 2004

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

V2 - 5580.8 - 4456/2003
Geschäftszeichen, bei Antwort bitte angeben

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Bundesversicherungsamt Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Telefonvermittlung: 0228 619 - 0
Telefondurchwahl: 0228 619 – 16 34
Telefax: 0228 619 – 18 74
E-Mail: christoph.romes@bva.de

Spitzenverbände der Krankenkassen

Tag: 06. April 2004

Bearbeiter(in): Herr Romes

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der
Betriebskrankenkassen
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Bundesverband der
Innungskrankenkassen
Friedrich-Ebert.Str.
51429 Bergisch Gladbach

Bundesverband der
landwirtschaftlichen Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Bundesknappschaft
Pieperstr. 14 – 28
44781 Bochum

See-Krankenkasse
Reimertswiete 2
20457 Hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

9. RSA-ÄndV
hier: Übergangsregelungen

Besprechung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem BMGS am 16. März 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der gemeinsamen Besprechung am 16. März 2004 sind Probleme der Umsetzung der 9. RSA-ÄndV erörtert worden. Zu den dort erörterten Punkten nehmen wir nach Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wie folgt Stellung:

Übermittlungsfrist für Dokumentationen

Die neue Regelung zum Quartalsbezug der Dokumentation wirkt sich nicht nur auf die Pflicht der Patienten zur Wiedervorstellung aus, sondern auch auf die Pflicht der Ärzte zur Übermittlung der Dokumentation.

Der Dokumentationszeitraum endet demnach für die Übermittlungsfrist ebenso wie für die Pflicht zur Wiedervorstellung am Ende des Quartals (bei Drei-Monats-Rhythmus) bzw. am Ende des übernächsten Quartals (bei Sechs-Monats-Rhythmus). Die Übermittlungsfrist beginnt mit dem ersten Tag des jeweils folgenden Quartals. Die Regelung gilt auch für Erstdokumentationen.

Den Krankenkassen ist unbenommen, vertraglich frühere Fristen zu vereinbaren. Maßstab für die RSA-relevante Verfristung bleibt aber auch bei vertraglich vereinbarten früher endenden Fristen das Überschreiten der 52-Tage-Frist, die am Tag nach dem Ende des jeweils maßgeblichen Quartals einsetzt.

Wegfall der Patientenunterschrift bei jeder einzelnen Übermittlung der Dokumentation

Die Krankenkassen beabsichtigen zu erklären, dass sie rückwirkend ab 1. März 2004 die Neuregelung der 9. RSA-Änderungsverordnung zum Wegfall der Patientenunterschrift anwenden wollen.

Grundsätzlich kann eine sukzessive Einführung der neuen Regelungen der 9. RSA-ÄndV erfolgen. Bedenken gegen eine Erklärung zum rückwirkenden Wegfall des Erfordernis der Patientenunterschrift bestehen nicht. Bei alten Korrekturverfahren, die zum Inkrafttreten der Neuregelung noch nicht abgeschlossen sind und bei denen allein im Hinblick auf Vollständigkeit und Plausibilität die Patientenunterschrift fehlte, können ab 1. März 2004 als vollständig und plausibel gelten. Eine zeitlich weitergehende Rückwirkung ist nicht möglich.

Da es sich bei den Dokumentationen um zahlungs- und buchungsbegründende Unterlagen im Sinne des § 6 SVRV handelt, muss auch nach Wegfall der Patientenunterschrift bei der elektronischen Übermittlung der Dokumentationen von der Arztpraxis an die Datenstellen weiterhin sichergestellt sein, dass der Arzt einen Ausdruck des ausgefüllten Dokumentationsbogens unterschreibt, dass dieser Bogen gemäß den Vorgaben der RSAV und der SVRV und SRVwV aufbewahrt wird und für die Prüfdienste zugänglich ist (vgl. Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 22.September 2003).

Einführung der neuen Dokumentationen

Der Vorschlag der Spitzenverbände, für eine Übergangsfrist vom 1. Juli bis 30. September 2004 zu ermöglichen, dass die Ärzte neben dem neuen auch noch den alten Dokumentationsbogen verwenden können, ist nicht mit der RSAV vereinbar.

Hierfür sind folgende Gründe maßgeblich:

- § 28b Abs. 3 RSAV sieht einen Stichtag für die Einführung der neuen Dokumentationen vor; eine ausdrückliche Grundlage für den beschriebenen Parallelbetrieb besteht nicht.

- Auch § 28f Abs. 1 Nr. 1 RSAV steht einem Parallelbetrieb entgegen. Gemäß § 28f Abs. 1 Nr. 1 RSAV ist Voraussetzung für die Zulassung des Behandlungsprogramms, dass im Programm Dokumentationen vorgesehen sind, die **nur** die in den jeweiligen Anlagen aufgeführten Angaben umfassen. Da die alten Dokumentationsbögen Angaben enthalten, die über die Angaben in den neuen Dokumentationsbögen hinausgehen, dürfen die alten Bögen auf Grund dieser Regelung ab dem Stichtag nicht mehr verwendet werden.

Ein paralleles Ausfüllen von alten und neuen Dokumentationen ist somit nicht zulässig. Fraglich ist zudem, ob der Wechsel von den alten auf die neuen Bögen tatsächlich in den Arztpraxen zu Problemen führt. Die Krankenkassen sollten die Ärzte im Vorfeld deutlich auf die bestehende Rechtslage hinweisen und sie veranlassen, die alten Bögen zum Quartalswechsel nicht mehr zu verwenden. Im Übrigen besteht weiterhin die Möglichkeit zur Korrektur innerhalb der 52-Tage-Frist, die zum Ende des jeweiligen Quartals einsetzt.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. Romes

Bundesversicherungsamt

Geschäftszeichen, bei Antwort bitte angeben

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Bundesversicherungsamt Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Telefonvermittlung: 0228 619 - 0
Telefondurchwahl: 0228 619 - 16 34
Telefax: 0228 619 - 18 74
E-Mail: christoph.romes@bva.de

IKK Bundesverband
Abteilung Statistik und Analysen
Herr Piroth
Postfach 10 01 52

51401 Bergisch Gladbach

Tag: 06. August 2004

Bearbeiter(in): Herr Romes

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)
hier: Beendigung der Programmteilnahme von eingeschriebenen Versicherten bei Todesfall oder Kündigung der Mitgliedschaft

Ihre Anfrage per E-Mail vom 5. Juli 2004

Sehr geehrter Herr Piroth,

für Ihre Anfrage zur Beendigung der Programmteilnahme von eingeschriebenen Versicherten danken wir Ihnen.

Gemäß § 28 d Absatz 2 Ziffer 2 RSAV (zuletzt angepasst durch die 9. RSA-ÄndV) ist die Teilnahme eines Versicherten am Programm unter anderem dann zu beenden, wenn innerhalb von drei Jahren zwei der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den in § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 genannten Anlagen nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Frist übermittelt worden sind.

Verstirbt ein DMP-Versicherter, wie in dem von Ihnen dargestellten Szenario a), während eines Dokumentationszeitraums, ist die Dokumentation für diesen Dokumentationszeitraum nicht als fehlend zu werten, da der oben dargestellte Ausschlusstatbestand erst nach Ablauf des Dokumentationszeitraums gewertet werden kann. Der Versicherte verbleibt in dem dargestellten Szenario somit bis zum Todestag in dem entsprechenden Programm.

Das gleiche gilt, wenn ein Versicherter seine Mitgliedschaft kündigt. Ist zum Kündigungszeitpunkt der Dokumentationszeitraum nicht abgelaufen, ist die Dokumentation für diesen Dokumentationszeitraum nicht als fehlend zu werten.
Auch hier bleibt der Versicherte in dem dargestellten Szenario b) bis zum Ablauf der Mitgliedschaft in dem entsprechenden Programm.

Anders wäre der Fall zu werten, wenn der Versicherte genau zum Ende des Dokumentationszeitraums (z.B. 30. Juni 2004) seine Mitgliedschaft gekündigt hätte. In diesem Fall wäre das 2. Quartal 2004 noch als vollständiger Dokumentationszeitraum zu betrachten, mit der Folge, dass eine (zweite) hier fehlende Dokumentation zur Beendigung der Teilnahme führte.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag
gez. Romes

Bundesversicherungsamt

V2 - 5580.8 - 4456/2003
Geschäftszeichen, bei Antwort bitte angeben

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Bundesversicherungsamt Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Telefonvermittlung: 0228 619 - 0
Telefondurchwahl: 0228 619 - 16 34
Telefax: 0228 619 - 18 74
E-Mail: christoph.romes@bva.de

Tag: 27. September 2004

Bearbeiter(in): Herr Romes

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der
Betriebskrankenkassen
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Bundesverband der
Innungskrankenkassen
Friedrich-Ebert.Str.
51429 Bergisch Gladbach

Bundesverband der
landwirtschaftlichen Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Bundesknappschaft
Pieperstr. 14 – 28
44781 Bochum

See-Krankenkasse
Reimertswiete 2
20457 Hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

Strukturierte Behandlungsprogramme;
Ausschlusstatbestand gemäß § 28 d Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV in Fassung der 9. RSA-ÄndV (hier: Nichtwahrnehmung von zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung innerhalb von 12 Monaten)

Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt am 31. August 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf der o.g. Besprechung baten Sie um eine Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes zur Prüfung des Ausschlusstatbestandes gemäß § 28 d Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV (hier: Nichtwahrnehmung von zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung innerhalb von 12 Monaten) auf Basis der in den Anlagen 2, 6 und 8 RSAV festgelegten Dokumentationssätze.

Die Zulassungsreferate des Bundesversicherungsamtes nehmen hierzu wie folgt Stellung:

Die in den Anlagen 2, 6 und 8 der RSAV enthaltenen Folgedokumentationen sehen im Feld „Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)“ zu den jeweiligen Schulungstypen die Antwortoptionen „Ja“, „Nein“ und „War aktuell nicht möglich“ vor.
Entsprechend dem von den Spitzenverbänden unterbreiteten Vorschlag ist eine Schulung erst dann als nicht wahrgenommen im o.g. Sinne anzusehen, wenn die Antwortoption „Nein“ angekreuzt wurde und der Arzt die Schulung tatsächlich empfohlen hat.
Ob der Arzt die betreffende Schulung empfohlen hat, kann der vorherigen, turnusgemäß erstellten Dokumentation entnommen werden.

Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass folgende Konstellationen zum Ausschluss eines Patienten führen können:

- ein Patient nimmt zwei unterschiedliche empfohlene Schulungen (z.B. Diabetes-Schulung und Hypertonie-Schulung) innerhalb von 12 Monaten jeweils nicht wahr und/oder
- ein Patient nimmt eine innerhalb von 12 Monaten mehrfach empfohlene Schulung (z.B. Diabetes-Schulung) jeweils nicht wahr.

Ferner weisen wir darauf hin, dass eine „Heilung“ des Ausschlusstatbestandes durch ein Nachholen der Schulung zu einem späteren Zeitpunkt in der RSAV nicht vorgesehen ist.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag
gez. Romes

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 16 34
FAX +49 (0) 228 619 - 18 74
E-MAIL christoph.romes@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Romes

Spitzenverbände der Krankenkassen

DATUM 27. Januar 2005
AZ V2 - 5623.0 -2186/2002
(bei Antwort bitte angeben)

AOK – Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

See-Krankenkasse
Reimerstwiete 2
20457 Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Bundesknappschaft
Pieperstr. 14-28
44781 Bochum

Strukturierte Behandlungsprogramme
hier: Umgang mit fehlenden Dokumentationen vor Akkreditierung

Schreiben des VdAK/AEV im Namen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 15. Dezember 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem Schreiben nehmen wir wie folgt Stellung:

Gemäß § 137 g Abs. 1 Satz 7 SGB V wird die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen mit dem Tage wirksam, an dem die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V genannten Anforderungen erfüllt und die Verträge zur Durchführung des Programms geschlossen sind, frühestens mit dem Tag der Antragstellung.

Auf Grund des mit der Prüfung der Anträge verbundenen Zeitaufwands und der Dauer des ggf. erforderlichen Anpassungsprozesses wurde der Großteil der Zulassungen bislang rückwirkend ausgesprochen. In den meisten Fällen wird mit der Umsetzung der Programme (sogenannter Wirkbetrieb) bereits vor Erteilung des Zulassungsbescheides begonnen.

Ist ein Antrag zum Antragszeitpunkt mit wesentlichen Mängeln behaftet, die einer Zulassung entgegenstehen, kann die Zulassung erst nach Behebung dieser Mängel, also zu einem späteren Zeitpunkt nach Antragstellung ausgesprochen werden.

In diesen Fällen ist zunächst zu prüfen, ob die Mängel so wesentlich waren, dass eine Anerkennung der bereits vor Behebung des Mangels vorgenommenen Einschreibungen nicht in Frage kommt. Ggf. ist in diesen Fällen eine Neueinschreibung der Versicherten zu erwägen.
In der Vergangenheit wurden die Antragsteller von den Zulassungsreferaten des Bundesversicherungsamtes entsprechend informiert und eine Möglichkeit zur Lösung des Sachverhalts gesucht.

Nur wenn keine Bedenken gegen die weitere Teilnahme der bereits vor dem Zulassungszeitpunkt eingeschriebenen Versicherten besteht, stellt sich die von Ihnen aufgeworfene Frage, die nicht der Zulassung, sondern der Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme zuzuordnen ist.

Hierbei kommen wir nach Abstimmung mit dem Prüfdienst unseres Hauses zu dem Ergebnis, dass die Ausschlusstatbestände des § 28 d Abs. 2 RSAV auch im Wirkbetrieb vor dem Zulassungszeitpunkt beachtet werden müssen.

Zur Begründung:

1. Die Akzeptanz der vor Zulassung bereits im Wirkbetrieb vorgenommenen Einschreibungen ist ab dem Zulassungszeitpunkt nur möglich, wenn hierbei die Anforderungen an die Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm gemäß § 28 d Abs. 1 RSAV eingehalten und von den Prüfdiensten nachvollziehbar überprüft werden können (Vorliegen einer Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie einer vollständigen Erstdokumentation). Im Rahmen der Einschreibung sind die teilnehmenden Versicherten auch darüber zu informieren, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an den Programmen zur Folge hat. Diese Information wird von den Versicherten schriftlich bestätigt.
Es gibt keinen sachlichen Grund, warum nun die in § 28 d Abs. 2 RSAV festgehaltenen Tatbestände zur Beendigung des Programmteilnahme während der Phase des Wirkbetriebes vor der Zulassung außer Acht gelassen und nur die einschreibungsgünstigen Tatbestände berücksichtigt werden sollten. Dies hätte nämlich zur Folge, dass Versicherte sich zwar einschreiben, sich aber andererseits für eine bestimmte Zeit der Mitwirkung entziehen können.

2. Eine Akzeptanz der vor Zulassung im Wirkbetrieb vorgenommen Einschreibungen ohne Beachtung der Beendigungstatbestände des § 28 d Abs. 2 Satz 2 RSAV könnte zu Fehlanreizen führen. So könnte es für die programmdurchführenden Krankenkassen attraktiv sein, zeitnah zunächst nur die Einschreibevorgänge im Wirkbetrieb umzusetzen und die weiteren essentiellen Programmbestandteile (z.B. Sicherstellung der kontinuierlichen Betreuung, Einbindung aller erforderlicher Versorgungssektoren) zu späteren Zeitpunkten sicherzustellen, um ab dem zu erwartenden Zulassungszeitpunkt für eine möglichst große Anzahl von Patienten unmittelbar Versichertenzeiten zum RSA melden zu können.
Es bestünde also die Gefahr, dass im Wirkbetrieb zunächst nur ein rudimentärer Kern der Programme umgesetzt wird, der im Laufe der Zeit aufgestockt wird. Dies könnte auch unter medizinischen Gesichtspunkten bedenklich sein.

3. Eine Nichtberücksichtigung des § 28 d Abs. 2 RSAV während des Wirkbetriebs führte zudem zu technischen Umsetzungsschwierigkeiten. So wäre fraglich, wie mit fehlenden Dokumentationen des Quartals umzugehen ist, in dem der Zulassungszeitpunkt liegt. Auf diesen Sachverhalt wird in Ihrem Schreiben nicht näher eingegangen.

In dem von Ihnen dargestellten Beispielsfall (Quartalsmäßiger Dokumentationszyklus; Erstdokumentation im ersten Quartal; Zwei fehlende Folgedokumentationen in den beiden Folgequartalen; Zulassung Ende des dritten Quartals) ist somit eine erneute Einschreibung erforderlich, sofern für die DMP-Teilnahme Versichertenzeiten zum RSA gemeldet werden sollen.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag
gez. Romes

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 16 34
FAX +49 (0) 228 619 - 18 74
E-MAIL christoph.romes@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Romes

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44

53170 Bonn

DATUM 14. April 2005
AZ V2 -
(bei Antwort bitte angeben)

Durchschrift

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

See-Krankenkasse
Reimertswiete 2
20457 Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Bundesknappschaft
Pieperstr. 14-28
44781 Bochum

**Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP);
Teilnahme minderjähriger Patienten an einem DMP**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Bezug nehmend auf die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Zulassungsreferaten des Bundesversicherungsamtes am 11. März 2005 nehmen wir zur erörterten Problematik der Teilnahme minderjähriger Patienten an einem DMP wie folgt Stellung:

Grundsätzlich ist gemäß § 36 Abs. 1 SGB I davon auszugehen, dass Personen mit Vollendung des 15. Lebensjahres für den Bereich der Sozialversicherungsverhältnisse ausreichend einsichts- und urteilsfähig sind.
Insofern können die Erklärung zur Teilnahme an einem DMP und die Einverständniserklärung in die Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung mit Vollendung des 15. Lebensjahres eigenständig abgegeben werden.
Für die Kündigung der Teilnahme bzw. den Widerruf des Einverständnisses ist gemäß § 36 Abs. 2 Satz 2 SGB I jedoch die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

Bei jüngeren Personen kann die Teilnahme- und Einverständniserklärung nur durch die gesetzlichen Vertreter abgegeben werden. Sind beide Elternteile vertretungsberechtigt, haben sie grundsätzlich dieses Recht gemeinschaftlich in Form der Gesamtvertretung auszuüben. Wurde die Teilnahme- und Einwilligungserklärung nur durch ein Elternteil unterschrieben, besteht in eng begrenzten Rahmen Raum für die Annahme, dass der andere Vertretungsberechtigte mutmaßlich bzw. stillschweigend den Unterzeichnenden ermächtigt hat, in diesem Einzelfall allein für den Betroffenen zu handeln. Solches darf nur unterstellt werden, solange keinerlei Anzeichen für gegensätzliche Auffassungen der Elternteile erkennbar sind.

Insofern ist auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Unterschrift eines Elternteils ausreichend. Dies ist insbesondere auch deshalb vertretbar, weil davon auszugehen ist, dass die Teilnahme an einem DMP und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten im Interesse des minderjährigen Betroffenen liegt.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. van Doorn

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1649
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL michael.wiorkowski@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Wiorkowski

DATUM 10. Juli 2006
AZ V2-5623.0-2186/2002
(bei Antwort bitte angeben)

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Knappschaft
Pieperstr. 14-28
44781 Bochum

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse
Reimertswiete 2
20457 Hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

Strukturierte Behandlungsprogramme: Dokumentationsfolge

Besprechung im Bundesversicherungsamt am 29.11.2005
Schreiben des VdAK/AEV vom 18.01.2006
Schreiben des AOK-Bundesverbands vom 17.02.2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir kommen zurück auf unsere Besprechung am 29.11.2005. Unter Tagesordnungspunkt 5 ging es um die Frage, wie mit der Erstellung neuer Erstdokumentationen sowie Teilnahme- und Einwilligungserklärungen in einem laufenden Programm umzugehen ist. Von den

Spitzenverbänden wurde die Auffassung vertreten, dass der Versicherte durch die erneute Ausstellung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Kündigung der bisherigen Programmteilnahme konkludent zum Ausdruck bringt und die erneute Erstellung der Einschreibungsunterlagen gleichzeitig eine Neueinschreibung darstellt. Dieser Standpunkt wurde durch Schreiben des VdAK/AEV vom 18.01.2006 und des AOK-Bundesverbands vom 17.02.2006 bekräftigt.

Der von Ihnen vorgetragenen Betrachtungsweise vermögen wir – auch nach nochmaliger Prüfung – nicht zu folgen. In den zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke ist eindeutig festgelegt, dass nach Erstellung der Erstdokumentation und Einschreibung des Versicherten vom koordinierenden Arzt nur noch Folgedokumentationen zu erstellen sind. Problematisch ist, dass bei einer Neueinschreibung die Fristen für die Ausschlusstatbestände nach § 28d Abs. 2 Nr.2 RSAV neu beginnen und bereits eingetretene Vorfälle nicht mehr bewertet werden können. Die Möglichkeit der erneuten Einschreibung ohne vorherige Beendigung der Programmteilnahme schafft damit falsche Anreize zur Umgehung der Ausschlusstatbestände. Für eine Neueinschreibung ist die Kündigung der bisherigen Programmteilnahme Voraussetzung. Für die von Ihnen behauptete konkludente Kündigung des Versicherten mangelt es unseres Erachtens jedoch an einem ersichtlichen Kündigungswillen.

Eine Verletzung der Dokumentationsfolge führt somit dazu, dass die – anstelle der erstellten Erstdokumentation - erforderliche Folgedokumentation als fehlend zu werten ist. In den Fällen, in denen mit der fälschlicherweise erstellten Erstdokumentation der Ausschlusstatbestand des § 28d Abs.2 Nr.2 Alt. 2 RSAV erfüllt wird (zweite fehlende Dokumentation innerhalb von drei Jahren) endet die Programmteilnahme. Die RSA-wirksame Versichertenzeit endet gemäß § 3 Abs.3 S.8 Nr.3 RSAV mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum). Da allerdings in diesen Fällen eine Ausschreibung erfolgt ist, kann die erstellte Erstdokumentation mit der neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärung als Neueinschreibung gewertet werden. Diese Vorgehensweise hat jedoch zur Folge, dass die Versichertenzeit im Risikostrukturausgleich nicht lückenlos berücksichtigt werden kann.

Mit freundlichen Grüßen	Beglaubigt:
Im Auftrag	
gez. van Doorn	Verw.-Angest.

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1681
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL matthias.braun@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Braun/Bo

DATUM 24. Oktober 2006
AZ **V 2 – 5623.0 – 1472/2006**
(bei Antwort bitte angeben)

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

See-Krankenkasse
Reimertswiete 2
20457 Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Bundesknappschaft
Pieperstr. 14-28
44781 Bochum

nachrichtlich:

Bundesministerium für Gesundheit
Am Probsthof 78 a
53108 Bonn

Auswirkungen der 13. RSA-ÄndV auf die Dokumentationsintervalle bei strukturierten Behandlungsprogrammen
hier: Übertragung der Sonderregelung von Brustkrebs auf alle anderen Indikationen

Schreiben des VdAK/AEV Bundesverbandes im Namen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 20. September 2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Bezugnahme auf Ihr o.g. Schreiben teilen wir mit, dass die Prüfung der überarbeiteten Verfahrensregelung zu den vorfristigen Dokumentationen bei allen DMP-Indikationen keine Beanstandungen ergeben hat.

Gegen eine Anwendung der Verfahrensweise auf Dokumentationen, deren Erstellungsdatum nach dem 31. Dezember 2006 liegt, bestehen keine Bedenken.

Bis zur Umsetzung der neuen Verfahrensweise ab 01. Januar 2007 gelten die bisherigen Verfahrensregelungen weiter.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. van Doorn

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1649
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL michael.wiorkowski@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Wiorkowski / kl

DATUM 09. Juli 2007
AZ V 2 - 5620.0 - 3316/2004
(bei Antwort bitte angeben)

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

See-Krankenkasse
Reimertswiete 2
20457 Hamburg

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Bundesknappschaft
Pieperstr. 14-28
44781 Bochum

nachrichtlich

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

DMP Brustkrebs: Dokumentation von Neuerkrankungen

- **BVA-Schreiben V 2 - 5620.0 - 3316/2004 vom 2. April 2007**
- **Schreiben des AOK-Bundesverbands im Namen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 4. Mai 2007**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum 1.07.2006 wurden die neuen Dokumentationen gemäß der 13. RSA-ÄndV für die Indikation Brustkrebs eingeführt. Bis zur Einführung der neuen Vordrucke wurde der Nach-

weis eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses auch während der Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm über die Erstellung einer Erstdokumentation geführt, da der Vordruck für die Folgedokumentation nicht die zur Berechnung des Fünfeinhalbjahre-Zeitraums erforderliche taggenaue Dokumentation der Neuerkrankung ermöglichte. In dem neuen, ab dem 1.07.2006 verbindlichen Formular für die Folgedokumentationen sind Angaben zur Manifestation eines lokoregionären Rezidivs und zur Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses erforderlich. Die taggenaue Datierung einer Neuerkrankung ist möglich. Mit E-Mail vom 8.01.2007 fragt der BKK-Bundesverband an, wie mit Fällen umzugehen ist, in denen der Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses während der laufenden Programmteilnahme auch nach dem 30.06.2006 noch über die Erstellung einer Erstdokumentation geführt wird.

Nach erfolgter Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen werden wir wie folgt verfahren:

Ab dem 1.07.2006 gilt der Grundsatz, dass von ein und demselben Arzt während einer Programmteilnahme die Systematik der Dokumentationen strikt einzuhalten ist, auch ausnahmslos für die Indikation Brustkrebs. Eine Erstdokumentation, die während einer laufenden Programmteilnahme anstelle einer Folgedokumentation zum Nachweis eines lokoregionären Rezidivs/kontralateralen Brustkrebses erstellt wird, gilt nach Ablauf der Übermittlungsfrist als endgültig fehlende Folgedokumentation. Der in einer anstelle einer Folgedokumentation erstellten und als endgültig fehlend gewerteten Erstdokumentation erfolgte Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder kontralateralen Brustkrebses wird im weiteren Fallverlauf nicht berücksichtigt.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. van Doorn

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1852
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL joern.ruebenstrunk@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Rübenstrunk / kl

DATUM 24. September 2007
AZ **V 2 - 5623.4 - 3260/2006**
(bei Antwort bitte angeben)

BKK Bundesverband
Abteilung Versorgungskonzepte
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

nachrichtlich:

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Knappschaft
Pieperstr. 14-28
44781 Bochum

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse
Reimertswiete 2
20457 Hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

Schriftformerfordernis bei der Kündigung der DMP-Teilnahme
Ihr Schreiben vom 19. Juli 2007 , 1230/AS

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir teilen nicht Ihre Auffassung, nach der eine Kündigung der DMP-Teilnahme der Schriftform bedarf.

Die von Ihnen hiergegen vorgetragenen Argumente erlauben keine andere Beurteilung der Rechtslage. Dabei kann es offen bleiben, ob die DMP-Teilnahme als öffentlich-rechtlicher

Vertrag im Sinn eines koordinationsrechtlichen Vertrages zu sehen ist oder nicht. Selbst wenn man die Anwendbarkeit der §§ 53 ff SGB X bejaht, ergibt sich aus § 59 SGB X, dass die Schriftform der Kündigung nur in den in § 59 Abs.1 SGB X abschließend aufgezählten Fällen erforderlich ist. Die (eng begrenzten Ausnahme)fälle des § 59 Abs.1 SGB X liegen aber bei einer Kündigung der DMP-Teilnahme nicht vor. Im Umkehrschluss ergibt sich dann, dass der Gesetzgeber in allen übrigen Fällen (außerhalb des § 59 Abs.1 SGB X) die Schriftform der Kündigung nicht für notwendig gehalten hat.

Auch aus § 137 f und § 137 g SGB V lässt sich das Schriftformerfordernis nicht ableiten. § 137 f Abs. 3 Satz 2 SGB V schreibt zwar die schriftliche Einwilligung einer DMP-Teilnahme vor. Dies gilt aber nicht für die Beendigung der DMP-Teilnahme, für die der Gesetzgeber gerade keine Regelung getroffen hat. Damit kann die Schriftform auch nicht damit begründet werden, aus dem Schriftformerfordernis der Teilnahmeerklärung ergebe sich die Schriftform der Kündigung. Die von Ihnen in diesem Zusammenhang angesprochene Ansicht, der Widerruf stelle einen umgekehrten Rechtsakt zur Begründung eines Rechtsverhältnisses dar, ist zwar zuzustimmen. Dieser Rechtsakt muss aber nicht in der gleichen Form gefasst sein wie die Begründung dieses Rechtsverhältnisses.

Zwar kann im Rahmen der Zuordnung einer Verwaltungsentscheidung zum öffentlichen Recht oder privaten Recht eine Abgrenzung derart getroffen werden, dass der Widerruf einer Verwaltungsentscheidung dem gleichen Rechtsgebiet zuzuordnen ist wie die Verwaltungsentscheidung selbst. Diese Abgrenzung betrifft aber nur die Frage der Zuordnung zu einem Rechtsgebiet, nicht aber die Frage, ob die Kündigung eines Rechtsverhältnisses denselben Formerfordernissen genügen muss wie die Begründung dieses Rechtsverhältnisses.

Ein Schriftformerfordernis lässt sich auch nicht mit der RSA-Sicherheit begründen, da das Gesetz keine solche Regelung enthält. Soweit der Gesetzgeber das Schriftformerfordernis bei der Teilnahme- und Einwilligungserklärung einführt, hierauf aber bei der Kündigung verzichtet, bleibt im Rahmen der Auslegung keine Möglichkeit, sich über diese Entscheidung des Gesetzgebers hinwegzusetzen.

Der Verzicht auf das Schriftformerfordernis eröffnet zwar auf Seiten der Krankenkassen Manipulationsmöglichkeiten. Diesen kann aber im Rahmen der Prüfung der DMP- Versicherungszeiten begegnet werden. Im Rahmen der Prüfung können sich die Prüfer Unterlagen zum Nachweis der DMP-Versicherungszeiten vorlegen lassen. So können sich die Prüfer im Zweifelsfall geeignete weitere Nachweise vorlegen lassen, die den Beendigungstermin des

DMP bestätigen, bevor sie den in Frage stehenden Fall anerkennen. Dabei muss eine Telefonnotiz über den Beendigungszeitpunkt nicht in jedem Fall als ausreichender Nachweis anerkannt werden. Insoweit ist es Aufgabe der Krankenkassen, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um den Beendigungszeitpunkt der DMP-Teilnahme hinlänglich nachzuweisen. So besteht die Möglichkeit, den Nachweis des Beendigungszeitpunktes auf Seiten der Kasse durch geeignete Prozeduren, beispielsweise ein Bestätigungsschreiben gegenüber dem Versicherten und den Einzug der DMP-Krankenversichertenkarte, zu sichern. Wir sehen dieses Verfahren grundsätzlich als ausreichend an, um die Beendigung der DMP-Teilnahme nachzuweisen. In Zweifelsfällen besteht außerdem die Möglichkeit, sich die Kündigung von Seiten des Versicherten freiwillig schriftlich bestätigen zu lassen.

Wir werden im Rahmen der Prüfung der DMP-Versicherungszeiten auf das Schriftformerfordernis bei der Kündigung der DMP-Teilnahme verzichten und das DMP- Prüfhandbuch entsprechend ändern. Da die Auslegung des geltenden Rechts betroffen ist, lässt sich die Anwendung dieser Rechtsauffassung nicht - wie von Ihnen gewünscht - nur auf zukünftige Fälle begrenzen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez.
van Doorn

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1649
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL Michael.Wiorkowski@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Wiorkowski

DATUM 11. Dezember 2007
AZ **V 2 - 5620.2 - 1248/2006**
(bei Antwort bitte angeben)

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Abteilung Versorgungskonzepte
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

See-Krankenkasse
Reimertswiete 2
20457 Hamburg

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Knappschaft
Königsallee 175
44789 Bochum

nachrichtlich:

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Programmwechsel von DMP- Patienten mit Diabetes mellitus und Asthma/COPD und Fehleinschreibungen von Versicherten in ein DMP Diabetes mellitus

- **Schreiben BVA vom 25.07.2007, Az. V2-5620.0-3316/2004**
- **Schreiben VdAK im Namen der SpiK vom 10.08.2007**
- **Besprechung des Bundesversicherungsamtes und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu DMP-Zulassungsfragen am 26. Oktober 2007**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Bezugnahme auf die Besprechung des Bundesversicherungsamtes und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu DMP-Zulassungsfragen am 26. Oktober 2007 bestätigen wir hiermit die folgenden mit Ihnen abgestimmten Vefahrensweisen zum Programmwechsel von DMP-Patienten mit Diabetes mellitus und Asthma/COPD und Fehleinschreibungen von Versicherten in ein DMP Diabetes mellitus.

Danach gilt Folgendes:

Zum Zwecke der Bewertung werden zwei Einstufungen festgelegt:

Fehleinschreibungen = Patienten wurden nach anfänglicher Diagnose in ein DMP Diabetes mellitus Typ1 oder 2 eingeschrieben; zu einem späteren Zeitpunkt wird diagnostiziert, dass die Voraussetzungen für Diabetes mellitus nicht erfüllt sind.

Programmwechsel = Patienten wurden zunächst in ein DMP für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben und wechseln dann aufgrund einer neuen Diagnose in ein Typ 1-Programm bzw. wechseln von einem DMP Asthma zu einem DMP COPD (oder jeweils umgekehrt)

Bei **Fehleinschreibungen** wird ein Storno und somit eine <u>rückwirkende</u> Streichung der DMP-Zeiten durchgeführt. Die Krankenkassen entscheiden hierbei auf der Grundlage der ihnen bekannt gewordenen Sachlage.

Bei einem **Programmwechsel** von Patienten mit Diabetes mellitus und bei Programmwechsel Asthma/COPD ist Folgendes maßgeblich:

Die Teilnahme an einem neuen Programm muss durch einen Einschreibevorgang initiiert werden. Bei einem Programmwechsel ist die Bestimmung der Indikation, die nach

- 3 -

§ 28 d Abs. 1 Nr. 1 RSAV durch die Erstdokumentation, die Dokumentation der Einschreibekriterien sowie die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt erfolgt, als **auslösendes Moment für den Wechsel** heranzuziehen. Hierbei wird das jüngste Unterschriftsdatum zugrunde gelegt. Die Versichertenzeit beginnt nach § 3 Abs. 3 Satz 7 RSAV jedoch nicht vor dem Tag, an dem alle in § 28d Abs.1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 RSAV genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Bestimmung der neuen Indikation ist gleichzeitig für die Beendigung der bisherigen Programmteilnahme maßgeblich, da ab dem Tag der Bestimmung der neuen Indikation die Voraussetzungen für eine Einschreibung im bislang wahrgenommenen DMP nicht mehr erfüllt sind (§ 28d Abs. 2 Nr. 2a RSAV). Somit endet die bisherige Programmteilnahme am Tag vor der Bestimmung der neuen Indikation, die erst abgeschlossen ist, wenn sowohl die Erstdokumentation als auch die Diagnosebestätigung auf der TE/EWE vorliegt.

Die RSA-relevanten Versicherungszeiten werden bei einem Programmwechsel bei Patienten mit Diabetes mellitus oder Asthma/COPD ununterbrochen berücksichtigt.

Mit freundlichen Grüßen	Beglaubigt:
Im Auftrag	
gez. van Doorn	Verw.-Angest.

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1649
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL Michael.Wiorkowski@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Wiorkowski

DATUM 7. Mai 2008
AZ **V 2 - 5620.0 - 3316/2004**
(bei Antwort bitte angeben)

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

BKK-Bundesverband
Abteilung Versorgungskonzepte
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

Bundesverband der Innungskrankenkassen
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Knappschaft
44781 Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

nachrichtlich:
Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Umsetzung des GKV - WSG und der 17. RSA-ÄndV
hier: Neue Formulare für die TE/EWE; Verwendung neuer Vordrucke vor dem Einführungstermin 01. Juli 2008 bzw. Verwendung alter Vordrucke nach dem Einführungstermin 01. Juli 2008

Besprechungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) und der Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiK) zu DMP-Zulassungsfragen am 22. Januar 2008 und 13. März 2008

- 2 -

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Besprechung des Bundesversicherungsamtes (BVA) und der Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiK) zu DMP-Zulassungsfragen am 22. Januar 2008 haben wir auf Nachfrage der Spitzenverbände eine Prüfung und Rückmeldung zu der Frage zugesagt, ob nach dem 01. Juli 2008 die bisherigen Formulare der TE/EWE noch zur Einschreibung verwendet werden dürfen und umgekehrt die neuen Formulare schon vor dem 01. Juli 2008 zum Einsatz kommen können. In der gemeinsamen Besprechung am 13. März 2008 haben wir diese Fragestellung nochmals unter dem Gesichtspunkt der Rechtssicherheit der Diagnosesicherung bei Verwendung der alten TE/EWE nach dem 01. Juli 2008 diskutiert.

Neue Vordrucke müssen gemäß den Anforderungen des § 28b RSAV grundsätzlich termingerecht eingeführt werden. Die Verwendung der an eine neue Rechtslage angepassten Vordrucke ist Grundlage für die Erst- bzw. Wiederzulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen. Gegen die Verwendung der neuen Formulare der TE/EWE vor dem 01. Juli 2008 bestehen aus zulassungsrechtlicher Sicht jedoch keine Bedenken. Wir weisen allerdings darauf hin, dass aufgrund der Formulierung der neuen Teilnahmeerklärung kein Auslegungsspielraum mehr hinsichtlich der Indikationswahl auf der TE/EWE besteht. Bei vorzeitiger Einführung der neuen TE/EWE sollte daher frühzeitig über geeignete Prozesse sichergestellt werden, dass die auf der TE/EWE vom Versicherten zweifelsfrei getroffene Wahl der Indikation mit der vom Arzt auf der Erstdokumentation getroffenen Diagnose übereinstimmt.

Von der zulassungsrechtlich zu beurteilenden Anforderung auf zeitgerechte Einführung der neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu trennen ist die Frage, ob die im Einzelfall erfolgende Verwendung der alten Vordrucke über den vereinbarten Termin 01. Juli 2008 hinaus bei einer Prüfung nach § 15a RSAV als RSA-relevanter Fehler zu beanstanden wäre. Bei den vorgenommenen Änderungen der TE/EWE bleiben die Kernaussagen zu den Inhalten des DMP unverändert erhalten. Darüber hinaus halten wir eine hinreichende Rechtssicherheit der für eine Einschreibung erforderlichen Diagnosesicherung aus dem Gesamtzusammenhang der einschreiberelevanten Dokumente für gegeben. Aus den vorstehenden Gründen beurteilen wir die in Einzelfällen erfolgende Benutzung alter Vordrucke für die TE/EWE hinsichtlich einer wirksamen Einschreibung Versicherter als unschädlich. Insbesondere bei Einführung eines indikationsübergreifenden Vordrucks ist

jedoch zu beachten, dass bei der im Einzelfall erfolgten Verwendung alter Formulare nach dem 01. Juli 2008 der zutreffende indikationsspezifische Vordruck der TE/EWE verwendet worden sein muss und keine für die Indikation ungeeignete Patienteninformation erfolgt sein darf.

Wir gehen dabei davon aus, dass die Krankenkassen Patienten im Rahmen ihres Informationsauftrags über Programmänderungen und Aktualisierungen unterrichten. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie feststellen, dass im Einzelfall eine veraltete TE/EWE verwendet wurde. Bei der erforderlichen Unterrichtung der Versicherten sind die mit Schreiben vom 03. März 2008 und 06. März 2008 mitgeteilten Maßgaben zu beachten. Dem Patienten bleibt es unbenommen, seine Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen oder die Programmteilnahme auf anderem Weg zu beenden.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. van Doorn

Beglaubigt

Verw.-Angest.

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1681
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL matthias.braun@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Braun/Bo

DATUM 23. Mai 2008
AZ **V 2 - 5620.0 - 3316/2004**
(bei Antwort bitte angeben)

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Abteilung Versorgungskonzepte
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Knappschaft
Königsallee 175
44789 Bochum

nachrichtlich:

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP)

Neue Arztnummernsystematik ab 01. Juli 2008; Prüfung der Arztnummer

Schreiben des AOK-Bundesverbandes vom 07. Mai 2008
Schreiben des BKK Bundesverbandes vom 08. Mai 2008

Sehr geehrte Damen und Herren

die von Ihnen abgegebene Stellungnahme zu unserem Schreiben vom 16. April 2008 haben wir erhalten. Nach erneuter Prüfung des Sachverhaltes und Auswertung der vorgetragenen Argumente ist zunächst festzuhalten, dass die angestrebte einvernehmliche Position der Spitzenverbände der Krankenkassen nicht zustande gekommen ist.

Im Ergebnis hält das Bundesversicherungsamt die termingerechte Einführung der neuen Arztnummernsystematik zum 01. Juli 2008 mit Prüfung der ärztlichen DMP-Teilnahme auf der Grundlage von lebenslanger Arztnummer und Betriebsstättennummer aus rechtlichen Gründen für unverzichtbar. Wie bisher ist Voraussetzung einer Zulassung von DMP, dass Dokumentationen nur durch am DMP-Vertrag teilnehmende Ärzte erstellt werden dürfen .

Die technischen Voraussetzungen für die zeitgerechte Umsetzung der neuen Arztnummernsystematik werden derzeit in allen Regionen geschaffen. Die Übermittlung der für die Durchführung der Prüfung notwendigen Matching-Dateien durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist für den 20. Juni 2008 zugesagt. Einer auch nur übergangsweisen Prüfung auf der Grundlage von lediglich entweder der lebenslangen Arztnummer oder der Betriebsstättennummer für die Zeit nach dem 01. Juli 2008 müssen wir daher unsere Zustimmung verweigern.

Sollten dennoch nach dem 01. Juli 2008 in einzelnen Fällen Dokumentationen von Ärzten erstellt werden, die ihre Teilnahme am entsprechenden DMP noch nicht erklärt haben, besteht hinreichend Zeit für die Bewerbung dieser Ärzte innerhalb der für die Dokumentationen geltenden Übermittlungsfristen. Die Übermittlungsfrist endet nämlich 52 Tage nach dem für Erst- bzw. Folgedokumentation jeweils maßgeblichen Quartalsende.

Hinsichtlich der RSA-Wirksamkeit der Dokumentationen gilt:

- Folgedokumentationen
  Wird erst nach Erstellung, jedoch noch innerhalb der Übermittlungsfrist der Beitritt des dokumentierenden Arztes zum DMP-Vertrag erklärt, berührt dies die RSA-Wirksamkeit des Falles nicht. Nach wirksamem Beitritt kann die Datenstelle die bereits erstellte Dokumentation an die beteiligten Stellen weiterleiten.

- Erstdokumentationen
  Wird erst nach Erstellung, jedoch noch innerhalb der nach dem RSA-Prüfhandbuch für den Bereich DMP geltenden Übermittlungsfrist der Beitritt des dokumentierenden Arztes zum DMP-Vertrag erklärt, beginnt die RSA-Wirksamkeit mit dem Datum der Teilnahmeerklärung des Arztes.

Wir bitten Sie, eine termingerechte Einführung der neuen Arztnummernsystematik zum 01. Juli 2008 mit Prüfung der ärztlichen DMP-Teilnahme auf der Grundlage von lebenslanger Arztnummer und Betriebsstättennummer sicherzustellen.

Wegen der verständlichen Sorge um möglichen Unmut in der Ärzteschaft für den Fall von korrekturbedürftigen Dokumentationen nach dem 01. Juli 2008 Rechnung zu tragen, haben wir uns mit beiliegendem Schreiben an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und alle Kassenärztlichen Vereinigungen gewandt; zum Einen, um die Relevanz der zeitgerechten Umsetzungsprozesse zu verdeutlichen, und zum Anderen mit der Bitte, Sie bei der Umsetzung der termingerechten Einführung der neuen Arztnummernsystematik und der ggf. notwendigen zeitnahen nachträglichen Bewerbung der Ärzte in jeder möglichen Hinsicht zu unterstützen.

Mit freundlichem Gruß

Im Auftrag

Heinrich Hinken

beglaubigt:

Verw.-Angestellte

Anlage

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1649
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL michael.wiorkowski@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Wiorkowski/Bo

DATUM 30. Mai 2008
AZ V 2 - 5620.0 - 3316/2004
(bei Antwort bitte angeben)

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Abteilung Versorgungskonzepte
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Knappschaft
Königsallee 175
44789 Bochum

nachrichtlich:

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG)
hier: Verfahren bei Arztwechsel und Dokumentationserstellung in Vertretung nach Einführung der neuen Arztnummernsystematik

- **Protokoll zu TOP 3b der Besprechung des Bundesversicherungsamtes (BVA) und der Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiK) zu DMP-Zulassungsfragen am 22. Januar 2008**
- **Schreiben des BKK-Bundesverbands vom 29. Februar 2008**
- **Schreiben BVA zum Az. V 2 - 5620.0 - 3316/2004 an die Spitzenverbände der Krankenkassen vom 23. Mai 2008**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beziehen uns auf die Besprechung des Bundesversicherungsamtes und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu DMP-Zulassungsfragen am 22. Januar 2008 zu TOP 3b und dem Schreiben des BKK-Bundesverbands vom 29. Februar 2008.

Der BKK-Bundesverband hat in der Besprechung des Bundesversicherungsamtes und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu DMP-Zulassungsfragen am 22. Januar 2008 Verfahrensweisen vorgeschlagen, wie nach Umstellung auf die neue Arztnummernsystematik mit dem Arztwechsel und der Dokumentationserstellung in Vertretung umgegangen werden soll. Darüber hinaus hat der BKK-Bundesverband seine Vorschläge mit Schreiben vom 29. Februar 2008 schriftlich dargestellt. Im Rahmen der Besprechung des Bundesversicherungsamtes und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu DMP-Zulassungsfragen am 22. Januar 2008 wurden gegen die vom BKK-Bundesverband vorgeschlagenen Verfahrensweisen seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen keine grundsätzlichen Einwände erhoben. Nach Prüfung der Vorschläge haben wir aus zulassungsrechtlicher Sicht gegen die vom BKK-Bundesverband dargestellten Verfahrensweisen keine Bedenken. Somit ist ab 01. Juli 2008 beim Arztwechsel und bei der Dokumentationserstellung wie folgt vorzugehen:

Verfahren bei Arztwechsel

Bei der Prüfung der ärztlichen Teilnahme kommt es ausschließlich auf die Kombination aus lebenslanger Arztnummer und Betriebsstättennummer an. Wird eine dokumentierte Kombination aus lebenslanger Arztnummer und Betriebsstättennummer im Leistungserbringerverzeichnis für einen Teilnehmer aufgeführt, ist die Dokumentation in Bezug auf den ausstellenden Arzt gültig erstellt. Der Umstand, ob diese Dokumentation vom selben Arzt ausgestellt wurde, der auch die Vordokumentation erstellt hat, ist unerheblich. Wesentlich wird ein Wechsel des behandelnden Arztes nur dann, wenn der Versicherte zu einem nicht am regionalen Programm teilnehmenden Arzt wechselt.

- 3 -

Verfahren zur Dokumentationserstellung in Vertretung

Erstellt ein Arzt eine Dokumentation „in Vertretung“, setzt er in der Dokumentation ein entsprechendes Kennzeichen. Diese Dokumentation ist auch dann gültig, wenn der Arzt unter der dokumentierten Kombination aus lebenslanger Arztnummer und Betriebsstättennummer nicht als Teilnehmer im Leistungserbringerverzeichnis geführt wird.

Mit freundlichem Gruß

Im Auftrag

gez. van Doorn

Beglaubigt

Verw.-Angest.

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1649
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL michael.wiorkowski@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Wiorkowski/Bo

DATUM 1. August 2008
AZ **V 2 - 5620.0 - 3316/2004**
(bei Antwort bitte angeben)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

AOK-Bundesverband
Postfach 20 03 44
53170 Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Abteilung Versorgungskonzepte
Postfach 10 05 31
45005 Essen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Knappschaft
Königsallee 175
44789 Bochum

nachrichtlich:

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)
hier: Maschinell erzeugte TE/EWE: Übersendung von Ausdrucken ohne Rückseite

Anfrage eines Bundesverbandes vom 23. November 2007

Sehr geehrte Damen und Herren,

ein Bundesverband hat am 23. November 2007 um Beurteilung gebeten, wie mit einseitigen Ausdrucken von maschinell erzeugten TE/EWE umzugehen ist. Vorgetragen wurde, dass Krankenkassen bedingt durch die maschinelle Erstellung des Vordrucks der TE/EWE lediglich einen mit allen Daten und Unterschriften versehenen einseitigen Ausdruck ohne die Rückseite des Formulars der aktuellen TE/EWE erhielten. Die Informationen, auf die Bezug auf der ersten Seite genommen wird, erhalte der Versicherte als gesonderten Ausdruck. Nach Erstellung würden die TE/EWE an die Datenstellen versandt, wo lediglich diese erste Seite gescannt und eine Datei erzeugt wird. Die an die Krankenkassen übersandten papierhaften Belege wiesen keine bedruckte Rückseite auf. Somit müsse bewertet werden, ob diese TE/EWE zum jüngsten Unterschriftsdatum gültig geworden sind.

Zu der Anfrage nehmen wir im Folgenden Stellung:

Die für die Programmeinschreibung erforderlichen Vordrucke der TE/EWE wurden mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmt und sind Grundlage der Programmzulassungen. Maschinell erzeugte TE/EWE müssen mit den gültigen Formularen, die mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmt wurden, inhaltlich übereinstimmen. Die Krankenkassen haben die vollständige inhaltliche Übereinstimmung - auch in Bezug auf die Beweissicherung - sicherzustellen. Eine solche besteht im vorliegenden Fall insoweit nicht, da die Rückseite des Formulars beim übersandten Ausdruck fehlt. Fraglich ist, ob die auf dieser Grundlage erfolgten Einschreibungen gültig sind.

Maßgeblich für die Einschreibung ist - neben der Erstdokumentation - das jüngste Unterschriftsdatum auf der TE/EWE. Mit seiner Unterschrift unter die Einwilligungserklärung erklärt sich der Versicherte mit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen seiner Programmteilnahme einverstanden. Die auf der Vorderseite der bis zum 30. Juni 2008 geltenden Formulare der TE/EWE im Rahmen der Einwilligungserklärung unterzeichneten vorstehenden Textpassagen enthielten alle für den Versicherten datenschutzrechtlich

- 3 -

relevanten Programmschritte. Die Erläuterungen auf der Rückseite hatten lediglich ausführenden, erklärenden Charakter und wurden nicht vom Versicherten unterschrieben. Der Versicherte bestätigte zudem mit seiner Unterschrift unter die TE/EWE, dass er das - auf der Rückseite der TE/EWE befindliche - Merkblatt zum Datenschutz zur Kenntnis genommen hat. Die ab dem 1. Juli 2008 geltenden Formulare der TE/EWE enthalten zwar nicht mehr alle für den Versicherten datenschutzrechtlich relevanten Programmschritte. Der Versicherte bestätigt allerdings auf den neuen Formularen ausdrücklich, dass er die Information zum Datenschutz tatsächlich erhalten hat und willigt in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung seiner im Programm erhobenen Daten ein, ohne dass ein Verweis auf die Rückseite erfolgt. Gegen die Gültigkeit von Einschreibungen, die auf der Grundlage eines mit allen Daten und Unterschriften versehenen einseitigen Ausdrucks erfolgt sind bzw. erfolgen, bestehen daher - soweit auf der Rückseite lediglich das Merkblatt zum Datenschutz abgedruckt ist und alle anderen Voraussetzungen für eine wirksame Einschreibung erfüllt sind - keine Bedenken.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. van Doorn

Beglaubigt:

Verw.-Angest.

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1649
FAX +49 (0) 228 619 - 1874
E-MAIL michael.wiorkowski@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Wiorkowski / kl

DATUM 09. Dezember 2008
AZ V 2 - 5620.0 - 3316/2004
(bei Antwort bitte angeben)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

BKK-Bundesverband
Abteilung Versorgungskonzepte
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

Bundesverband der Innungskrankenkassen
Friedrich-Ebert-Str.
51429 Bergisch Gladbach

Knappschaft
44781 Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Postfach
53719 Siegburg

nachrichtlich:
Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Postfach 41 03 56
34114 Kassel

Umsetzung des VÄndG und der 17. RSA-ÄndV
hier: Fehlende lebenslange Arztnummer (LANR) auf Teilnahme- und Einwilligungserklärungen

- **Schreiben BVA vom 18. November 2008 zum Az. V2 - 5620.0 - 3316/2004**
- **Schreiben des AOK Bundesverbands vom 24. November 2008**
- **Schreiben BKK Bundesverbands vom 25. November 2008**

- 2 -

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben mit Schreiben vom 18. November 2008 nach entsprechender Anfrage eines Bundesverbands um Stellungnahme zu einem Verfahrensvorschlag gebeten, der bei fehlendem Eintrag der lebenslangen Arztnummer auf der TE/EWE in bestimmten Fällen eine Ergänzung durch die Krankenkasse vorsieht. Gegen die vorgeschlagene Verfahrensweise wurden - auch seitens des Arbeitskreises DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder - keine Bedenken erhoben. Somit ist wie folgt zu verfahren:

Krankenkassen können bei einer fehlenden LANR auf der TE/EWE die Vordrucke nach fernmündlicher Rücksprache mit dem Arzt unter den nachfolgenden Bedingungen selbst ergänzen:

- Arztpraxen, in denen nur ein Arzt unter einer Betriebsstättennummer (BSNR) tätig ist: Die Krankenkasse kann die LANR - nach fernmündlicher Rücksprache mit dem Arzt - selbstständig ergänzen, wenn eine eindeutige Zuordnung der LANR auf der Grundlage der BSNR oder des Arztstempels möglich ist. BSNR und Arztstempel dürfen sich allerdings nicht widersprechen.
- Arztpraxen, in denen unter einer BSNR mehrere Ärzte tätig sind, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren:
  Die Krankenkasse kann die LANR - nach fernmündlicher Rücksprache mit dem Arzt - selbstständig ergänzen, wenn eine eindeutige Zuordnung auf der Grundlage der BSNR <u>und</u> des Arztstempels möglich ist.

Durch die Krankenkasse vorgenommene Korrekturen sind entsprechend kenntlich zu machen.
Kann die LANR nicht zweifelsfrei über das beschriebene Verfahren bestimmt werden, ist die TE/EWE zur Ergänzung der LANR an die Arztpraxis zurückzusenden. Eine Ergänzung der LANR durch den Arzt bleibt auch in den oben beschriebenen Fällen unbenommen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. van Doorn

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

GKV-Spitzenverband
Mittelstr. 51
10117 Berlin

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1649
FAX +49 (0) 228 619 - 1877
E-MAIL michael.wiorkowski@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Michael Wiorkowski

DATUM 23. Februar 2012
AZ **VI 3 – 5620 – 2708/2011**
(bei Antwort bitte angeben)

Umsetzung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) im Bereich DMP
hier: Wegfall des Erfordernisses der Arztunterschrift von Erstdokumentationen

Besprechung des BVA mit dem GKV-SV zu DMP-Zulassungsfragen am 18. Januar 2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Bezugnahme auf die Besprechung des Bundesversicherungsamtes und des GKV-Spitzenverbandes zu DMP-Zulassungsfragen am 18. Januar 2012 bestätigen wir Ihnen die folgenden Verfahrensweisen zum Wegfall des Erfordernisses der Arztunterschrift von Erstdokumentationen:

Zum 1.01.2012 entfällt die DMP-Zulassungsvoraussetzung, dass die für eine Einschreibung in ein DMP zu erstellende Erstdokumentation vom Arzt zu unterschreiben ist. Die seit dem 1.07.2009 ausnahmslos elektronisch zu erfassenden und zu übermittelnden Erstdokumentationen bedürfen daher ab dem 1.01.2012 hinsichtlich ihrer Gültigkeit keiner Arztunterschrift - in Form der elektronischen Signatur - oder schriftlichen Bestätigung des Erstellungsdatums durch den behandelnden Arzt mehr. Die bislang in § 28f Abs. 2a Satz 2 RSAV alternativ vorgesehene Archivierung eines unterschriebenen Dokumentationsausdrucks beim Arzt entfällt ebenfalls. Weiterhin vom Arzt im Dokumentationsdatensatz zuverlässig zu erfassen ist hingegen das taggenaue Erstellungsdatum der Dokumentation, das als Einschreibedatum nach § 3 Abs. 3 Satz 7 RSAV oder Dokumentationsdatum nach § 3 Abs. 3 Satz 8 Ziffer 3 RSAV nach wie vor grundlegend für die Berechnung und Zuweisung der DMP-Programm-

kostenpauschale nach § 38 RSAV ist. Dies schließt die Erfassung des Datums einer ggf. erfolgten Korrektur mit ein.

Die Prüfdienste des Bundes und der Länder werden bei etwaigen künftigen Prüfungen der DMP-Programmkostenpauschale unabhängig vom Zeitpunkt der Anpassung der Programme und der zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge bei ab dem 1.01.2012 erstellten Erstdokumentationen nicht mehr auf die Unterschrift des Arztes abstellen. Dies gilt im Übrigen für Unterschriften im Korrekturverfahren auch dann, wenn diese noch papiergebunden durchgeführt werden.

Aus zulassungsrechtlicher Sicht sollte – unabhängig von dem für die Prüfdienste maßgeblichen Zeitpunkt – auf ein bundesweit einheitliches Datum für die Anpassung der Programme und der zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge hingewirkt werden.

Der Vollständigkeit halber weisen wir darauf hin, dass die Korrektur von Dokumentationen – ungeachtet des Wegfalls des Erfordernisses der Korrekturunterschrift – grundsätzlich im Verantwortungsbereich des Arztes verbleibt. Dies muss für die Prüfdienste im Einzelfall nachvollziehbar belegt werden können.

Im Auftrag
gez. Nolte

Beglaubigt:

Verw.-Angest.

Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

spectrumK GmbH
Frau Anja Schmitz
Spittelmarkt 12
10117 Berlin

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1438
FAX +49 (0) 228 619 - 1878
E-MAIL Peter.Strothmann@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Strothmann

DATUM 5. Juli 2013
AZ K1 - AK Organisation
(bei Antwort bitte angeben)

Anforderung an Belege im Rahmen der Prüfungen der Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich nach § 42 RSAV

hier: DMP Teilnahme- und Einwilligungserklärungen
Ihre E-Mail vom 28. Januar 2013

Sehr geehrte Frau Schmitz,

mit E-Mail vom 28. Januar 2013 baten Sie um Bewertung wiederkehrender Fragen von Kassen zu den Auswirkungen von Festlegungen, die von den Prüfdiensten zur Gültigkeit von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen in Kopie getroffen wurden.

Beigefügt war unser Antwortschreiben vom 21. November 2012 (Az. K1 – AK Organisation) zu einer zuvor von Ihnen im Namen aller Kassenvertreter auf Bundesebene gestellten Anfrage bezüglich der Anerkennung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen im Rahmen künftiger RSA-Prüfungen, in dem wir die Auffassung der Prüfdienste dargelegt hatten.

In dem von Ihnen vorgetragenen Sachverhalt liegen den Kassen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen vor, die von den Ärzten aus der Praxissoftware ausgedruckt wurden.
Da der Ausdruck schwarz-weiß erfolgt, sähen diese Ausdrucke aus wie Kopien.

Sie baten uns, folgende Konstellationen zu bewerten:

a.) Arzt und Versichertenunterschrift sind auf dem der Krankenkasse übermittelten Ausdruck als Originalunterschrift erkennbar.

b.) Nur eine von beiden Unterschriften (Arzt oder Versicherter) ist als Originalunterschrift erkennbar.

c.) Keine von beiden Unterschriften liegt im Original vor. Der Arzt hat eine Kopie des unterschriebenen Ausdrucks an die Krankenkasse gesendet und weigert sich, das Dokument mit den Originalunterschriften der Kasse zur Verfügung zu stellen.

Nach Abstimmung in den RSA-Arbeitskreisen DMP und Organisation der Prüfdienste des Bundes und der Länder nehmen wir hierzu wie folgt Stellung:

Maschinell erzeugte Teilnahme- und Einwilligungserklärungen werden anerkannt, wenn sie inhaltlich mit den zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt abgestimmten und im Rahmen der Zulassung von Strukturieren Behandlungsprogrammen genehmigten Formularen übereinstimmen (vgl. Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 1. August 2008, Az. V2 – 5620.0 – 3316/2004).

Bei Nutzung von Ausdrucken maschinell erzeugter Teilnahme- und Einwilligungserklärungen anstelle der vereinbarten Formulare gelten unsere Ausführungen im o. a. Schreiben vom 21. November 2012 grundsätzlich entsprechend.

Vorausgesetzt, die Ausdrucke aus der Praxissoftware entsprechen den genehmigten Formularen, ergibt sich im Einzelnen folgende Bewertungen der von Ihnen vorgestellten Konstellationen:

Zu a.) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung wäre anzuerkennen.

Zu b.) Eine Anerkennung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung wäre nicht möglich, da eine Unterschrift (Arzt oder Patient) nicht im Original vorliegt.

Zu c.) Soweit die Teilnahme- und Einwilligungserklärung nicht im Original vorgelegt wird, ist eine Anerkennung nicht möglich.
Im Übrigen ist die Weigerung zur Herausgabe der Erklärung mit den Originalunterschriften des Arztes nicht nachvollziehbar, da bei den dreilagigen Vordrucken der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen ebenfalls das obere Blatt mit den Originalunterschriften für die Kasse bzw. die Datenstelle bestimmt ist.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez.
(Peter Strothmann)

Von: Judith Pelikan
An: vdek.com
CC: gkv-spitzenverband.de

Datum: 07.02.2017 15:02
Betreff: Teilnahme an einem strukturiertem Behandlungsprogramm mit einer Berufskrankheit, Ihre Anfrage vom 27. September 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Teilnahme eines Versicherten an einem strukturierten Behandlungsprogramm der Indikation COPD ist mit Datum des Bescheids über die Feststellung der COPD-Erkrankung als Berufskrankheit zu beenden, da nach § 11 Abs. 5 SGB V kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V besteht, wenn die Leistung als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen ist. Eine rückwirkende Stornierung der DMP-Teilnahme hat dabei nicht zu erfolgen, da der Versicherte bis zum Abschluss des Feststellungsverfahrens tatsächlich am DMP teilgenommen hat. Der Erstattungsanspruch gegenüber der Berufsgenossenschaft beschränkt sich auf die medizinische Behandlungspflege. Er umfasst nicht die DMP-spezifischen Ausgaben, da diese mit der Zuweisung der Programmkostenpauschale für die erfolgte Teilnahme des Versicherten am DMP abgegolten sind. Das von § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV abweichende Beendigungsdatum der Teilnahme ist gegenüber dem Prüfdienst ggfs. nachzuweisen.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Dr. Judith Pelikan

Dr. Judith Pelikan
Bundesversicherungsamt
Referat 515 "Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke - DMP"
Telefon-Nr. 0228- 619-1606
Fax 0228- 619-1874
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Email:judith.pelikan@bvamt.bund.de
www.bundesversicherungsamt.de

Von: Peter Strothmann
An: Schmidt, Matthias
Datum: Dienstag, 7. Mai 2019
Betreff: Digitale Arzt und Versichertenunterschrift auf Teilnahme- und Einwilligungserklärungen

Hallo Herr Schmidt,

vielen Dank für die Übermittlung der Anfrage.

Folgende Ausführungen des AK Organisation zu der Anfrage:

Pads als Unterschriftsersatz
Die Prüfdienste vertreten die Auffassung, dass eine rechtlich vorgesehene und damit erforderliche (echte) Unterschrift nicht durch Pads etc. geleistet werden kann bzw. derartige "Zeichnungen" von Personen mit elektronischem Namenszeichen nicht als Unterschriftsersatz anerkannt werden können.

Dies liegt darin begründet, dass es bei dieser "Zeichnung" auf Pads an einer festen quasi "körperlichen" Verbindung der Zeichnung ("Unterschrift") zu dem zu unterzeichnenden Dokument / Datei fehlt. Eine erforderliche feste, untrennbare Verbindung der beiden Dateien (Zeichnungsdatei / zu unterzeichnendes Dokument) im Zeitpunkt der Unterschrift ist technisch derzeit nicht möglich.
Eine solche feste Verbindung der beiden Informationen (Zeichnung / Unterschrift und zu unterschreibendes Dokument) ist dagegen bei einer echten Unterschrift auf Papier gegeben. Dies gilt auch bei einer echten Signierung mittels einer qualifizierten elektronischen Signatur, die z.B. vom Patienten mit einer Signaturerstellungseinheit direkt an der Datei des zu unterschreibenden Dokuments angebracht wird.

Daher ist auch die hier beschriebene fortgeschrittene Signatur des Pads nicht wie eine echte qualifizierte Signatur, die unmittelbar von einer Signatureinheit der unterzeichnenden Person erstellt wird und unmittelbar an das zu unterschreibende Dokument / Datei angefügt, zu behandeln.

Unterschriftserfordernis
Bei DMP liegt ein echtes Unterschriftserfordernis vor.

Daher kommen als Unterschriftsersatz im Rahmen der elektronischen Kommunikation nach § 36a Abs. 2 SGB I nur die dort genannten elektronischen Alternativen in Frage.

Eine fortgeschrittene elektronische Signatur reicht als Unterschriftsersatz nach § 36a Abs. 2 Satz 2 SGB I eindeutig nicht aus, da nur die qualifizierte elektronische Signatur genannt wird.
Auch die weiteren Alternativen nach Abs. 2 Satz 4 greifen hier nicht.

Sollten sich weitere Nachfragen stellen, stehen wir gerne zur Verfügung.

Viele Grüße
Peter Strothmann

Bundesversicherungsamt
Abteilung 6
Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung
Referat 611
- Prüfkapazitäten und Verfahren -

nicht belegt

Anlage F

Musterschreiben

Anlage G

G 1 Prüfankündigung - bundesunmittelbare Krankenkasse
G 2 Prüfankündigung - landesunmittelbare Krankenkasse
G 3 Anforderungsliste DMP
G 4 Musterschreiben Datenstelle - bundesunmittelbare Krankenkasse
G 5 Musterschreiben Datenstelle - landesunmittelbare Krankenkasse
G 6 Bestätigung der Datenintegrität

Briefkopf Bundesversicherungsamt

Anschrift der Krankenkasse

RSA-Prüfung gemäß § 266 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beabsichtigen, ab 2020 in der (Ort der Prüfung) die RSA-Prüfung nach § 266 Abs. 7 i. V. m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV im Prüffeld

- Versicherungszeiten (Ausgleichsjahr 2016)
- Strukturierte Behandlungsprogramme/DMP (Ausgleichsjahr 2016)

durchzuführen.

Da jedoch nicht alle bundesunmittelbaren Krankenkassen zeitgleich geprüft werden können, wird sich die für Sie zuständige Außenstelle des Bundesversicherungsamtes zeitnah vor Prüfbeginn mit Ihnen in Verbindung setzen, um Ihnen den genauen Prüfzeitpunkt und die vor Ort prüfenden Mitarbeiter zu benennen.

Der Verfahrensablauf und die Prüfkriterien sind dem Ihnen vorliegenden „RSA-Prüfhandbuch und Durchführungshinweise der Prüfdienste des Bundes und der Länder - Versicherungszeiten-, RSA-Prüfungen für das Ausgleichsjahr 2016“ und dem „RSA-Prüfhandbuch DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder, Ausgleichsjahr 2016“ zu entnehmen. Zu den Anforderungen an die Unterlagen wird auf die Prüfhandbücher verwiesen.

Die Auswahl und der Umfang der zu prüfenden Stichproben ergeben sich aus dem Stichproben- und Hochrechnungsmodell des Bundesversicherungsamtes.

Die Prüfung der Versicherungszeiten erstreckt sich auf die Gesamtheit der Versicherten, die im Laufe des Ausgleichsjahres 2016 bei Ihrer Krankenkasse versichert waren. Aus der von Ihnen gemeldeten Satzart 110 hat das Bundesversicherungsamt (RSA-Stelle)

- Versicherte,
- davon DMP-Versicherte

per Zufall ausgewählt und als Datei (SA 110SV) dem Prüfdienst übermittelt.

Wir haben aus dieser Datei die Satzart 110LV mit den Pseudonymen der Stichprobenversicherten zur Depseudonymisierung und Ergänzung erstellt und Ihnen diese auf dem FTPServer des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt.
Dabei haben wir die Satzart 110LV einmal als Textdatei mit fester Satzlänge und einmal als csv-Datei mit Spaltenüberschriften zur besseren Lesbarkeit erstellt. Bitte beachten Sie, dass in der bereitgestellten csv-Datei vor dem Pseudonym ein Hochkomma eingefügt wurde, damit das Pseudonym in einem Tabellenkalkulationsprogramm automatisch als Textfeld erkannt und somit korrekt angezeigt wird.

Wir bitten Sie, ausgehend von den in der Satzart 110LV übersandten Pseudonymen die Satzart 110PV zu erstellen und uns diese bis (im Ordner „RSA“) über den FTP-Server des Prüfdienstes (https://pdk.bva.de) zur Verfügung zu stellen. Den technischen Aufbau der Satzart 110PV entnehmen Sie bitte der Datensatzbeschreibung, die wir Ihnen ebenfalls auf dem FTP-Server zur Verfügung gestellt haben.

Wir bitten Sie darüber hinaus, die Nachweise der ausgewählten Stichprobenfälle versichertenbezogen spätestens zu Beginn der Prüfung bereitzuhalten.

Zur Anerkennung von Images als Belege verweisen wir insofern auf die Ausführungen im Prüfhandbuch unter Punkt 1.7.1.

Mit den betroffenen DMP-Datenstellen haben wir im Vorfeld dieser Prüfung auch ein sicheres elektronisches Datenaustauschverfahren vereinbart und eingerichtet. Wir bitten Sie daher die bei den DMP-Datenstellen vorliegenden Nachweise (Dokumentationen etc.) dem BVA über den FTP-Server (https://pdk.bva.de) zur Verfügung stellen zu lassen.

Im Interesse einer zügigen und gezielten Informationsbeschaffung sind wir bestrebt, die Möglichkeiten auszuschöpfen, gespeicherte Daten im Dialogverfahren abzurufen. Bei örtlichen Erhebungen bitten wir daher, Datensichtgeräte zur Verfügung zu stellen und

einschlägige Leseberechtigungen einzurichten. Ferner bitten wir, einen geeigneten Raum mit einem Telefonanschluss zur Verfügung zu stellen und unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu unterstützen.

Folgende Dateien wurden auf dem FTP-Server bereitgestellt:

- Satzart 110LV (Pseudonyme der Stichprobenversicherten)
- Datensatzbeschreibung Satzart 110PV
- eine Kopie dieses Anschreibens

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

(Unterschriftsberechtigte/r)

Briefkopf Prüfdienst

Anschrift der Krankenkasse

RSA-Prüfung gemäß § 266 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beabsichtigen, ab 2020 in der (Ort der Prüfung) die RSA-Prüfung nach § 266 Abs. 7 i. V. m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV im Prüffeld

- Versicherungszeiten (Ausgleichsjahr 2016)
- Strukturierte Behandlungsprogramme/DMP (Ausgleichsjahr 2016)

durchzuführen.

Mit der Prüfung sind beauftragt

-
-
-

Der Verfahrensablauf und die Prüfkriterien sind dem Ihnen vorliegenden „RSA-Prüfhandbuch und Durchführungshinweise der Prüfdienste des Bundes und der Länder - Versicherungszeiten-, RSA-Prüfungen für das Ausgleichsjahr 2016“ und dem „RSA-Prüfhandbuch DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder, Ausgleichsjahr 2016“ zu entnehmen. Zu den Anforderungen an die Unterlagen wird auf die Prüfhandbücher verwiesen.

Die Auswahl und der Umfang der zu prüfenden Stichproben ergeben sich aus dem Stichproben- und Hochrechnungsmodell des Bundesversicherungsamtes.

Die Prüfung der Versicherungszeiten erstreckt sich auf die Gesamtheit der Versicherten, die im Laufe des Ausgleichsjahres 2016 bei Ihrer Krankenkasse versichert waren. Aus der von Ihnen gemeldeten Satzart 110 hat das Bundesversicherungsamt (RSA-Stelle)

- Versicherte,
- davon DMP-Versicherte

per Zufall ausgewählt und als Datei (SA 110SV) dem Prüfdienst übermittelt.

Sie erhalten nunmehr vom (zuständiger Prüfdienst) die Daten der Satzart 110LV mit den Pseudonymen der Stichprobenversicherten zur Depseudonymisierung und Ergänzung.

Wir bitten Sie, die Datensätze der Satzart 110LV entsprechend der Datenbestimmung nach § 42 Abs. 3 Satz 1 RSAV (Satzart 110PV) zu ergänzen.

Wir bitten Sie ebenfalls, die Nachweise der ausgewählten Stichprobenfälle laut den beiliegenden Anforderungslisten versichertenbezogen spätestens acht Wochen nach Erhalt dieses Schreibens für die Prüfung bereit zu halten.

Zur Anerkennung von Images als Belege verweisen wir insofern auf die Ausführungen im Prüfhandbuch unter Punkt 1.7.1.

Wir regen an, dass die in den betroffenen DMP-Datenstellen vorliegenden Nachweise (Dokumentationen etc.) **direkt** an den Prüfdienst, (Adresse Prüfdienst), gesendet werden. Zur Erleichterung erhalten Sie ein Musterschreiben zur einheitlichen Anforderung der Unterlagen bei einer Datenstelle sowie ein Musterschreiben zur Bestätigung der Datenintegrität. Nach Eingang der Unterlagen der Datenstelle erhalten Sie von uns eine Eingangsbestätigung.

Im Interesse einer zügigen und gezielten Informationsbeschaffung sind wir bestrebt, die Möglichkeiten auszuschöpfen, gespeicherte Daten im Dialogverfahren abzurufen. Bei örtlichen Erhebungen bitten wir daher, Datensichtgeräte zur Verfügung zu stellen und einschlägige Leseberechtigungen einzurichten. Ferner bitten wir, einen geeigneten Raum mit einem Telefonanschluss zur Verfügung zu stellen und unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu unterstützen.

Bitte bestätigen Sie uns den Empfang der Stichprobendateien mit einer kurzen e-Mail an folgendes e-Mail-Postfach:

e-Mail-Adresse

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

(Unterschriftsberechtigte/r)

Anlagen

Stichprobe (Datenträger)
Anforderungsliste Versicherungszeiten
Anforderungsliste DMP
Musterschreiben Datenstelle
Bestätigung der Datenintegrität

Anforderungsliste DMP

Allgemeines

- Genehmigung Satzungsnachtrag „Modellvorhaben“

Einschreibung / Fortsetzung / Beendigung der Teilnahme

- Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, wenn das jüngste Unterschriftsdatum nach dem 31.12.2014 und vor dem 01.01.2017 liegt
- Erstdokumentationen, wenn das Erstellungs- oder Korrekturdatum nach dem 31.12.2014 und vor dem 01.01.2017 liegt
- Folgedokumentationen (ab dem ersten Quartal 2015 bis einschließlich der dem zu prüfenden Berichtsjahr 2016 nachfolgenden, sich aus dem Dokumentationsintervall ergebenden zwei Dokumentationszeiträume in 2017)
- Protokolle der Datenstelle(n) aus denen die Eingangsdaten der Dokumentationen einschließlich aller Korrekturen erkennbar sind, sofern kein Posteingangsstempel auf dem Dokumentationsbogen angebracht ist (nur bei manuellem Korrekturverfahren)
- Unterlagen über das Ende der Teilnahme am DMP
- Bestätigung der Datenintegrität

(Absender Krankenkasse) (*Datum)*

(Empfänger Datenstelle)

RSA-Prüfung nach § 266 Abs. 7 SGB V i.V.m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV
hier: DMP für das Ausgleichsjahr 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Prüfdienst hat die Durchführung einer Prüfung nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV angekündigt, die auch den Bereich DMP beinhaltet. Zu diesem Zweck bitten wir Sie, die notwendigen Prüfunterlagen für die in der Anlage näher bezeichneten *(Anzahl)* Fälle zur Verfügung zu stellen. Mit dem Prüfdienst wurde abgesprochen, dass die Unterlagen direkt an den Prüfdienst gesandt werden. Die Anschrift lautet:

Prüfdienst

Wir bitten Sie, die angeführten Nachweise zusammen zu stellen. Dabei sind ggf. die Besonderheiten des Korrekturverfahrens zu beachten.

- Erstdokumentationen (ED), inkl. sämtlicher Korrekturen,
- Folgedokumentationen (FD), inkl. sämtlicher Korrekturen,
- Bei Papierdokumentationen (Korrekturen) Protokolle, aus denen die Eingangsdaten der Dokumentationen einschließlich aller Korrekturen erkennbar sind, sofern kein Posteingangsstempel auf dem Dokument angebracht ist.

Die Prüfung erfordert die Vorlage der Dokumentationen für folgende Zeiträume:

Ausgleichsjahr 2016

- Erstdokumentationen, wenn das Erstellungs- oder Korrekturdatum nach dem 31.12.2014 und vor dem 1.1.2017 liegt.
- Folgedokumentationen ab dem ersten Quartal 2015 bis einschließlich der dem zu prüfenden Ausgleichsjahr 2016 nachfolgenden, sich aus dem Dokumentationsintervall ergebenden zwei Dokumentationszeiträume in 2017.

Sortierfolge der gesamten Unterlagen pro Fall:

- nach IK der Krankenkasse sowie
- innerhalb des IK nach KV-Nummer.

Anforderungen an die Nachweise

Papierbelege (z. B. Korrekturen), die ab dem 1.1.2010 erstellt wurden, sind im Original bzw. als Image mit einer qualifizierten elektronischen Signatur vorzulegen. Daneben können unter bestimmten Voraussetzungen auch revisionssicher gespeicherte Images anerkannt werden (vgl. RSA-Prüfhandbuch DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder).

Die im Original vorzulegenden elektronisch erstellten DMP-Dokumentationsdatensätze werden in visualisierter Form anerkannt. Sofern Sie die Dokumentationsdatensätze (XML-Format) in eigenentwickelten Formularen visualisieren können, sind diese für die Prüfung zur Verfügung zu stellen. Anderenfalls sind die mit dem XML-Reader der KBV erzeugten HTML-Dateien (KBV-Style-Sheet) zur Verfügung zu stellen.

Wir bitten, die visualisierten Dokumentationsdatensätze in Form von Images auf dem FTP-Server des Bundesversicherungsamtes (https://pdk.bva.de) bereitzustellen. Der Dateiname des Images muss dem folgenden Standard entsprechen: IK der Krankenkasse_KVNR_Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle (z. B. 999999999_4860200_ED_20160721.png). Als bevorzugtes Datenformat wird „png“ oder „jpg“ angesehen. Um den Größenumfang der gelieferten Dateien möglichst gering zu halten, wird darum gebeten, die Images in schwarz-weiß zu liefern.

Im papiergebundenen Korrekturverfahren der Dokumentationen können unter bestimmten Voraussetzungen auch revisionssicher gespeicherte Images anerkannt werden.

Für die Prüfung des Ausgleichsjahres 2016 erkennen die Prüfdienste auch die Images von einem papiergebundenen Korrekturverfahren an, die von einem Originaldokument als pdf-Datei eingescannt wurden, sofern das Originaldokument von der Datenstelle vorgehalten wird und auf Verlangen vorgezeigt werden kann.

Der Prüfdienst behält sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen bzw. mit dem Originaldatensatz zu prüfen. Wir bitten Sie in diesem Zusammenhang, die anliegende Erklärung zu unterschreiben und den Nachweisen beizufügen.

Die geforderten Unterlagen sind bis zum *(Datum Eingang Prüfdienst)* an die oben genannte Adresse zu liefern. Die Frist ist unbedingt einzuhalten und kann nicht verlängert werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Auf Seiten des Prüfdienstes Krankenversicherung wurden uns als Ansprechpartner/innen (Tel.), (Apparat) und (Apparat) benannt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Bestätigung der Datenintegrität

(Absender Krankenkasse) (*Datum)*

(Empfänger Datenstelle)

RSA-Prüfung nach § 266 Abs. 7 SGB V i.V.m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV
hier: DMP für das Ausgleichsjahr 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Prüfdienst hat die Durchführung einer Prüfung nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV angekündigt, die auch den Bereich DMP beinhaltet. Zu diesem Zweck bitten wir Sie, die notwendigen Prüfunterlagen für die in der Anlage näher bezeichneten *(Anzahl)* Fälle zur Verfügung zu stellen. Mit dem Prüfdienst wurde abgesprochen, dass die Unterlagen direkt an den Prüfdienst gesandt werden. Die Anschrift lautet:

Prüfdienst

Wir bitten Sie, die angeführten Nachweise zusammen zu stellen. Dabei sind ggf. die Besonderheiten des Korrekturverfahrens zu beachten.

- Erstdokumentationen (ED), inkl. sämtlicher Korrekturen,
- Folgedokumentationen (FD), inkl. sämtlicher Korrekturen,
- Bei Papierdokumentationen (Korrekturen) Protokolle, aus denen die Eingangsdaten der Dokumentationen einschließlich aller Korrekturen erkennbar sind, sofern kein Posteingangsstempel auf dem Dokument angebracht ist.

Die Prüfung erfordert die Vorlage der Dokumentationen für folgende Zeiträume:

Ausgleichsjahr 2016

- Erstdokumentationen, wenn das Erstellungs- oder Korrekturdatum nach dem 31.12.2014 und vor dem 1.1.2017 liegt.
- Folgedokumentationen ab dem ersten Quartal 2015 bis einschließlich der dem zu prüfenden Ausgleichsjahr 2016 nachfolgenden, sich aus dem Dokumentationsintervall ergebenden zwei Dokumentationszeiträume in 2017.

Sortierfolge der gesamten Unterlagen pro Fall:

- nach IK der Krankenkasse sowie
- innerhalb des IK nach KV-Nummer.

Anforderungen an die Nachweise

Papierbelege (z. B. Korrekturen), die ab dem 1.1.2010 erstellt wurden, sind im Original bzw. als Image mit einer qualifizierten elektronischen Signatur vorzulegen. Daneben können unter bestimmten Voraussetzungen auch revisionssicher gespeicherte Images anerkannt werden (vgl. RSA-Prüfhandbuch DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder).

Die im Original vorzulegenden elektronisch erstellten DMP-Dokumentationsdatensätze werden in visualisierter Form anerkannt. Sofern Sie die Dokumentationsdatensätze (XML-Format) in eigenentwickelten Formularen visualisieren können, sind diese für die Prüfung zur Verfügung zu stellen. Anderenfalls sind die mit dem XML-Reader der KBV erzeugten HTML-Dateien (KBV-Style-Sheet) zur Verfügung zu stellen.

Wir bitten, die visualisierten Dokumentationsdatensätze in Form von Images auf einer CD-ROM bereitzustellen. Der Dateiname des Images muss dem folgenden Standard entsprechen: IK der Krankenkasse_KVNR_Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle (z. B. 999999999_4860200_ED_20160721.png). Als bevorzugtes Datenformat wird „png“ oder „jpg“ angesehen. Um den Größenumfang der gelieferten Dateien möglichst gering zu halten, wird darum gebeten, die Images in schwarz-weiß zu liefern.

Im papiergebundenen Korrekturverfahren der Dokumentationen können unter bestimmten Voraussetzungen auch revisionssicher gespeicherte Images anerkannt werden.

Für die Prüfung des Ausgleichsjahres 2016 erkennen die Prüfdienste auch die Images von einem papiergebundenen Korrekturverfahren an, die von einem Originaldokument als pdf-

Datei eingescannt wurden, sofern das Originaldokument von der Datenstelle vorgehalten wird und auf Verlangen vorgezeigt werden kann.

Der Prüfdienst behält sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen bzw. mit dem Originaldatensatz zu prüfen. Wir bitten Sie in diesem Zusammenhang, die anliegende Erklärung zu unterschreiben und den Nachweisen beizufügen.

Wir empfehlen die Versendung per Paketkurier und gegen Empfangsbekenntnis.
Die geforderten Unterlagen sind bis zum *(Datum Eingang Prüfdienst)* an die oben genannte Adresse zu liefern. Die Frist ist unbedingt einzuhalten und kann nicht verlängert werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Auf Seiten des Prüfdienstes Krankenversicherung wurden uns als Ansprechpartner/innen (Tel.), (Apparat) und (Apparat) benannt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Bestätigung der Datenintegrität

(Absender Datenstelle)

(Empfänger Prüfdienst)

RSA-Prüfung nach § 266 Abs. 7 SGB V i.V.m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV
hier: DMP für das Ausgleichsjahr 2016

Bestätigung der Datenintegrität

Hiermit wird bestätigt, dass die im Rahmen der Prüfung nach § 266 Abs. 7 SGB V i.V.m. § 42 Abs. 1 Nr. 1 RSAV zur Verfügung gestellten visualisierten Datensätze mit den von den Leistungserbringern elektronisch übermittelten Original-Dokumentationsdatensätzen inhaltlich übereinstimmen. Dies gilt auch für die erstellten Images im ansonsten vorgesehenen papiergebundenen Korrekturverfahren.

Ort, Datum	Unterschrift Datenstelle - Geschäftsführung