

# **RSA-Prüfhandbuch der Prüfdienste des Bundes und der Länder**

## **DMP**



für das  
**Ausgleichsjahr 2021**

Stand November 2025

|       |                                                                                                             |    |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Allgemeiner Teil .....                                                                                      | 4  |
| 1.1   | Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell .....                                                                   | 4  |
| 1.2   | Stichprobe .....                                                                                            | 4  |
| 1.3   | Prüfunterstützung .....                                                                                     | 5  |
| 1.4   | Grundsätzliches zum RSA-Prüfhandbuch .....                                                                  | 5  |
| 1.5   | Hotline .....                                                                                               | 6  |
| 1.6   | Gegenstand der Prüfung .....                                                                                | 7  |
| 1.7   | Verfahren .....                                                                                             | 7  |
| 1.8   | Belege und Daten .....                                                                                      | 8  |
| 1.8.1 | Anerkennung von Unterlagen .....                                                                            | 8  |
| 1.8.2 | Elektronischer Datentransfer - Archivierung und Historienführung .....                                      | 13 |
| 1.9   | Aufbewahrungsfristen prüfrelevanter Unterlagen .....                                                        | 14 |
| 1.10  | Dokumentation der Prüfergebnisse .....                                                                      | 15 |
| 1.11  | Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung .....                                                           | 15 |
| 2     | Prüfunterlagen .....                                                                                        | 16 |
| 3     | Allgemeine Anforderungen .....                                                                              | 17 |
| 3.1   | Versicherungsverhältnis .....                                                                               | 17 |
| 3.2   | Indikationsspezifische Zuordnung (vormals: Versichertengruppen) .....                                       | 17 |
| 3.3   | Satzungsgenehmigung bei Modellvorhaben .....                                                                | 18 |
| 3.4   | Formulare/Dokumentationen .....                                                                             | 18 |
| 3.5   | Programmulassung .....                                                                                      | 20 |
| 3.6   | Teilnahme der koordinierenden Ärztin, des koordinierenden Arztes bzw. der koordinierenden Einrichtung ..... | 21 |
| 4     | Einschreibeverfahren .....                                                                                  | 23 |
| 4.1   | Gültigkeit der TE/EWE und Diagnosebestätigung .....                                                         | 23 |
| 4.2   | Vollständigkeit und Plausibilität der Erstdokumentation .....                                               | 25 |
| 4.3   | Korrektur oder Ergänzung der Erstdokumentation .....                                                        | 28 |
| 4.4   | Einhaltung von Übermittlungsfristen .....                                                                   | 29 |
| 4.5   | Datum der RSA-Wirksamkeit .....                                                                             | 30 |
| 5     | Fortsetzung/Beendigung der Teilnahme .....                                                                  | 31 |
| 5.1   | Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation .....                                                   | 31 |
| 5.2   | Korrektur oder Ergänzung der Folgedokumentation .....                                                       | 31 |
| 5.3   | Dokumentationszeitraum .....                                                                                | 32 |
| 5.4   | Einhaltung von Übermittlungsfristen .....                                                                   | 34 |
| 5.5   | Bestimmung des Endes einer Teilnahme .....                                                                  | 36 |

## **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 BAS**
- F      nicht belegt**
- G      Musterschreiben**
- H      Checkliste RSA-Hotline**

## **1 Allgemeiner Teil**

### **1.1 Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell**

Die Grundlagen zur Durchführung der Prüfung der Versicherungszeiten/DMP sind die §§ 266 Abs. 8 Satz 1 Nr. 9 SGB V und 20 Abs. 1 Satz 1 RSAV. Den Prüfdiensten nach § 274 SGB V wird demnach die Aufgabe übertragen, die von den Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) mitzuteilenden Daten zu prüfen.

Der Prüfauftrag nach § 20 Abs. 1 Satz 1 RSAV umfasst allgemein die Prüfung der in den RSA gemeldeten Versicherungszeiten und der Einschreibungen in Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management Programme – DMP).

Die Prüfungen sind mindestens alle drei Jahre – bezogen auf eines der drei zuletzt nach § 18 RSAV abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre – durchzuführen.

Der Prüfumfang ergibt sich aus § 20 RSAV und dem vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nach Anhörung des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, im Folgenden GKV-SV) und der Prüfdienste festgelegten Stichprobenverfahren. Ab dem Ausgleichsjahr 2021 (AJ 2021) werden auch die Datenmeldungen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 (amtlicher Gemeindeschlüssel, AGS) geprüft. Ziel der Prüfung nach § 20 RSAV ist die Feststellung, ob die von der Krankenkasse abgegebenen Meldungen der SA 100 ff. durch entsprechende Nachweise belegt sind.

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

### **1.2 Stichprobe**

Für die Prüfungen nach § 20 Abs. 1 Satz 1 RSAV legt das BAS nach Anhörung des GKV-SV und der Prüfdienste nach § 274 SGB V in einer Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest.

Das BAS 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 BAS fest, welche der ihm vorliegenden Daten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 RSAV es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Prüfdiensten nach § 274 SGB V für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.



### **1.3 Prüfunterstützung**

Die Prüfdienste setzen zur Effizienz und Vergleichbarkeit der Prüfung Software ein. Der Verordnungsgeber hat festgelegt, dass das BAS bestimmen kann, welche Daten den Prüfdiensten von den Krankenkassen elektronisch zu übermitteln sind. Auf die Datenbestimmung des BAS nach § 20 Abs. 3 Satz 1 RSAV in der Fassung vom 13. Mai 2025 (Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten) wird verwiesen.

### **1.4 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. Das Prüfhandbuch und auch die Hotline-Entscheidungen (siehe Punkt 1.5) setzen dabei kein Recht, sondern stellen lediglich das in dem zu prüfenden Ausgleichsjahr geltende Recht dar.

Das Prüfhandbuch unterliegt einer stetigen Veränderung. Diese Veränderungen basieren entweder auf Gesetzesänderungen oder auf dem Umstand, dass es sinnvoll erscheint, Prüffragen bzw. Prüfsachverhalte herauszunehmen, abzuändern oder neu aufzunehmen. Es entbindet die Krankenkassen in ihrem Verwaltungshandeln nicht davon, den Verpflichtungen, die ihnen der Gesetzgeber auch außerhalb der Prüffragen bzw. Prüfsachverhalte auferlegt, nachzukommen. Dies gilt unabhängig vom Inhalt des Prüfhandbuches, zumal in seinen Durchführungshinweisen nur Regelungen zu gewöhnlich vorkommenden, verallgemeinerungsfähigen Sachverhalten, nicht aber zu (allen) Einzelfällen enthalten sein können.

Für die Beurteilung der Stichprobenfälle ist es wichtig, die Prämissen der RSA-Prüfung zu kennen. Darüber hinaus sollen die Erläuterungen in den Durchführungshinweisen eine Unterstützung (Argumentationshilfe) bei den RSA-Prüfungen nach § 20 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 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 Prüfunterstützungstool aufzunehmen sind. Auf solche

Sachverhalte soll die Krankenkasse im Rahmen des § 274 SGB V beratend hingewiesen werden.

Relevante Hotline-Entscheidungen (siehe Punkt 1.5) 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.

Soweit hinsichtlich der Bezeichnung von Personenkreisen oder Funktionen die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche und andere Formen ein.

## **1.5 Hotline**

Der Prüfdienst des Bundes im BAS stellt die sogenannte RSA-Hotline für Anfragen von grundsätzlicher Bedeutung zur laufenden Prüfung zur Verfügung. Grundsätzliche Bedeutsamkeit liegt vor, wenn es sich bei der für die Entscheidung des Falles relevanten Fallfrage um eine Fach-/Rechtsfrage handelt, die eine Vielzahl von Fällen mit diesem oder ähnlichen Sachverhalt betrifft. Eine Fallproblematik kann insbesondere dann von grundsätzlicher Bedeutung sein, wenn sie für die weitere Verwaltungspraxis der Krankenkasse von Bedeutung ist. Erforderlich ist weiterhin, dass sich die Fach-/Rechtsfrage mithilfe des Prüfhandbuches nicht eindeutig beantworten lässt.

Einzelfälle werden nicht in der Hotline behandelt.

Anfragen können von Prüfdiensten, aber auch vom GKV-SV eingebracht werden. Krankenkassen haben die Möglichkeit, Anfragen über den GKV-SV an die Hotline zu stellen. Direkte Anfragen der Krankenkassen sowie Anfragen für Krankenkassen durch die Prüfdienste sind nicht vorgesehen.

Die RSA-Hotline ist erreichbar unter:

<https://rsa-hotline.bundesamtsozialesicherung.de/otrs/customer.pl>

Die Gliederung soll der Vorlage der Hotline-Anfragen entsprechen und der dort festgelegten Struktur: „Sachverhalt - Fallfrage - Auffassung der Krankenkasse / Auffassung des Prüfdienstes – Lösungsvorschlag“ folgen. Die Anfragen sollen eindeutig sein sowie alle für die Fallfrage relevanten Fallumstände enthalten. Die beigefügte Checkliste (Anlage H) soll ein hilfreicher Hinweis für die Ticketersteller sein und eine zeitnahe Bearbeitung der gestellten Tickets unterstützen.

Die Bearbeitung und Entscheidung erfolgt durch den jeweils zuständigen RSA-Arbeitskreis (hier AK DMP für fachliche Fragen, AK Organisation zu Fragen des Prüfverfahrens), bestehend aus Vertretern der Prüfdienste der Länder und des Bundes. Kann eine Anfrage vom AK DMP nicht einstimmig entschieden werden, ist für die Bearbeitung und Entscheidung der AK Rechtsfragen zuständig. Auch dieser Arbeitskreis ist mit Vertretern der Prüfdienste der Länder und des BAS besetzt. Die Entscheidungen werden in Zshny veröffentlicht, das den Prüfdiensten und dem GKV-SV 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 ggf. Relevanz auf die Höhe eines möglicherweise zu zahlenden Korrekturbetrages entfalten, im Anhörungsverfahren des Referates 317 im BAS aufzugreifen.

## **1.6 Gegenstand der Prüfung**

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

Der Jahresausgleich für das AJ 2021 erfolgte durch die für den RSA zuständige Stelle im BAS im November 2023. Die für die Prüfung der Versicherungszeiten/DMP zu berücksichtigende Datenmeldung ist somit die Meldung der Satzart 110 im Jahr 2023 für das AJ 2021.

Korrekturen in den Versicherungszeiten/DMP, welche von den Krankenkassen nach Erstellung der Korrekturmeldung (Satzart 110 im Jahr 2023 für das zu prüfende AJ 2021) vorgenommen wurden, sind bei der vorliegenden Prüfung nicht zu berücksichtigen.

## **1.7 Verfahren**

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

Die Krankenkasse erhält vom zuständigen Prüfdienst mit der Satzart 110LV die Pseudonyme aus der Satzart 110SV (= Liste Stichprobenversicherte Versicherungszeiten/DMP) zur Depseudonymisierung und Ergänzung entsprechend der Datenbestimmung nach § 20 Abs. 3 Satz 1 RSAV.

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

Entsprechend der o.g. Datenbestimmung erhalten die Krankenkassen eine achtwöchige Mindestvorlaufzeit, um die Satzart 110PV zu erstellen und an den zuständigen Prüfdienst zu übermitteln. Die Frist beginnt mit der Übermittlung der Satzart 110LV durch die Prüfdienste (Eingang der Satzart bei der jeweiligen Krankenkasse).

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

## **1.8 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.

### **1.8.1 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 Satzart 110 des zu prüfenden Ausgleichsjahres erstellt worden ist. Somit müssen Fälle zum Zeitpunkt der tatsächlichen Meldung der Kasse an den GKV-SV zur Weiterleitung an das BAS (Abteilung 3 als RSA-Stelle zur Berechnung des Risikostrukturausgleiches), belegt sein. D.h., erforderliche Nachweise müssen bis zu diesem Zeitpunkt der Kasse vorliegen.

Die Meldung der Satzart 110 (Stand März 2023) musste durch die Kasse über den GKV-SV spätestens zum 15.04.2023 an das BAS (RSA-Stelle) übermittelt werden.

Nachgeforderte und/oder nach dem Meldezeitpunkt (Abgabe der Meldung durch die Kasse) eingegangene Unterlagen finden keine Berücksichtigung bei der Prüfung. In einem solchen Fall sind die Angaben als nicht belegt anzusehen.

Bis zur Absendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung der Prüfdienste an Referat 317 im BAS können die Krankenkassen Nachweise zu Prüfzwecken nachreichen, sofern diese bis zu dem Tag bei den Krankenkassen bzw. dem beauftragten Dienstleister eingegangen sind, an dem die der Prüfung zugrunde liegenden Satzarten erstellt wurden, d. h., an dem die hierfür notwendigen Daten aus dem System der Krankenkasse selektiert worden sind. Nach Übersendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung erkennen die Prüfdienste nachgehend vorgelegte Unterlagen nicht mehr an.

Bei papiergebundenen Dokumenten kann das Eingangsdatum in der Regel durch den aufgebrauchten Eingangsstempel nachgewiesen werden.

Die Anbringung eines elektronischen Eingangsstempels bzw. einer automatischen Paginierung unmittelbar vor dem Scanvorgang ist zulässig. Dabei ist sicherzustellen, dass der elektronische Eingangsstempel dem tatsächlichen Eingangs- bzw. Scandatum des Papierdokumentes entspricht (siehe auch Leitfaden der Prüfdienste „Elektronische Kommunikation und Digitalisierung in der Sozialversicherung“, Ziffer 3.2.1.2 Bildliche und inhaltliche Übereinstimmung).

Nach dem Scanvorgang (auf dem Image) automatisch angebrachte elektronische Eingangsstempel sind nicht zulässig, da das Image dann kein originalgetreues Abbild des Urbeleges mehr ist.

## **Grundsatz**

Belege sind im Original vorzulegen. Gleichgesetzt sind elektronische Belege mit einer nachprüf-  
baren qualifizierten elektronischen Signatur oder einem vergleichbaren Schutz eines Vertrauensdienstes nach dem Vertrauensdienstegesetz bzw. der eIDAS-Verordnung.

## **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 a. F.).

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 einer nicht veränderbaren Form (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 in jedem Fall 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 (siehe Punkt 1.9) 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, nicht plausiblen 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 (Absenderin / 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 der Ärztin / des Arztes oder der versicherten Person zurückgegriffen werden, wenn eindeutig die Datumsangaben und die Unterschriften der versicherten Person und der Ärztin / des Arztes mit Arztstempel erkennbar sind.<sup>1</sup> Im Ausnahmefall des Verlustes des Originals und einer nicht vorhandenen Durchschrift der Arztpraxis können Kopien/Scans allenfalls dann anerkannt werden, wenn die Arztpraxis in diesem Einzelfall zusätzlich das Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalls und die Übereinstimmung des Scans bzw. der Kopie mit dem Original (Durchschrift) schriftlich bestätigt oder die Scandatei mit einer entsprechenden technischen Sicherung nach dem Vertrauensdienstegesetz – bzw. jetzt auch eIDAS-Verordnung – (qualifizierte elektronische Signatur) versehen ist.<sup>2</sup>

## **Durch elektronische Medien übermittelte Dokumente**

### Grundvoraussetzungen

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. Bei der elektronischen Übermittlung von Dokumenten (z. B. per E-Mail als .pdf-Datei übermittelt) sind immer folgende Anforderungen:

- Das Dokument stellt ein genaues Abbild des Originals dar. Nichtlesbarkeit/Unplausibilitäten sind frühzeitig zu klären (vor Abgabe der RSA-Datenmeldung an den GKV-SV zur Übermittlung an das BAS). Ansonsten gehen diese zu Lasten der Krankenkasse.
- Die für die Fachbearbeitung relevanten Informationen (statusrelevante Angaben) müssen durch authentifizierte Personen 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

---

<sup>1</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100180

<sup>2</sup> E-Mail des Bundesversicherungsamtes vom 20.12.2018 (Referat 612 (AK DMP) ohne Az.)

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

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/Institution über das konkrete Medium ist plausibel nachzuweisen und zu belegen. Die Informationen müssen für die einsendende Person/Institution zudem als verbindlich angesehen werden und die einsendende Person/Institution darf die Übermittlung der Information nicht abstreiten können (Verbindlichkeit / Nichtabstreitbarkeit der Herkunft der Nachricht).

Sofern ein gesetzliches 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.

#### Übermittlung und rein elektronische Speicherung der Informationen

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.



### **1.8.2 Elektronischer Datentransfer - Archivierung und Historienführung**

Der Austausch von Daten zwischen Krankenkassen und deren Partnern 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 Verwaltungsvorgangs 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 Prüflaufplan der Prüfdienste „Elektronische Kommunikation und Digitalisierung in der Sozialversicherung“ 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 schwarz-weiß geliefert werden.

Der Dateiname des Images muss dem folgenden Standard entsprechen: IK der Krankenkasse\_KVNR\_Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle, z.B. 999999999\_4860200\_ED\_20200721.png. Zusätzlich kann das Posteingangsdatum an den Dateinamen angehängt werden, z. B. 999999999\_4860200\_ED\_20200721\_TTMMJJ.png (siehe Ziffer 4.4, 5.4 Prüfhandbuch DMP und Hotline-Entscheidung<sup>3</sup>). Nicht anerkannt werden Screenshots bzw. Hardcopies von Bildschirmmasken aus den Fachverfahren der Krankenkasse.

## **1.9 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 (für das Ausgleichsjahr 2021 gültige Version 4.0 vom 08. Februar 2022).

Für die Aufbewahrung der DMP-Dokumentationen gelten die Regelungen in § 5 DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL). Die Datenstelle hat danach die Originaldokumentationsdatensätze grundsätzlich 10 Jahre aufzubewahren, soweit nach weitergehenden gesetzlichen Bestimmungen oder Rechtsverordnungen keine abweichenden Vorgaben zur Aufbewahrung geregelt werden oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorgesehen wird.

Originalunterlagen der geprüften Fälle sind ggf. darüber hinaus aufzubewahren, bis die Bestandskraft des Bescheides des BAS über das Prüfungsende nach § 20 RSAV eingetreten ist.

---

<sup>3</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100116

Für den Bereich DMP werden gemäß § 20 Abs. 4 RSAV nur die den Meldungen zugrunde liegenden Unterlagen des zu prüfenden Ausgleichsjahres, des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres herangezogen. Auch die für eine Einschreibung zugrunde gelegten TE/EWE und die Erstdokumentationen sind demnach nur dann zu prüfen, wenn sie aus dem Ausgleichsjahr oder dem diesem vorangegangenen Kalenderjahr datieren.

### **Hinweis**

Im Grundsatz gilt die Aufbewahrungsfrist entsprechend der RSA-Relevanz eines Beleges (zur Belegwirkung siehe Punkt 3.7 und Punkt 4.3 zweite Zeile der Grundsätze ordnungsgemäßer Aufbewahrung, s.o.). Dies bedeutet, dass die Aufbewahrungsfrist (z. B. 6 Jahre) erst mit dem Ablauf des Jahres beginnt, für das der Beleg eine RSA-Zeit, eine Diagnose oder auch ein Arzneimittel nachweisen / belegen soll.

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

### **1.10 Dokumentation der Prüfergebnisse**

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

Fehler/Abweichungen sind gegenüber den Krankenkassen zu spezifizieren und zu dokumentieren.

### **1.11 Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung**

Das BAS (Referat 317 im BAS), die geprüfte Krankenkasse sowie der GKV-SV erhalten vom zuständigen Prüfdienst bzw. Referat 317 im BAS entsprechend ihren Aufgaben Berichte über die Ergebnisse der durchgeführten Prüfung gemäß § 20 RSAV.

## **2 Prüfunterlagen**

- nicht belegt (s. Anlage G 3)

### **3 Allgemeine Anforderungen**

#### **3.1 Versicherungsverhältnis**

Bei einer Einschreibung muss das Versicherungsverhältnis zum Datum aller Unterschriften der TE/EWE sowie der Erstellung der ED bestehen.<sup>4</sup>

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

Erläuterung:

Bei einer Unterbrechung im Versicherungsverlauf 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 (§ 24 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 § 24 Abs. 2 / 2a 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 Indikationsspezifische Zuordnung (vormals: 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 eine indikationsspezifische Zuordnung - wie zu den bis 31.03.2020 in § 2 Abs. 1 RSAV geregelten Versichertengruppen - unerheblich ist. Es kommt bei der Prüfung letztendlich nur auf die gemeldeten DMP-Tage an.

---

<sup>4</sup> E-Mail des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 08.12.2020 (Referat 515 ohne Az.)

### 3.3 Satzungsgenehmigung bei Modellvorhaben

Derzeit nicht belegt.

### 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 § 24 Abs. 1 RSAV / § 3 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Dies gilt auch für die aus der Praxisverwaltungssoftware maschinell erstellten Vordrucke.<sup>5</sup>

Der Sitz der koordinierenden Ärztin / des koordinierenden Arztes / der koordinierenden Einrichtung bestimmt die Zugehörigkeit einer versicherten Person zu einer Vertragsregion.

#### TE/EWE

Ab dem 01.07.2008 wurde neben der Verwendung von indikationsspezifischen Formularen (siehe Anlagen B 1 bis B 5) auch die Nutzung eines indikationsübergreifenden Formulars (siehe Anlage B 0.1) anerkannt. Die Formulare galten für alle Datenflussmodelle nach § 25 Abs. 2 und 3 RSAV.

Ab dem 01.04.2021 findet grundsätzlich nur noch ein indikationsübergreifendes Formular Anwendung (siehe Anlage B 0.2).

#### Einführung neuer TE/EWE

Zum 01.04.2021 wurde für alle Indikationen eine neue indikationsübergreifende TE/EWE eingeführt. Die indikationsspezifischen TE/EWE sind ab diesem Zeitpunkt weggefallen.

---

<sup>5</sup> Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 01.08.2008 (Az. V2-5620.0 - 3316/2004) und E-Mail vom 21.03.2017

Die Verwendung des neuen Vordrucks vor dem Einföhrungstermin (frühestens mit Freigabe durch das BAS am 06.05.2020) bzw. die Verwendung alter Vordrucke nach dem Einföhrungstermin sind anzuerkennen.<sup>6</sup>

### 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 10.07.2006 (BVA V2 - 5623.0-2186/2002 v. 10.07.2006, 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. Bezüglich der Bewertung nicht erstellter Dokumentationen ist die für die Jahre 2020 und 2021 geltende Corona-Sonderregelung nach § 24 Abs. 2a RSAV zu beachten (Erläuterungen unter 5.5).

### 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 einer koordinierenden Ärztin / einem koordinierenden Arzt eine gültige Folgedokumentation vorgelegt wird und die anstelle der Folgedokumentation

---

<sup>6</sup> E-Mail des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 04.07.2021 (Referat 515 ohne Az.)

erstellte Erstdokumentation nicht bereits zu einer Beendigung der Teilnahme nach § 24 Abs. 2 RSAV geführt hat.<sup>7</sup> Bezüglich der Bewertung nicht gültig erstellter Dokumentationen ist die für die Jahre 2020 und 2021 geltende Corona-Sonderregelung nach § 24 Abs. 2a RSAV zu beachten (Erläuterungen unter 5.5).

### 3.5 Programmzulassung

#### **Ist das DMP, an dem die versicherte Person teilnimmt, für den Zeitraum der gemeldeten DMP-Versichertenzeit 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 (§ 15 Abs. 5 Satz 1 RSAV).

Ist die Einschreibung vor der Zulassung erfolgt, muss beachtet werden, dass die Einschreibebedingungen sowie die Ausschlussstatbestände nach § 24 RSAV auch im Wirkbetrieb vor dem Zulassungszeitpunkt gelten (BVA V2 - 5623.0-2186/2002 v. 27.01.2005, Anlage E). Dies setzt voraus, dass die Erstdokumentation nach Abschluss des DMP-Vertrages erstellt wurde.

Ist die Ärztin / der Arzt allerdings einem inhaltsgleichen DMP-Vertrag mit einer Kassenart beigetreten, ist die Erstellung einer Erstdokumentation für eine versicherte Person einer anderen Kassenart möglich, bevor der DMP-Vertrag für diese Kassenart abgeschlossen wurde. Die Einschreibung wird allerdings frühestens mit Vertragsabschluss wirksam.<sup>8</sup>

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 der versicherten Person grundsätzlich anzuerkennen.<sup>9</sup> Dies gilt auch wenn diese vorübergehend nicht bei der Krankenkasse versichert war (s. Ziffer 3.1).

---

<sup>7</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100114

<sup>8</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100101

<sup>9</sup> Hotline FAQ-Artikel: 710054 / 710019



### **3.6 Teilnahme der koordinierenden Ärztin, des koordinierenden Arztes bzw. der koordinierenden Einrichtung**

**Nimmt die koordinierende Ärztin / 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 der Ärztin/des Arztes erfolgte Korrektur der Dokumentation ist daher zu berücksichtigen.

Die Teilnahme der koordinierenden Ärztin / des koordinierenden Arztes oder 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 Ärztinnen / Ärzte / Einrichtungen.

Die Prüfung der ärztlichen DMP-Teilnahme erfolgt ausschließlich anhand der infolge des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ab 01.07.2008 eingeführten lebenslangen Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer, die beide den Dokumentationen zu entnehmen sind (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 30.05.2008, Anlage E). Eine DMP-Dokumentation ist in Bezug auf die ausstellende Ärztin bzw. den ausstellenden Arzt bereits als gültig anzuerkennen, wenn lediglich jeweils die eindeutig identifizierbaren ersten sieben Stellen von LANR und BSNR mit den Angaben in der vorzulegenden Liste der an dem Programm teilnehmenden koordinierenden Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen.<sup>10</sup>

Eine Einschreibung bei fehlender Teilnahme der Ärztin / 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. 23.05.2008, Anlage E).

---

<sup>10</sup> E-Mail des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 15.08.2022 (Referat 515 ohne Az.)

Wird bei wirksam eingeschriebenen versicherten Personen eine Folgedokumentation von einer Ärztin / einem Arzt erstellt, der/die nicht am DMP teilnimmt, ist diese als endgültig fehlend zu werten.<sup>11</sup>

Dies gilt nicht, wenn die Beitrittserklärung innerhalb der für die Folgedokumentation geltenden Übermittlungsfrist nachgeholt wird (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 23.05.2008, Anlage E).

Beendet die Ärztin / der Arzt ihre / seine Teilnahme am DMP, hat diese Tatsache allein keinen Einfluss auf die Teilnahme der versicherten Person am DMP.

---

<sup>11</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100100

## 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 der versicherten Person und die Diagnosebestätigung der Ärztin / 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. 07.05.2008, Anlage E).

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

Eine eigenhändige Unterschrift der Ärztin / des Arztes zur Diagnosebestätigung und eine Unterschrift der versicherten Person sind zu leisten. Ein Faksimile-Stempel ist nicht ausreichend.<sup>12</sup> Ebenso ist eine geleistete Unterschrift mittels Unterschriftenpad unzureichend.<sup>13</sup> Jeder Unterschrift muss ein Datum zuzuordnen sein. Das Datum der Kopfzeile hat keine Bedeutung. Die koordinierende Ärztin / 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 05.07.2013 (Anlage E).

#### Zur Unterschrift in Vertretung:

In den nachfolgend aufgeführten Fällen ist eine Unterschrift in Vertretung anzuerkennen:

- Ehegatten und Verwandte gerader Linie können ohne Nachweis für die versicherte Person die Teilnahme am DMP erklären. Bei Namensungleichheit ist nachzuweisen, dass es sich bei dem Vertreter um den Ehegatten bzw. einen Verwandten gerader Linie der versicherten Person handelt. Bei Vertretung durch sonstige Dritte ist zwingend die Vertretungsvollmacht durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachzuweisen.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Hotline FAQ-Artikel 7100236

<sup>13</sup> E-Mail des Bundesversicherungsamtes vom 07.05.2019 (Referat 611 (AK Organisation) ohne Az.)

<sup>14</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100122

- Ein Elternteil bzw. Vormund als gesetzlicher 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).
- Betreuerinnen / Betreuer bzw. Pflegerinnen und Pfleger bei Vorlage der Vorsorgevollmacht/Pflegschaftsurkunde (ärztliche Maßnahmen müssen von der Vollmacht umfasst sein).
- Wenn die versicherte Person 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 / einer Zeugin (z.B. Angehörige, Ärztin / Arzt, Arzthelfer / Arzthelferin, Krankenschwester / Krankenpfleger) - ebenfalls unterschriftlich - bestätigt wurde. Die Vertretungsvollmacht kann auch durch andere Unterlagen nachgewiesen werden. Dies gilt entsprechend für Personen mit Analphabetismus.<sup>15</sup>

#### 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.<sup>16</sup>

#### 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 von der versicherten Person nicht widerrufen wurde.<sup>17</sup>

Geht innerhalb der Karenzzeit von 18 Monaten ab Erstelldatum der Erstdokumentation keine TE/EWE bei der Krankenkasse ein, ist die Erstdokumentation zu löschen.<sup>18</sup> Wird dennoch eine Erstdokumentation, die zu löschen gewesen wäre, vorgelegt, erfolgt keine wirksame Einschreibung.

---

<sup>15</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100139

<sup>16</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100214

<sup>17</sup> u. a. Hotline FAQ-Artikel: 7100191

<sup>18</sup> Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 18.02.2019 (Az. 515-5623.22 - 1074/2016)

## 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 § 15 Abs. 7 Satz 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 C 0.1/ C 0.2 **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/C 6.2 bzw. C 2.1/C 2.2) ist anhand der Ausfüllanleitungen (siehe Anlagen C 0.1.1, C 0.2.1, C 1.1.1, C 1.2.1, C 2.1.1, C 2.2.1, C 3.1.1, C 3.2.1, C 4.1.1, C 4.2.1, C 5.1.1, C 6.1.1, C 6.2.1) durchzuführen. Eine Dokumentation ist vollständig und plausibel, wenn die laut der Ausfüllanleitung erforderlichen Angaben getätigt wurden. Ausgeschlossen wird eine Prüfung, die voraussetzt, dass ein Mediziner eingeschaltet werden muss.

Eine Plausibilitätsprüfung zwischen Vornamen der teilnehmenden Person und der Angabe zum Geschlecht ist nicht vorzunehmen.<sup>19</sup>

Es findet kein Abgleich zu den Eintragungen in den Folgedokumentationen statt.<sup>20</sup>

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). 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).

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)

---

<sup>19</sup> Hotline FAQ-Artikel: 710055 / 710020

<sup>20</sup> Hotline FAQ-Artikel: 710044 / 710025 und Hotline FAQ-Artikel: 710043 / 710026

nicht zur Ungültigkeit der Dokumentation. Ebenso wenig sind hierbei Korrekturen der IK-Nummer durch die Krankenkassen zu beanstanden.

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

Seit dem 01.01.2012 ist die Unterschrift der Ärztin / 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 und C 0.2 abgebildeten Datensatzanforderungen hinausgeht und in der Ausfüllanleitung (Anlage C 0.1.1 und C 0.2.1) erläutert ist.

Es besteht die Option, die Erstellung der Dokumentation durch eine Ärztin / einen Arzt in Vertretung zu kennzeichnen. Die Dokumentation ist in diesem Fall gültig, auch wenn die Ärztin / der Arzt mit seiner lebenslangen Arztnummer in Kombination mit der Betriebsstättennummer nicht im Leistungserbringerverzeichnis enthalten ist (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 30.05.2008, 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.

Soweit die Versicherte vor der Operation eingeschrieben wird, sind nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie ausschließlich die Angaben zu Ziffer 2.1 (Operative Therapie) sowie zu Abschnitt 3 (Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses), Ziffern 3.1. – 3.5 und Abschnitt 4 (Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brust-

krebses) innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation mit einer weiteren Erstdokumentation zu aktualisieren. 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 ersten Lebensjahr möglich. Vor Vollendung des ersten 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 = Versicherte 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 = Versicherte wurden zunächst in ein DMP für Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben und wechseln dann aufgrund einer neuen Diagnose in einen 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-Teilnahmezeiten 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 der Ärztin / des Arztes bei Ergänzung oder Korrektur ist seit dem 01.01.2012 nicht mehr erforderlich.

##### Erläuterungen zum papiergebundenen Korrekturverfahren:

Kann eine von einer Ärztin / 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 die Ärztin / 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 der koordinierenden Ärztin / des koordinierenden Arztes / der koordinierenden Einrichtung vorgenommen wurden.

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 2021 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 von Ärztin / 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 die Ärztin / 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. § 24 Abs. 1 Nr. 1 RSAV setzt für eine wirksame Einschreibung voraus, dass eine Erstdokumentation vorgelegt wird, die den tatsächlichen Gesundheitszustand der versicherten Person 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\_20200721\_TTMMJJ.tif).<sup>21</sup>

#### 4.5 Datum der RSA-Wirksamkeit

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

Erläuterung:

Das Datum der RSA-Wirksamkeit (§ 15 Abs. 7 Satz 1 RSAV) ist

- a) das Einschreibedatum oder
- b) das Zulassungsdatum bzw. Datum der Fortsetzung nach Unterbrechung der Zulassung 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 der Ärztin / des Arztes ohne Datum ist hilfsweise das Eingangsdatum der korrigierten Dokumentation bei der Datenstelle zu verwenden.

---

<sup>21</sup> Hotline FAQ-Artikel:7100116

## **5 Fortsetzung/Beendigung der Teilnahme**

### **5.1 Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation**

Für das Ausgleichsjahr 2021 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 der Ärztin / des Arztes / der koordinierenden Einrichtung vorgenommen worden?**

Erläuterung:

Korrekturen und Ergänzungen von Folgedokumentationen müssen von der Ärztin / 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 der Ärztin / des Arztes.

### 5.3 Dokumentationszeitraum

#### **Wurde der Dokumentationszeitraum zutreffend berechnet und eingehalten?**

Erläuterung:

Alle Indikationen außer Brustkrebs

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. Die Ärztin / der Arzt kann bei allen Indikationen festlegen, in welchem zeitlichen Abstand die nächste Dokumentation zu erfolgen hat (nächstes Quartal oder das übernächste Quartal). Bezüglich des Erfordernisses der Dokumentationserstellung ist die für die Jahre 2020 und 2021 geltende Corona-Sonderregelung zu beachten (Erläuterungen unter 5.5).

Indikation Brustkrebs

Die Dokumentation erfolgt innerhalb der ersten fünf Jahre nach dem Datum der histologischen Sicherung mindestens jedes zweite Quartal. Tritt innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren nach histologischer Sicherung kein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) auf, erfolgt die Dokumentation ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal. Dabei löst die letzte vor Ablauf der ersten fünf Teilnahmejahre fällige Dokumentation den Anker für den Wechsel des Dokumentationsintervalls von halbjährlich auf jährlich aus.<sup>22</sup> Bei Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) erfolgt die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach dem Datum der histologischen Sicherung des jeweils neu aufgetretenen Ereignisses wiederum mindestens jedes zweite Quartal. Patientinnen mit Einschreibung wegen Fernmetastasen oder im Verlauf einer bestehenden Teilnahme auftretender Fernmetastasen werden über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert. Der Auslöser für den Wechsel des Dokumentationsintervalls von jährlich auf halbjährlich ist die nächste noch nach dem jährlichen Intervall fällige (erstellte oder zu erwartende) Dokumentation, die auf das Quartal folgt, nachdem der neue histologische Befund gesichert wurde.

Abweichend hiervon sind aber im Einzelfall immer gewählte kürzere, auch quartalsweise Abstände möglich.

---

<sup>22</sup> E-Mail des Bundesversicherungsamtes vom 11.10.2017 (Referat 515 ohne Az.)

Tritt die Neuerkrankung erst nach Ausschreibung auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich (DMP-A-RL, Anlage 3, Ziffer 3.2).

#### Alle Indikationen

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 die Ärztin / des Arztes 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“ – bei dem DMP Brustkrebs ab 01.10.2018 auch „jedes 4. Quartal“ - anzuerkennen sind (Grundsatz: 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<sup>23</sup>, löst sie den neuen Anker zur Bestimmung des nächsten Dokumentationszeitraumes aus.<sup>24</sup>

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.<sup>25</sup> Weitere Angaben (z. B. zur Schulung) aus

---

<sup>23</sup> Hotline FAQ-Artikel:7100105 / 7100163

<sup>24</sup> Hotline FAQ-Artikel:7100106 / 7100162

<sup>25</sup> Hotline FAQ-Artikel:7100132

Dokumentationen, die als endgültig fehlend zu werten sind, bleiben dagegen unberücksichtigt.

#### Hinweis zu § 20 Abs. 4 RSAV

Liegt im ersten Quartal des Jahres 2020 keine Dokumentation vor, wird zugunsten der Krankenkasse davon ausgegangen, dass im letzten Quartal des Jahres 2019 eine gültige Dokumentation mit einem vereinbarten Dokumentationsintervall „jedes zweite Quartal“ erstellt wurde. Ist bei der Indikation Brustkrebs das Datum der histologischen Sicherung nicht bekannt, wird zugunsten der Krankenkasse davon ausgegangen, dass sich die Patientin in der zweiten Hälfte der Teilnahmedauer befindet und das jährliche Dokumentationsintervall gilt.

## **5.4 Einhaltung von Übermittlungsfristen**

**Wurde die 52 (10+42)-Tage-Frist für die Übermittlung und ggf. Korrektur der Folge-dokumentation von der Ärztin / vom dem 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 § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a und Abs. 3 RSAV hat keine eigenständige Bedeutung hinsichtlich der Übermittlungsfrist der Dokumentation.

Mit der 7. RSA-ÄndV kam zu der o.g. 10-Tage-Frist die Frist nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV von 6 Wochen (= 42 Tage) hinzu, so dass sich insgesamt eine Übermittlungsfrist von 52 Tagen ergibt.

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. 06.04.2004, 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 anhängen (z. B. 999999999\_4860200\_FD\_2020200721\_TTMMJJ.tif).<sup>26</sup>

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.

---

<sup>26</sup> Hotline FAQ-Artikel:7100116

## 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 Versichertenzeit DMP endet

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

Die Versichertenzeit DMP endet ferner nach § 15 Abs. 7 Satz 3 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 die versicherte Person (Eingangsdatum bei der Krankenkasse bzw. das vom Versicherten bestimmte Datum),
- d) mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme der versicherten Person an dem Programm nach § 24 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 von der Ärztin / vom Arzt veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen wurden oder
- d3) wenn zwei aufeinanderfolgende Dokumentationen nicht oder nicht innerhalb des zutreffenden Dokumentationszeitraumes erstellt sowie fristgerecht vollständig und plausibel übermittelt worden sind. Die für die Jahre 2020 und 2021 geltende Corona Sonderregelung ist zu beachten (siehe Erläuterung zu d3).
- e) bei Mamma-CA-DMP (Brustkrebs):  
Nach einer Teilnahmedauer von 10 Jahren



Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass die Versichertenzeit DMP bei Feststellung einer Berufskrankheit zur selben Indikation mit Datum des Bescheids über die Anerkennung endet.<sup>27</sup>

**zu a)** Im Falle des Todes der versicherten Person bedarf es für den letzten Dokumentationszeitraum (in welchen der Todestag der versicherten Person fällt) keines Nachweises einer Dokumentation. Der Ausschlusstatbestand nach § 24 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 § 24 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. § 24 Abs. 2 Nr. 2c RSAV, da dieser erst nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes bewertet werden kann (BVA V2 an IKK-BV ohne Az. v. 06.08.2004, Anlage E).

Hinweis: Ausnahmeregelung bei Versicherungslücken (siehe Ziffer 3.1).

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

**zu c)** Die Programmteilnahme endet mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung bzw. mit dem Tag, zu dem die Teilnahme an dem DMP durch die versicherte Person gekündigt wurde. Die Kündigung ist in geeigneter Form nachzuweisen; Schriftform ist nicht erforderlich (BVA V2 - 5623.4 - 3260/2006 v. 24.09.2007, 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).

---

<sup>27</sup> E-Mail des Bundesversicherungsamtes vom 07.02.2017 (Referat 515 ohne Az.)

**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, beträgt die RSA-wirksame Versichertenzeit einen Tag (§ 15 Abs. 7 Satz 1 und Satz 3 Nr. 3 RSAV). Die für die Jahre 2020 und 2021 geltende Corona Sonderregelung ist zu beachten (siehe Erläuterung zu d3).

**zu d2)** Die Teilnahme der versicherten Person 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 die Ärztin / der Arzt die Schulung empfohlen hat. Dabei kommt es nicht darauf an, dass dieselbe Ärztin / derselbe Arzt, der die Nichtwahrnehmung der Schulung dokumentiert, die Schulung in der vorangegangenen Dokumentation auch empfohlen haben muss.<sup>28</sup>

#### 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 Ausschlussstatbestand nach § 24 Abs. 2 Nr. 2b RSAV vor.

Eine „Heilung“ des Ausschlussstatbestandes durch ein Nachholen der Schulung zu einem späteren Zeitpunkt ist in der RSAV nicht vorgesehen (BVA V2 - 5580.8 - 4456/2003 v. 27.09.2004, Anlage E).

Bei der Indikation KHK bleibt die Angabe der Ausprägung "Nein" beim Dokumentationsparameter "Empfohlene Schulung wahrgenommen" in einer ab dem 01.04.2021 erstellten Dokumentation in Verbindung mit der Ausprägung "Diabetes-Schulung: Ja" und/oder "Hypertonie-Schulung: Ja" beim Dokumentationsparameter "Schulung empfohlen (bei aktuel-

---

<sup>28</sup> Hotline FAQ-Artikel: 710065

ler Dokumentation)" in einer vorangegangenen bis zum 31.03.2021 erstellten Dokumentation bei der Prüfung des Ausschlussstatbestandes nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b RSAV unberücksichtigt.<sup>29</sup>

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 von der Ärztin / vom Arzt veranlasste Schulung vom Versicherten wahrgenommen wurde, ist ausschließlich auf die Angaben in der Dokumentation abzustellen. Andere Unterlagen sind nicht heranzuziehen.<sup>30</sup>

Der Beendigungstatbestand nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b RSAV wird von der nachfolgend beschriebenen Corona-Sonderregelung nicht berührt.<sup>31</sup>

### **zu d3)**

#### **Corona-Sonderregelung**

Gemäß § 24 Abs. 2a RSAV (Stand 26. RSA-ÄndV) zählen für den Eintritt der Rechtsfolge nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV Dokumentationen nicht mit, die für die folgenden Quartale zu erstellen waren und die nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht an die Krankenkasse des Versicherten übermittelt wurden:

1. für die Quartale ab dem 01.01.2019 bis zum 31.12.2019, sofern die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nicht bereits bis zum 25.03.2021 (Inkrafttreten der RSAV – ÄndV) geendet hat, weil zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nicht innerhalb der in § 24 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c genannten Frist übermittelt wurden, oder
2. für die Quartale ab dem 01.01.2020 bis einschließlich des Quartals, in dem die durch den Deutschen Bundestag gemäß § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) festgestellte epidemische Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes aufgehoben wurde.

---

<sup>29</sup> E-Mail des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 26.05.2021 (Referat 515 ohne Az.)

<sup>30</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100131

<sup>31</sup> E-Mail des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 25.06.2020 (Referat 515 ohne Az.)

Die epidemische Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG endete mit Ablauf des 25.11.2021. In der Folge sind in 2020 und 2021 fehlende Dokumentationen für den Eintritt der Rechtsfolge nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c RSAV nicht mitzuzählen.

**Dokumentationen aus dem Jahr 2019 fallen bei dieser Prüfung nach den folgenden Ausführungen nicht unter den Dreijahreszeitraum nach § 20 Abs. 4 RSAV.**

Hinweis zu § 20 Abs. 4 RSAV

Zur Prüfung sind nur Unterlagen der Jahre 2020-2022 vorzulegen. Unterlagen anderer Jahre dürfen zur Prüfung nicht herangezogen werden. Durch die Corona-Sonderregelung kann es zu lang rückwirkenden Ausschreibungen bis zurück ins Ausgleichsjahr 2018 kommen. Bezüglich der Auswirkungen der durch die Corona-Sonderregelung bedingt auftretenden lang rückwirkenden Ausschreibungen wird auf die anliegenden Fallbeispiele verwiesen.

Hintergrundinformation:

*Dem Prüfdienst fällt ein fehlerhaftes Verhalten der Krankenkasse im Rahmen der DMP-Prüfung immer dann auf, wenn die Teilnahme eines Versicherten aufgrund zwei aufeinander folgend fehlender Dokumentationen vor dem Korrekturtermin zu beenden war und die Krankenkasse die diesbezügliche Meldung zum RSA dennoch nicht korrigiert hat. Der Prüfdienst erkennt einen - vermeintlichen - Fehler nur dann nicht, wenn der Tatbestand der zu beendenden Teilnahme erst nach dem Korrekturtermin festgestellt werden konnte und eine Korrektur durch die Krankenkasse nicht mehr möglich war. Dies deckt sich insofern mit den allgemeinen prüfrechtlichen Vorgaben, dass die Fälle zum Zeitpunkt der Meldung an das BAS (RSA-Stelle) belegt sein müssen (vgl. Ziffern 1.8.1 und 1.8.2 PHB).*

Ist dem Prüfdienst bei der Indikation Brustkrebs das Datum der histologischen Sicherung nicht bekannt, wird zugunsten der Krankenkasse davon ausgegangen, dass sich die Patientin in der zweiten Hälfte der zehnjährigen Teilnahmedauer befindet. In diesen Fällen erfolgt folglich unter Berücksichtigung der Corona-Sonderregelung auch dann keine Ausschreibung, wenn im Prüfzeitraum –keine gültige Dokumentation vorliegt. Ist dem Prüfdienst bei der Indikation Brustkrebs das Datum der histologischen Sicherung bekannt, reicht allein eine Dokumentation im Jahr 2022 zur Fortsetzung der Teilnahme aus.

**zu e)**

Bei Mamma-CA-DMP (Brustkrebs) endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm zehn Jahre nach dem Datum der histologischen Sicherung der Erkrankung. D.h. nach Ablauf von zehn Jahren ab dem Datum des histologischen Nachweises bedarf

es keiner Erklärung / keines Nachweises für die Ausschreibung (DMP-A-RL, Anlage 3, Ziffer 3.2). 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 (DMP-A-RL, Anlage 3, Ziffer 3.2).

Hinweis zu § 20 Abs. 4 RSAV

Zur Prüfung sind nur Unterlagen der Jahre 2020 bis 2022 vorzulegen. Das Datum der Beendigung der Teilnahme kann daher bei der Indikation Brustkrebs bei eingeschriebenen Versicherten nicht hinreichend überprüft werden, wenn die Teilnahme nicht zum Datum der letzten gültigen Dokumentation beendet und das für die Berechnung der zehnjährigen Rezidivfreiheit maßgebliche Datum des histologischen Nachweises vor dem zu prüfenden Zeitraum dokumentiert wurde. Zu beachten ist hierbei, dass die zehnjährige 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.

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 31.05.2020.

Die Versicherung bei Kasse A beginnt erneut ab

- a) 01.12.2020
- b) 02.12.2020

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

###### Lösungen:

Aufgrund der Corona-Sonderregelung müssen in den Jahren 2020 und 2021 keine gültigen FD'en vorliegen.

- a) Da die Versicherungslücke nicht größer als 6 Monate ist, kann die DMP-Teilnahme mit einer 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 29.04.2020. Die Versicherung bei Kasse A beginnt erneut ab 01.10.2020. Für die Kasse A wird eine FD zum 13.11.2020 erstellt.

Die letzte gültige Folgedokumentation datiert vom

- a) 18.03.2020
- b) 18.04.2020

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. Der Tatbestand des § 24 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c

RSAV ist nicht erfüllt, da nach § 24 Abs. 2a RSAV (Corona Sonderregelung) die fehlende FD für den Eintritt der Rechtsfolge nicht mitzählt. Die Teilnahme würde somit mit einer FD im ersten oder zweiten Quartal 2022 zum 01.10.2020 fortgesetzt. Die vorherige DMP-Versicherungszeit endet am 29.04.2020.

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 § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV vorliegt, wird die RSA-wirksame DMP-Teilnahme am 01.10.2020 fortgesetzt. Die vorherige DMP-Versichertenzeit endet am 29.04.2020.

### **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

3. Quartal 2020: Es liegt eine gültige FD vor (Erstellungsdatum: 14.09.2020).

4. Quartal 2020: FD fehlt.

Am 05.01.2021 wird eine ED und TE/EWE erstellt, die am 10.05.2021 bei der Datenstelle eingeht.

##### Lösung

Die im ersten Quartal 2021 anstelle einer FD erstellte ED ist nicht gültig, da die vorhergehende Teilnahme wegen der Corona-Sonderregelung nicht zu beenden war und die ED zusammen mit der TE/EWE nicht für eine Neueinschreibung herangezogen werden kann. Die FD für das erste Quartal 2021 fehlt zwar, zählt jedoch aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mit. Die Programmteilnahme wird fortgesetzt.

## **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. Die Zulassung der Krankenkasse wurde jedoch unterbrochen. Für folgende Zeiträume liegt (lt. Zulassungsliste) eine Zulassung vor:

- 12.04.2011 - 11.04.2020
- 15.10.2020 - 31.12.2050

#### Lösung

Die RSA-wirksame Teilnahme am DMP endet nach § 15 Abs. 7 Satz 3 Nr. 1 RSAV mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms endet, hier also am 11.04.2020.

Die während einer Zulassungslücke bei Unterbrechung der Zulassung erstellten Dokumentationen sind gültig. Fehlende FD'en in 2020 und 2021 zählen jedoch aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) auch nicht mit. Sofern kein sonstiger Beendigungstatbestand besteht, ist ab dem 15.10.2020 wieder eine RSA-wirksame DMP-Teilnahme anzuerkennen.



### **Zu 3.6 Teilnahme der koordinierenden Ärztin / des koordinierenden Arztes / der koordinierenden Einrichtung**

#### **Fall 1: Erstellung der FD durch vertretende Ärztin**

##### Sachstand und Problem

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

##### Lösung

Die FD, die durch eine nicht am DMP teilnehmende Ärztin 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 Ärztinnen und Ärzte enthalten ist (BVA V2 - 5620.0 - 3316/2004 v. 30.05.2008, 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.

##### 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. Die Ärztin ist mit ihrer Erklärung vom 01.09. dem AOK-Vertrag beigetreten. Sie behandelt am 03.09. eine IKK-versicherte Person 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 wirksamem 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 einer Ärztin / eines Arztes zur FD in einer anderen Region**

#### Sachstand und Problem

Dokumentationsintervall: jedes Quartal.

#### Beispiel a)

Die versicherte Person 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. Die versicherte Person hat die Teilnahme zu einem bestimmten Programm in einer bestimmten Region erklärt. Bei einem Regionenwechsel liegt auch ein anderes Programm der DMP-Versorgung zugrunde. Die versicherte Person hätte also neu eingeschrieben werden müssen.

#### Beispiel b)

ED und TE/EWE vom 25.05.2020 wurden erstellt von Arzt M aus der Vertragsregion A;

1. FD vom 25.08.2020 wurde erstellt von Arzt X aus der Vertragsregion B;
2. FD vom 25.11.2020 wurde wieder von Arzt M aus der Vertragsregion A erstellt.

#### Lösung b)

Die erste FD vom 25.08.2020 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 25.05.2020 wurden erstellt von Arzt M aus der Vertragsregion A, weitere ED und TE/EWE vom 10.06.2020 von Arzt X aus der Vertragsregion B erstellt;

1. FD vom 25.08.2020 wurde jedoch wieder von Arzt M aus der Vertragsregion A erstellt;
2. FD vom 25.11.2020 wurde auch wieder von Arzt M aus der Vertragsregion A erstellt.

Von Arzt X aus der Vertragsregion B wurden keine weiteren FD erstellt.

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 09.06.2020 (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 10.6.2020 auszuschreiben. Die Zeit vom 25.05.2020 bis 10.06.2020 ist DMP-Versichertenzeit.

Eine versicherte Person kann nur an einem Programm derselben Indikation teilnehmen. Mit der Unterschrift auf der TE/EWE für ein neues Programm in einer anderen Region entscheidet sich die versicherte Person für ein a n d e r e s Versorgungsarrangement und kündigt gleichzeitig durch konkludentes Handeln die Teilnahme am bisherigen Programm. Das gilt im Übrigen auch, wenn für das neue Programm keine Zulassung beantragt wurde. Wenn die versicherte Person zwischen zwei Programmen derselben Indikation in unterschiedlichen Regionen wechselt, hat die Krankenkasse keine Wahlmöglichkeit hinsichtlich der Programmteilnahme der versicherten Person. <sup>1</sup>

#### Beispiel d)

ED und TE/EWE vom 25.05.2020 wurden erstellt von Ärztin M aus der Vertragsregion A;  
1. FD vom 25.08.2020 wurde erstellt von Ärztin X aus der Vertragsregion B;  
2. FD vom 25.11.2020 wurde erstellt von Ärztin X aus der Vertragsregion B;  
3. FD vom 25.02.2021 wurde wiederum von Ärztin M aus der Vertragsregion A erstellt.

#### Lösung d)

Die beiden FD vom 25.08.2020 und 25.11.2020 sind als endgültig fehlend zu werten, da kein wirksamer Programmwechsel in die Region B stattgefunden hat. Für die Vertragsregion A fehlen zwar zwei FD, jedoch zählen diese aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mit. Es liegt lediglich ein Tatbestand zur Ausschreibung zum 25.05.2020 (letzte gültige Dokumentation) vor, wenn nach 2021 zwei aufeinanderfolgende Dokumentationen fehlen

---

<sup>1</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100144

## **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 die Ärztin / 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 der Ärztin / des Arztes und/oder die Datumsangabe zur Unterschrift der versicherten Person.

##### 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. 09.12.2008, 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. 09.12.2008, 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)**

Ärztin A erstellt

ED und TE/EWE zum DMP Asthma am 20.01.2020

FD Asthma für das 2. Quartal 2020

TE/EWE zum DMP COPD am 24.08.2020

ED zum DMP COPD am 25.09.2020

FD zum DMP Asthma am 21.09.2020

FD zum DMP COPD am 20.10.2020

FD zum DMP Asthma am 24.11.2020

#### Lösung a)

Die versicherte Person nimmt ab dem 20.01.2020 am DMP Asthma teil. Mit der Erstellung der TE/EWE am 24.08.2020 sowie der ED am 25.09.2020 wird ein gültiger Programmwechsel zum DMP COPD vollzogen. Der Programmwechsel wird mit der Erstellung der ED am 25.09.2020 (jüngstes Unterschriftsdatum) wirksam. Die Teilnahme am DMP Asthma endet mit dem 24.09.2020. Die FD zum DMP COPD vom 20.10.2020 ist gültig, jedoch aufgrund der Corona Sonderregelung zur Fortsetzung der Programmteilnahme nicht notwendig.

#### **Beispiel b)**

Arzt A erstellt

ED und TE/EWE zum DMP Asthma am 20.01.2020

FD zum DMP Asthma am 09.04.2020

FD zum DMP Asthma am 21.09.2020

FD zum DMP Asthma am 24.11.2020

Arzt B erstellt

TE/EWE zum DMP COPD am 24.08.2020

ED zum DMP COPD am 25.09.2020

FD zum DMP COPD am 20.10.2020

### Lösung b)

Die versicherte Person nimmt ab dem 20.01.2020 am DMP Asthma teil. Mit der Erstellung der TE/EWE am 24.08.2020 sowie der ED am 25.09.2020 durch Arzt B vollzieht die versicherte Person einen Programmwechsel zum DMP COPD. Der Programmwechsel wird mit der Erstellung der ED am 25.09.2020 (jüngstes Unterschriftsdatum) wirksam. Die Teilnahme am DMP Asthma endet mit dem 24.09.2020.

Hinweis: Die FD zum DMP Asthma vom 21.09.2020 und vom 24.11.2020 können die Einschreibung zum DMP COPD nicht widerrufen.

### **Beispiel c)**

Ärztin A erstellt

1. Quartal 2020 ED und TE/EWE zum DMP Asthma am 20.01.2020
2. Quartal 2020 FD zum DMP Asthma
3. Quartal 2020 ED und TE/EWE zum DMP COPD am 25.09.2020
4. Quartal 2020 FD zum DMP COPD am 20.10.2020

FD zum DMP Asthma am 24.11.2020

1. Quartal 2021 FD zum DMP Asthma am 12.01.2021

keine FD zum DMP COPD

2. Quartal 2021 FD zum DMP Asthma am 14.05.2021

keine FD zum DMP COPD

Die FDen im 3. und 4. Quartal 2021 fehlen.

1. Quartal 2022 FD zum DMP COPD am 21.03.2022

### Lösung c)

Die versicherte Person nimmt ab dem 20.01.2020 am DMP Asthma teil. Mit der Erstellung der TE/EWE und ED am 25.09.2020 vollzieht die versicherte Person einen Programmwechsel zum DMP COPD. Die Teilnahme am DMP Asthma endet mit dem 24.09.2020.

Es fehlen zwar die FD im Jahr 2021, jedoch zählen diese aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mit. Die Programmteilnahme wird mit der FD im 1. Quartal 2022 fortgesetzt.

### **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 29.07.2020 erstellt und ist nicht vollständig und plausibel. Sie geht erstmalig am 25.08.2020 bei der Datenstelle ein. Nach dem Korrekturprozess am 08.11.2020 geht die ED am 21.02.2021 wieder bei der Datenstelle ein. Sie ist nun vollständig und plausibel.

#### Lösung

Die ED ist zu werten, da die Übermittlungsfrist (nächstes Quartalsende 31.12.2020 zuzüglich 52 Tage = 21.02.2021) eingehalten ist.

## **Zu 4.5 Datum der RSA-Wirksamkeit**

### **Fall 1: Versicherungsverhältnis im Anschluss an Betreuungsverhältnis**

#### Sachstand und Problem

a) Ein Betreuer (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 - 09.01.2021 Pflichtversicherung als Arbeitnehmer

01.01.2020 Beginn DMP KHK bis laufend

10.01.2021 - 08.08.2021 Betreuungsverhältnis (Grenzgänger)

09.08.2021 - 09.01.2022 Pflichtversicherung als Arbeitnehmer

10.01.2022 - 08.08.2022 Betreuungsverhältnis (Grenzgänger)

09.08.2022 - 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. 27.01.2005, 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 § 24 Abs. 3 RSAV nicht entgegen. RSA-wirksam sind nur die Versichertenzeiten bei der inländischen Krankenkasse.

### **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: 07.04.2020

FD durch 2. Arzt: 03.11.2020

TE/EWE durch 2. Arzt: 09.11.2020

### Lösung

Die ED wird anerkannt; jüngstes Datum wird der TE/EWE entnommen.

Die RSA-wirksame Zeit beginnt ab 09.11.2020. Die FD ist fristgemäß erstellt (worauf es in Folge der Corona-Sonderregelung nicht ankommt), der nächste Dokumentationszeitraum ist das zweite Quartal 2021, wobei auch hier die Corona-Sonderregelungen zu beachten sind.



## **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 02.02.2020 gestellt. Die Patientin wird am 10.03.2020 ins Programm eingeschrieben. Die Operation findet erst am 12.05.2020 statt.

Datum TE/EWE: 10.03.2020

Datum 1. ED präoperativ: 10.03.2020

Datum 2. ED postoperativ: 28.05.2020

##### 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. 01.07.2020 bis 30.09.2020.

#### **Fall 2: Änderung des Dokumentationsintervalls aufgrund einer endgültig als fehlend zu wertenden Dokumentation<sup>2</sup>**

##### Sachstand und Problem

Für das 2. Quartal 2020 liegt eine gültige FD mit einem Dokumentationsintervall „jedes Quartal“ vor. Die FD für das 3. Quartal 2020 wurde nicht fristgemäß übermittelt. Das Dokumentationsintervall wurde hier auf das übernächste Quartal geändert.

##### Beispiele

a) Es liegt eine gültige FD für das 4. Quartal 2020 vor.

b) Es liegt eine gültige FD für das 1. Quartal 2021 vor.

---

<sup>2</sup> Hotline FAQ-Artikel: 7100132

### Lösung

Die FD für das 3. Quartal 2020 ist als endgültig fehlend zu werten (wenn auch aufgrund der Corona Sonderregelung die Rechtsfolge ausbleibt). 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 03.03.2020, Dokumentationsintervall: jedes Quartal; 1. FD am 17.05.2020; 2. FD (3. Quartal 2020) fehlt; der Versicherte verstirbt am

#### Beispiele

- a) 31.12.2020
- b) 01.01.2021.

Eine FD für das 4. Quartal 2020 wurde nicht erstellt.

### Lösungen

- a) Der Zeitpunkt der Beendigung der Teilnahme ist der 31.12.2020. Die FD für das 4. Quartal 2020 gilt bereits aufgrund des in dieses Quartal fallenden Todeszeitpunkts schon nicht als fehlend.

Auf die Anwendung der Corona Sonderregelung aus § 24 Abs.2a RSAV nach der zwei aufeinanderfolgend fehlende FD nicht zum Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) führen, kommt es in dieser Konstellation nicht an.

- b) Der Zeitpunkt der Beendigung der Teilnahme ist der 01.01.2021. Es fehlen zwar die FD im dritten und vierten Quartal 2020, jedoch zählen diese aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mit.

## **Fall 2: Krankenkassenwechsel/Beendigung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse/**

### **Kündigung des Versicherten**

#### Sachstand und Problem

Einschreibung zum 03.03.2020, Dokumentationsintervall: jedes Quartal; 1. FD am 17.05.2020; 2. FD (3. Quartal 2020) fehlt; der Versicherte beendet seine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse zum

#### Beispiele

- a) 30.12.2020
- b) 31.12.2020
- c) 01.01.2021.

Eine FD für das 4. Quartal 2020 wurde nicht erstellt.

#### Lösungen

- a) Der Zeitpunkt der Beendigung der Teilnahme ist der 30.12.2020. Die FD für das 4. Quartal 2020 gilt bereits aufgrund der in dieses Quartal fallenden Beendigung der Mitgliedschaft nicht als fehlend. Auf die Anwendung der Corona Sonderregelung aus § 24 Abs.2a RSAV nach der zwei aufeinanderfolgend fehlende FD nicht zum Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) führen, kommt es in dieser Konstellation nicht an.
- b) Der Zeitpunkt der Beendigung der Teilnahme ist der 31.12.2020. Es fehlen zwar die FD im dritten und vierten Quartal 2020, jedoch zählen diese aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mit.
- c) siehe b.).

### **Fall 3: Kombination mit Versicherungslücken**

#### **Sachstand und Problem**

- 4. Quartal 2020: Gültige FD liegt vor.
- 1. Quartal 2021: FD fehlt.
- 2. Quartal 2021: Versicherungslücke vom 01.03.2021 bis 31.07.2021; FD wurde nicht erstellt.
- 3. Quartal 2021: Gültige FD liegt vor.

#### **Lösung**

Die Regelungen zur Versicherungslücke (kleiner als 6 Monate; Fortführung mit neuer FD) wären erfüllt. Insbesondere muss die DMP-Versichertenzeit nicht wegen zwei aufeinanderfolgend fehlenden FD`en beendet werden, da diese aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mitzählen.

### **Fall 4: Fehlende FD - Ausschreibung zum Korrekturdatum**

#### **Sachstand und Problem**

Dokumentationsintervall: jedes Quartal.

- 4. Quartal 2020: Gültige FD liegt vor.
- 1. Quartal 2021: Unplausible FD wurde am 24.02.2021 erstellt. Nach Korrektur durch den Arzt am 10.03.2021 ist FD gültig.
- 2. Quartal 2021: FD fehlt.
- 3. Quartal 2021: FD fehlt.

#### **Lösung :**

Der Versicherte ist nicht auszuschreiben. Es fehlen zwar die FD im zweiten und dritten Quartal 2021, jedoch zählen diese aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mit. Zur Besonderheit des Ausschreibens zum Korrekturdatum kommt es vorliegend daher nicht.

### **Fall 5: Fehlende FD - Ausschreibung direkt nach Einschreibung** **Sachstand und Problem**

Dokumentationsintervall: jedes Quartal. Die Dokumentationen gehen fristgerecht ein.

3. Quartal 2020: TE/EWE vom 24.08.2020.  
Unvollständige/unplausible ED vom 24.08.2020.  
Korrektur durch den Arzt am 27.08.2020.
4. Quartal 2020: FD fehlt.
1. Quartal 2021: FD fehlt.

### **Lösung**

Die Einschreibung ist zum Korrekturdatum erfolgt. Es fehlen zwar die FD im vierten Quartal 2020 sowie im ersten Quartal 2021, jedoch zählen diese aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mit. Zu einer Ausschreibung kommt es daher nicht.

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

#### **Sachstand und Problem**

Die Dokumentationen gehen fristgerecht ein.

Dokumentationsintervall: jedes Quartal.

3. Quartal 2020: TE/EWE vom 24.08.2020.  
ED vom 24.08.2020.  
FD vom 28.09.2020.
4. Quartal 2020: FD fehlt.
1. Quartal 2021: FD fehlt.

### **Beispiele**

- a) Die ED vom 24.08.2020 und die FD vom 28.09.2020 werden vom selben Arzt erstellt.
- b) Die ED vom 24.08.2020 und die FD vom 28.09.2020 werden von unterschiedlichen Ärzten erstellt.

### **Lösungen**

- a) Die FD vom 28.09.2020 ist als ungültig zu bewerten, da im 3. Quartal 2020 bereits eine ED erstellt wurde. Die Teilnahme ist wegen zwei aufeinanderfolgend fehlenden FD'en dennoch nicht zum 24.08.2020 zu beenden, da die beiden

aufeinanderfolgend fehlenden FD aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mitzählen.

- b) Die FD vom 28.09.2020 ist als gültig zu bewerten, da ein Arztwechsel vollzogen wurde.

Die Teilnahme wegen zwei aufeinanderfolgend fehlenden FD'en ist dennoch nicht zum 28.09.2020 zu beenden, da die beiden aufeinanderfolgend fehlenden FD aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV) für den Eintritt der Rechtsfolge (Beendigung der Teilnahme aufgrund zwei aufeinanderfolgend fehlender FD) nicht mitzählen.

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

#### Sachstand und Problem

Dokumentationsintervall: jedes Quartal.

4. Quartal 2020: ED von Arzt A vom 27.10.2020, Schulung empfohlen.

1. Quartal 2021: FD von Arzt A vom 14.01.2021, „empfohlene Schulung nicht wahrgenommen“, erneut Schulung empfohlen.

1. Quartal 2021: FD von Arzt B vom 04.03.2021, „empfohlene Schulung nicht wahrgenommen“, erneut Schulung empfohlen.

2. Quartal 2021. FD von Arzt B vom 05.05.2021, „empfohlene Schulung nicht wahrgenommen“, erneut Schulung empfohlen.

#### Lösung

Der Versicherte ist wegen zweier im 12-Monatszeitraum nicht wahrgenommener Schulungen zum 05.05.2021 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 Schulung wahrgenommen“ mit „nein“ gekennzeichnet ist.

Die erste nicht wahrgenommene Schulung ist auf der FD des Arztes A vom 14.01.2021 dokumentiert. Die auf der FD von Arzt B vom 04.03.2021 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 desselben Quartals noch nicht abgelaufen sein kann.

Die auf der FD vom 05.05.2021 dokumentierte nicht wahrgenommene Schulung ist als zweite nicht wahrgenommene Schulung zu werten.

**Fall 8: Beendigung der Teilnahme bei der Indikation Brustkrebs nach Ablauf von 10 Jahren (seit dem 01.10.2017) ab dem Datum des histologischen Nachweises**

Sachstand und Problem

Nach Ablauf von 10 Jahren 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 06.03.2021 die letzte Dokumentation erstellt. Die Versicherte wurde jedoch erst zum 27.06.2021 ausgeschrieben. Eine weitere Erklärung liegt nicht vor.

Lösung

Vermutlich endete zum 27.06.2021 die Frist von 10 Jahren ab dem Datum des histologischen Nachweises. Die Beendigung zum 27.06.2021 ist anzuerkennen.

**Fall 9:**

**Beendigung und Neuaufnahme einer Teilnahme bei einem Wechsel der Region des Versicherten**

Sachstand und Problem

Versicherter ist seit Jahren in einem Programm in der Region A eingeschrieben.

Dokumentationsintervall ist „jedes Quartal“.

Im 4. Quartal 2020 wurde keine FD (Region A) erstellt.

Im 1. Quartal 2021 erhält die Kasse eine ED und TE/EWE vom 31.03.2021 aus der „neuen“ Region B (gleichbedeutend mit Programmwechsel; siehe Fallbeispiel 1 zu Ziffer 4.2)

Lösung:

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 (Region A). Maßgebliches Datum für die Beendigung ist dabei der Tag **vor der Einschreibung** (30.03.2021) in das Programm der neuen Vertragsregion (Region B).

Da das Kündigungsdatum nicht auf den letzten Tag des Quartals fällt, ist für das noch nicht abgelaufene 1. Quartal 2021 in der bisherigen Vertragsregion keine FD vorzulegen. Die Teilnahme ist in der alten Region zum Tag der Kündigung am 30.03.2021 zu beenden. Auf die Anzahl der aufeinanderfolgend fehlenden FD kommt es aufgrund der Corona Sonderregelung (§ 24 Abs. 2a RSAV), nicht an.

Ab dem 31.03.2021 setzt sich die Teilnahme des Versicherten in der Region B nahtlos fort.

### **Corona Sonderregelung**

Es wird auf die fortfolgenden mit den Krankenkassen abgestimmten Fallbeispiele der Tabelle verwiesen.



|      | 2019                               |     |     |     | 2020 |     |     |     | 2021 |     |     |     | 2022 |     |     |     | 2023 |     |     |     | Kommentar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------|------------------------------------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FALL | Q 1                                | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Prüfjahr 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|      | jährliches Dokumentationsintervall |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     |     | Annahme: Durch in 2019, 2020 oder 2021 vorliegende oder fehlende Dokumentationen kommt es nicht zu einem Wechsel des Dokumentationsintervalls.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1    |                                    |     |     | X   |      |     |     | X   |      |     |     | X   |      |     |     | X   |      |     |     | X   | Vollständige Dokumentation im Dreijahreszeitraum. Der Fall läuft weiter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2    |                                    |     |     | Ø   |      |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     | Ø   |      |     |     | X   | In 2020 und 2021 mussten aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentationen erstellt werden. FD 2022 fehlt. FD 2023 wurde erstellt. Es fehlen keine 2 FD in Folge. Der Fall läuft weiter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 3    |                                    |     |     | X   |      |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     | Ø   |      |     |     | Ø   | Für 2020 und 2021 mussten aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentationen erstellt werden. Mit den Dokumentationen für 2022 und 2023 fehlen zwei FD in Folge. Der Fall hätte zum Datum der letzten Dokumentation im vierten Quartal in 2019 beendet werden müssen. Eine Korrektur der Erstmeldung betr. Ausgleichsjahr 2021 aus dem Jahr 2022 war mit der erforderlichen Korrekturmeldung SA 110 zum 31.03.2023 (spätester Termin GKV-SV) bzw. 15.04.2023 (spätester Termin BAS) jedoch gar nicht möglich, da der Fall zum Korrekturtermin noch nicht beendet war. Dem Prüfdienst fällt die nachträglich fehlerhafte Teilnahme nicht auf, da er seiner Fallbewertung nur Dokumentationen aus dem Dreijahreszeitraum 2020 - 2022 zugrunde legt. Aus Sicht der Prüfdienstes wäre die gemeldete Teilnahme für das Ausgleichsjahr 2021 daher korrekt. Es käme zu keiner Beanstandung.                                                                                                                                                                                     |
| 4    | X                                  |     |     |     |      |     |     |     | X    |     |     |     | Ø    |     |     | Ø   |      |     |     |     | Für 2020 musste aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentation erstellt werden. Im Jahr 2021 liegt im ersten Quartal eine gültige Dokumentation vor. Mit den Dokumentationen für 2022 und 2023 fehlen zwei FD in Folge. Der Fall hätte zum Datum der letzten Dokumentation im ersten Quartal in 2021 beendet werden müssen. Eine Korrektur der Erstmeldung betr. Ausgleichsjahr 2021 für alle Versichertentage aus dem Jahr 2022 war mit der erforderlichen Korrekturmeldung SA 110 zum 31.03.2023 (spätester Termin GKV-SV) bzw. 15.04.2023 (spätester Termin BAS) jedoch gar nicht möglich, da der Fall zum Korrekturtermin noch nicht beendet war (Ende der Übermittlungsfrist der im ersten Quartal 2023 erforderlichen Dokumentation: 22.05.2023). Dem Prüfdienst fällt die nachträglich fehlerhafte Teilnahme nicht auf, da er seiner Fallbewertung nur Dokumentationen aus dem Dreijahreszeitraum 2020 - 2022 zugrunde legt. Aus Sicht der Prüfdienstes wäre die gemeldete Teilnahme für das Ausgleichsjahr 2021 daher korrekt. Es käme zu keiner Beanstandung. |

|      | 2019                                          |     |     |     | 2020 |     |     |     | 2021 |     |     |     | 2022 |     |     |     | 2023 |     |     |     | Kommentar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|-----------------------------------------------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FALL | Q 1                                           | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Prüfjahr 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|      | <i>halbjährliches Dokumentationsintervall</i> |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 1    |                                               | X   |     | X   |      |     |     |     |      |     |     |     |      | Ø   |     | X   |      | X   |     | X   | 2020 und 2021 mussten aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentationen erstellt werden. Nur die erste FD in 2022 fehlt. Der Fall läuft weiter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2    |                                               | X   |     | X   |      |     |     |     |      |     |     |     |      | Ø   |     | Ø   |      | X   |     | X   | 2020 und 2021 mussten aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentationen erstellt werden. In 2022 fehlen zwei FD in Folge. Der Fall hätte bereits zur letzten Dokumentation im vierten Quartal in 2019 beendet werden müssen und die Erstmeldung aus 2022 betr. Ausgleichsjahr 2021 mit Korrekturmeldung SA 110 zum 31.03.2023 (spätester Termin GKV-SV) bzw. 15.04.2023 (spätester Termin BAS) korrigiert werden müssen, da der Beendigungstatbestand vorher nach Ende der Übermittlungsfrist der zweiten fehlenden Dokumentation am 22.02.2023 offensichtlich war. Für Ausgleichsjahr 2021 besteht daher kein Anspruch auf Zuweisung der Programmkostenpauschale. Die Zahlung der DMP-Programmkostenpauschale für 2020 ist (wie für 2022) nicht Gegenstand dieser Prüfung!                                           |
| 3    |                                               | X   |     | X   |      |     |     |     |      |     |     | X   |      | Ø   |     | Ø   |      | X   |     | X   | 2020 und 2021 mussten aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentationen erstellt werden. Die Dokumentation im vierten Quartal in 2021 zählt dennoch. In 2022 fehlen zwei FD in Folge. Der Fall hätte zur Dokumentation in 2021 beendet werden und eine Erstmeldung aus 2022 betr. Ausgleichsjahr 2021 für alle Versichertentage mit Korrekturmeldung SA 110 zum 31.03.2023 (spätester Termin GKV-SV) bzw. 15.04.2023 (spätester Termin BAS) korrigiert werden müssen, da der Beendigungstatbestand vorher nach Ende der Übermittlungsfrist der zweiten fehlenden Dokumentation am 22.02.2023 offensichtlich war. Für Ausgleichsjahr 2021 besteht daher nur Anspruch auf Zuweisung einer anteiligen Programmkostenpauschale. Die Zahlung der DMP-Programmkostenpauschale für 2022 ist nicht Gegenstand dieser Prüfung! |

|      | 2019                                      |     |     |     | 2020 |     |     |     | 2021 |     |     |     | 2022 |           |     |     | 2023 |     |     |     | Kommentar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|-------------------------------------------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FALL | Q 1                                       | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2       | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Prüfjahr 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|      | vierteljährliches Dokumentationsintervall |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     |     |      |           |     |     |      |     |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1    | X                                         | X   | X   | X   |      |     |     |     |      |     |     |     |      | X         | X   | X   | X    | X   | X   | X   | 2020 und 2021 mussten aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentationen erstellt werden. Nur die erste FD im ersten Quartal in 2022 fehlt. Der Fall läuft weiter.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2    | X                                         | X   | X   | X   |      |     |     |     |      |     |     |     | Ø    | Ø         | X   | X   | X    | X   | X   | X   | 2020 und 2021 mussten aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentationen erstellt werden. In 2022 fehlen mit den Dokumentationen für das erste und das zweite Quartal zwei FD in Folge. Der Fall hätte bereits zur letzten Dokumentation im vierten Quartal in 2019 beendet werden müssen und die Erstmeldung aus 2022 betr. Ausgleichsjahr 2021 mit Korrekturmeldung SA 110 zum 31.03.2023 (spätester Termin GKV-SV) bzw. 15.04.2023 (spätester Termin BAS) korrigiert werden müssen, da der Beendigungstatbestand vorher offensichtlich war. Für Ausgleichsjahr 2021 besteht daher kein Anspruch auf Zuweisung der Programmkostenpauschale. Die Zahlung der DMP-Programmkostenpauschale für 2020 ist (wie für 2022) nicht Gegenstand dieser Prüfung!                                                                                                                        |
| 3    | X                                         | X   | X   | X   |      |     |     |     |      |     |     | X   | Ø    | Ø         | X   | X   | X    | X   | X   | X   | 2020 und 2021 mussten aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentationen erstellt werden. Die Dokumentation im vierten Quartal 2021 zählt dennoch. In 2022 fehlen mit den Dokumentationen für das erste und das zweite Quartal zwei FD in Folge. Der Fall hätte zur Dokumentation im vierten Quartal in 2021 beendet werden und eine Erstmeldung aus 2022 betr. Ausgleichsjahr 2021 für alle Versichertentage mit Korrekturmeldung SA 110 zum 31.03.2023 (spätester Termin GKV-SV) bzw. 15.04.2023 (spätester Termin BAS) korrigiert werden müssen, da der Beendigungstatbestand vorher offensichtlich war. Für Ausgleichsjahr 2021 besteht daher nur Anspruch auf Zuweisung einer anteiligen Programmkostenpauschale. Die Zahlung der DMP-Programmkostenpauschale für 2022 ist nicht Gegenstand dieser Prüfung!                                                              |
| 4    | X                                         | X   | X   | X   |      |     |     |     |      |     |     |     | Ø    | Kündigung |     |     |      |     |     |     | 2021 musste aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentation erstellt werden. In 2022 fehlt die Dokumentation für das erste Quartal. Vor dem Ende des Dokumentationszeitraums der zweiten zu erstellenden Dokumentation im zweiten Quartal 2022 kündigt der Versicherte die Teilnahme <b>zu einem beliebigen Tag vor dem letzten Tag des Dokumentationszeitraums</b> , ohne dass für dieses Quartal eine Dokumentation erstellt wird. Da der Versicherte zum Zeitpunkt der Kündigung noch am DMP teilgenommen hat - die Nichterstellung der Dokumentationen in 2021 wirken sich auf die Fortsetzung der Teilnahme in 2022 nicht aus - ist für die Beendigung der Teilnahme das Datum der Kündigung des Versicherten (Eingangsdatum bei der Krankenkasse bzw. das vom Versicherten bestimmte Datum) maßgeblich. Der Fall ist für das Ausgleichsjahr 2021 nicht zu beanstanden. |

|      | 2019 |    |    |    | 2020 |    |    |    | 2021 |    |    |    | 2022                 |    |    |    | 2023 |    |    |    | Kommentar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|----------------------|----|----|----|------|----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FALL | Q 1  | Q2 | Q3 | Q4 | Q 1  | Q2 | Q3 | Q4 | Q 1  | Q2 | Q3 | Q4 | Q 1                  | Q2 | Q3 | Q4 | Q 1  | Q2 | Q3 | Q4 | Prüfjahr 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5    |      |    |    | X  |      |    |    |    |      |    |    |    | Kündigung und Ø Doku |    |    |    |      |    |    |    | 2021 musste aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentation erstellt werden. In 2022 fehlt die erste Dokumentation. Vor dem Ende des Dokumentationszeitraums der ersten zu erstellenden Dokumentation kündigt der Versicherte <b>zum letzten Tag des Dokumentationszeitraums</b> des ersten Quartals in 2022 die Teilnahme am DMP, ohne dass für dieses Quartal eine Dokumentation erstellt wird. Da die Nichterstellung der Dokumentationen in 2021 sich nicht auf die Fortsetzung der Teilnahme in 2022 auswirkt, ist für die Beendigung der Teilnahme das Datum der Kündigung des Versicherten (Eingangsdatum bei der Krankenkasse bzw. das vom Versicherten bestimmte Datum (hier 31.03.2022) maßgeblich. Der Fall ist für das Ausgleichsjahr 2021 nicht zu beanstanden |

|      | 2019                                      |     |     |     | 2020 |     |     |     | 2021 |     |     |     | 2022                 |                      |     |     | 2023 |     |     |     | Kommentar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|-------------------------------------------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|----------------------|----------------------|-----|-----|------|-----|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FALL | Q 1                                       | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Q 1                  | Q 2                  | Q 3 | Q 4 | Q 1  | Q 2 | Q 3 | Q 4 | Prüfjahr 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|      | vierteljährliches Dokumentationsintervall |     |     |     |      |     |     |     |      |     |     |     |                      |                      |     |     |      |     |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 6    |                                           |     |     | Ø   |      |     |     |     |      |     |     |     | Ø                    | Kündigung und Ø Doku |     |     |      |     |     |     | 2021 musste aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentation erstellt werden. In 2022 fehlt die erste Dokumentation. Vor dem Ende des Dokumentationszeitraums der ersten zu erstellenden Dokumentation kündigt der Versicherte <b>zum letzten Tag des Dokumentationszeitraum des zweiten Quartals 2022</b> die Teilnahme am DMP, ohne dass für dieses Quartal eine Dokumentation erstellt wird. In 2022 fehlen mit den Dokumentationen für das erste und das zweite Quartal zwei FD in Folge. Der Fall hätte zur letzten vorliegenden Dokumentation in 2019 beendet werden und eine Erstmeldung aus 2022 bezüglich Ausgleichsjahr 2021 für alle Versichertentage mit der Korrekturmeldung SA 110 zum 15.04.2023 (spätester Termin BAS) korrigiert werden müssen, da der Beendigungstatbestand zu diesem Zeitpunkt offensichtlich war. Für das Ausgleichsjahr 2021 besteht daher kein Anspruch auf Zuweisung der Programmkostenpauschale. Die Zahlung der DMP-Programmkostenpauschale für 2022 ist nicht Gegenstand dieser Prüfung! |
| 7    |                                           |     |     | Ø   |      |     |     |     |      |     |     |     | Kündigung und Ø Doku |                      |     |     |      |     |     |     | 2021 musste aufgrund der Corona-Sonderregelung keine Dokumentation erstellt werden. Vor dem Ende des Dokumentationszeitraums der ersten zu erstellenden Dokumentation kündigt der Versicherte <b>zum letzten Tag des Dokumentationszeitraum des ersten Quartals 2022</b> die Teilnahme am DMP, ohne, dass für dieses Quartal eine Dokumentation erstellt wird. Da die Nichterstellung der Dokumentation im 4. Quartal 2019 sowie der Dokumentationen in 2020 und 2021 sich nicht auf die Fortsetzung der Teilnahme in 2022 auswirkt, ist für die Beendigung der Teilnahme das Datum der Kündigung des Versicherten (Eingangsdatum bei der Krankenkasse bzw. das vom Versicherten bestimmte Datum (hier 31.03.2022) maßgeblich. Der Fall ist für das Ausgleichsjahr 2021 nicht zu beanstanden.                                                                                                                                                                                                                                            |

**B 0 Indikationsübergreifende TE/EWE**

B 0.1 gültig bis 31.03.2021

B 0.2 gültig ab 01.04.2021

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

B 1.1 gültig bis 31.03.2021

**B 2 TE/EWE Brustkrebs**

B 2.1 gültig bis 31.03.2021

**B 3 TE/EWE Koronare Herzkrankheit**

B 3.1 gültig bis 31.03.2021

**B 4 TE/EWE Asthma bronchiale**

B 4.1 gültig bis 31.03.2021

**B 5 TE/EWE Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

B 5.1 gültig bis 31.03.2021

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

☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit

☐ Asthma oder ☐ COPD

## Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

## Kostenträgerkennung

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

070DH

## Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

### 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

## 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzerklärung aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

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

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

T T M M I I I

Unterschrift des Versicherten

bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind 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 I I I

Unterschrift

Stempel Arzt





# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

## 2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

## 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

### 3.1 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 im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

### **3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?**

Die Krankenkasse führt 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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### **3.3 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 und an die mit der Evaluation beauftragte Institution 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.

### **3.4 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.

### **3.5 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. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

# 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 dem 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*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | COPD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vermeidung</b> von<br>– typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen<br>– Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können<br>– von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom<br>– Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung)<br><br><b>Senkung</b> Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos | <b>Senkung des Risikos</b> eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden<br><br><b>Erhaltung</b> Ihrer Belastungsfähigkeit. | <b>Vermeidung/Reduktion</b> von<br>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte)<br>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit<br>– unerwünschten Wirkungen der Therapie<br>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen<br><br>bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität<br><br><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit<br><br><b>Adäquate Behandlung von Begleiterkrankungen</b><br><br>Erlernen von <b>Selbstmanagementmaßnahmen</b> | <b>Vermeidung/Reduktion</b> von<br>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Krankheitszeichen, Verschlimmerungen sowie des Auftretens von Begleit- und Folgeerkrankungen<br>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des raschen Voranschreitens der Krankheit<br><br>bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie<br><br>Angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen<br><br><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit |

\* Bei Kindern im Alter von 1 bis 5 Jahren dient die Einschreibung der Kontrolle der Beschwerden, dabei lässt diese aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zu. Entsprechend werden mindestens einmal jährlich diese Symptome überprüft und eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale in Erwägung gezogen.

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

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie 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 rechtlichen Grundlagen werden in den Programmen auch nichtmedikamentöse Maßnahmen, wie z. B. die Tabakentwöhnung insbesondere bei Asthma und COPD sowie 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| – Diabetes Typ 2: Metformin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid)<br><br>– Diabetes Typ 1 und Typ 2: Insuline<br><br>– bei hohem Blutdruck: Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer<br><br>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) | – Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten<br><br>– ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt)<br><br>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)<br><br>– Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS). | <b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:<br><br>– Glukokortikosteroide (zum Inhalieren)<br><br>– inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (bei Erwachsenen und in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden bei Kindern ab 4 Jahren)<br><br>– Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (bei Kindern und Jugendlichen)<br><br>– Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (bei Kindern und Jugendlichen) | <b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:<br><br>– lang wirksame Anticholinergika<br>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika<br>– Kombination lang wirksamer Anticholinergika und lang wirksamer Beta-2-Sympathomimetika<br><br><b>Im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):<br><br>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika<br><br>– kurz wirksame Anticholinergika |

| Diabetes Typ 1 und 2                                                                                                                                                                     | Koronare Herzkrankheit | Asthma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | COPD                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| – zur Linderung von Beschwerden infolge der diabetischen Nervenschädigungen: Antidepressiva und Antiepileptika, soweit diese auch für die Schmerztherapie zugelassen sind, sowie Opioide |                        | <p>Im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich <b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn akute Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)</li> <li>– systemische Glukokortikosteroide</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika</li> <li>– Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)</li> </ul> | – eine Kombination aus kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika |

### Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen am entsprechenden DMP teilnehmenden 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 (z. B. Rauchen bei Asthma oder COPD) 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.***









070EH

## Krankenhaus-IK

- ☐ Diabetes mellitus Typ 1    ☐ Koronare Herzkrankheit    ☐ Asthma    ☐ Brustkrebs    ☐ Depression    ☐ Rheumatoide Arthritis  
oder                      oder                      oder

☐ Diabetes mellitus Typ 2    ☐ Herzinsuffizienz    ☐ COPD    ☐ Rückenschmerz    ☐ Osteoporose

## 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

## 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzerklärung aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

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

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung 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/des Versicherten  
bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/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 Ärztin/Arzt



# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und 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 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und der Ärztin/des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

## 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrer koordinierenden Ärztin/Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

### 3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihre Ärztin/Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

### **3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?**

Die Krankenkasse führt die von Ihrer Ärztin/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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### **3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?**

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und 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 und an die mit der Evaluation

beauftragte Institution 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.

### **3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?**

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärztinnen und 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. Ihre Ärztin/Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

### **3.5 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 Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

# Strukturiertes Behandlungsprogramm

## Eine Information für Patientinnen und Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, gut mit Ihrer Krankheit und mit eventuellen 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!

### Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

Dafür bietet Ihre Krankenkasse die besondere Versorgung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, über das wir Sie nachfolgend informieren möchten. Das Programm Ihrer Krankenkasse umfasst:

- **Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,**
- **Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und**
- **aktive Mitwirkung durch Sie,**
- **Koordination Ihrer Behandlung,**
- **kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten,**
- **aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse.**

### Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme hohen Qualitätsanforderungen. Es werden nur solche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen. Die Anforderungen an die Behandlungsprogramme sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und insbesondere in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

### Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihr oder ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen empfehlen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen sowie Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Sie legen gemeinsam mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele fest und wirken aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mit.

Das Programm sieht insbesondere regelmäßige Wiedervorstellungstermine vor. Nehmen Sie diese wahr und tragen Sie damit aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Zur Unterstützung Ihrer Selbstmanagementkompetenz dient die regelmäßige Dokumentation.

### Koordination Ihrer Behandlung

Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung und berät und unterstützt Sie in allen Fragen. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Pro-

gramm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

### **Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität**

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer Krankenkasse andererseits, Ihnen anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse“). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme. Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können.

Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

### **Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse**

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Dazu erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse insbesondere zu Beginn der Teilnahme nochmals spezifische Informationen zu Ihrer Erkrankung. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zur Verfügung. 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 Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder die Praxis Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt ggf. die Betreuung im Programm durch die beauftragte regionale Krankenkasse dieser Kassenart.

### **Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?**

- 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 eine koordinierende Ärztin oder einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme am Programm und Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Ausgenommen hiervon sind die gleichzeitige Teilnahme an den unterschiedlichen DMP für

- Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale und COPD,
- Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2.

### **Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

Ihre aktive Mitwirkung 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 von Ihrer Ärztin oder Ihrem 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 Ihrer Ärztin oder 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.

Sofern Sie am DMP Brustkrebs teilnehmen, endet Ihre Teilnahme automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben.

***Ihre Krankenkasse und Ihre koordinierende Ärztin oder Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.***



# Erklärung Diabetes mellitus

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus

☐ Typ 1      oder      ☐ Typ 2

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

010FH

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.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

### 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

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

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten  
bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

\_\_\_\_\_

### – 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.

|              |              |
|--------------|--------------|
| Unterschrift | Stempel Arzt |
|--------------|--------------|





# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

## 2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

## 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

### 3.1 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 im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.



### **3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?**

Die Krankenkasse führt 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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### **3.3 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 und an die mit der Evaluation beauftragte Institution 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.

### **3.4 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.

### **3.5 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. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

# Strukturierte Behandlungsprogramme

## Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele sind:

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

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) 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, Raucherberatung, Steigerung der körperlichen Aktivität,
- Stoffwechselselbstkontrolle,
- Schulungen, deren Inhalte sich an Ihren Therapiezielen ausrichten,
- medikamentöse Therapie.

Aufgrund der im gesetzlichen Auftrag erarbeiteten Grundlagen werden in den Programmen bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur medikamentösen Behandlung genannt. Sofern deren Einnahme medizinisch notwendig wird, sollen diese aufgrund ihrer nachgewiesenen Effektivität und Sicherheit im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden. Dazu gehören beispielsweise:

#### ■ Zur Senkung des Blutzuckers:

*Diabetes mellitus Typ 2:*

Metformin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid),

*Diabetes mellitus Typ 1 und 2:*

Insuline.

#### ■ Zur Senkung des Blutdrucks:

Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer.

#### ■ Zur Beeinflussung des Fettstoffwechsels bei erhöhtem Risiko eines Schlaganfalls, eines Herzinfarkts oder bei Vorliegen einer arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK):

Statine.

#### ■ Zur Linderung von Beschwerden, die durch Nervenschädigungen infolge des Diabetes hervorgerufen werden:

Antidepressiva und Antiepileptika, soweit sie auch für die Schmerztherapie zugelassen sind, sowie Opioide.

### **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. 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.***







# 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 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

## 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

### 3.1 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 im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.



### **3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?**

Die Krankenkasse führt 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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### **3.3 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 und an die mit der Evaluation beauftragte Institution 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.

### **3.4 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.

### **3.5 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. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.



# 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. sollte die brusterhaltende Operation – unter Berücksichtigung der Kontraindikationen – die bevorzugte Operationsmethode sein,
- 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 in den ersten drei Jahren vierteljährlich, im vierten und fünften Jahr halbjährlich und anschließend jährlich mindestens eine körperliche Untersuchung. Einmal jährlich findet die Röntgenuntersuchung der Brust statt. Die Nachsorge 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. 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 abhängig von Ihrer individuellen Situation mindestens viertel-, halb- bzw. jährlich ein zusätzliches Beratungsgespräch mit Ihnen, in dem er Ihren persönlichen 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). 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.

### **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 sogenannte histologische Sicherung liegt bei Ihnen nicht länger als zehn 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 zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses 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 beispielsweise 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.***

# Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten  
Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

## Krankenhaus-IK

[illegible]

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

## Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

## Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

030DH

## Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

[illegible]

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

## 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

## 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzerklärung aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

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

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

T T M M I I I

Unterschrift des Versicherten

bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– 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 | | |

Unterschrift

Stempel Arzt



# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

## 2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

## 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

### 3.1 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 im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.



### **3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?**

Die Krankenkasse führt 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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### **3.3 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 und an die mit der Evaluation beauftragte Institution 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.

### **3.4 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.

### **3.5 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. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

## 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.



### **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.***





# Erklärung Asthma

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

0500H

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.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

### 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweise aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

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

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung 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 zu 1. und 2.

### – 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

## 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 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

### 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

#### 3.1 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 im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

### **3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?**

Die Krankenkasse führt 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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### **3.3 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 und an die mit der Evaluation beauftragte Institution 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.

### **3.4 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.

### **3.5 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. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

# 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:

- 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 körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
  - einem Voranschreiten der Krankheit,
  - unerwünschten Wirkungen der Therapie,
  - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen
- bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität.
- Reduktion der asthmabedingten Sterblichkeit
- Adäquate Behandlung von Begleiterkrankungen
- Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

Bei Kindern im Alter von 1 bis 5 Jahren dient die Einschreibung der Kontrolle der Beschwerden, dabei lässt diese aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zu. Entsprechend werden mindestens einmal jährlich diese Symptome überprüft und eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale in Erwägung gezogen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie 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 **medikamentösen** Behandlung genannt, deren positiver Effekt und deren Sicherheit erwiesen sind und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören:

Medikamente zur Dauertherapie:

| Dauertherapie bei Erwachsenen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Dauertherapie bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– inhalative Glukokortikosteroide (zur Basistherapie)</li> <li>– inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (als Erweiterung der Basistherapie)</li> </ul> und in begründeten Fällen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– langwirksame Anticholinergika</li> <li>– systemische Glukokortikosteroide</li> <li>– Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten</li> <li>– Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)</li> <li>– Antikörper</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– niedrig dosierte inhalative Glukokortikosteroide (zur Basistherapie)</li> <li>– Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (alternativ zu o.g. inhalativen Glukokortikosteroiden, in begründeten Fällen)</li> <li>– höher dosierte inhalative Glukokortikosteroide (als Erweiterung der Basistherapie)</li> <li>– Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten</li> <li>– inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (als Erweiterung der Basistherapie bei Kindern ab 4 Jahren)</li> </ul> und in begründeten Fällen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– systemische Glukokortikosteroide</li> <li>– Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)</li> <li>– Antikörper</li> </ul> |



### Medikamente der Bedarfstherapie/Anfallstherapie:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) 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 akute asthmatische Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind.

Weitere wichtige **nichtmedikamentöse** 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 (z. B. Rauchen, Passivrauchen, Allergene, emotionale Belastung, ggf. andere Arzneimittel) 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 am DMP Asthma bronchiale teilnehmenden 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 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 Versicherter einer Krankenkasse, 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,
- 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.***



**Erklärung COPD****zur Teilnahme an einem strukturierten  
Behandlungsprogramm für COPD**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

0600H

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.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

**2. Einwilligungserklärung:**

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

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

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung 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 zu 1. und 2.

**– 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

25.05.2018 DSGVO COPD

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

# Erklärung COPD

**zur Teilnahme an einem strukturierten  
Behandlungsprogramm für COPD**

060DH

## Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

[illegible]

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

[illegible]

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

[illegible]

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

[illegible]

### 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

## 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweisung aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

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

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung 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 zu 1. und 2.

– 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

## Krankenhaus-IK

[illegible]

## 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 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

### 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

#### 3.1 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 im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

### **3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?**

Die Krankenkasse führt 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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### **3.3 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 und an die mit der Evaluation beauftragte Institution 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.

### **3.4 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.

### **3.5 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. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

# 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 ggf. 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:

– Vermeidung/Reduktion von

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

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

– Reduktion der COPD-bedingten Sterblichkeit

– Angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen.

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
- Kombination von lang wirksamem Anticholinergikum und lang wirksamem Beta-2-Sympathomimetikum

und in begründeten Fällen:

- inhalative Glukokortikosteroide (bei schwerer und sehr schwerer COPD)
- Roflumilast für Patienten mit schwerer und sehr schwerer COPD mit Krankheitszeichen wie Auswurf und Husten
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- mukoaktive Substanzen (bei häufigen Exazerbationen)

Medikamente der Bedarfstherapie:

- kurz wirksames Beta-2-Sympathomimetikum
- kurz wirksames Anticholinergikum
- Kombination aus kurz wirksamem 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.

Wichtige nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen sind u. a. die Teilnahme an strukturierten COPD-Schulungen und die Bereitstellung weiterer Informationen, wodurch Sie besser über Ihre individuelle Behandlung mitentscheiden können. Dazu gehört auch die Aufklärung über Faktoren, die eine COPD auslösen und wie Sie diese am besten vermeiden können, zum Beispiel durch Tabakentwöhnung sowie 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 wann 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)**

Stand: 17.01.2019

*Der indikationsübergreifende Datensatz wurde hinsichtlich des prüfrelevanten Zeitraums weiterhin mit Beschlüssen des G-BA vom*

*18.04.2019 (Aufnahme Indikation Chronischer Rückenschmerz),*

*15.08.2019 (Aufnahme Indikation Depression)*

*16.01.2020 (Aufnahme Indikation Osteoporose)*

*18.03.2021 (Aufnahme Indikation Rheumatoide Arthritis)*

*geändert. Die Änderungen betrafen jedoch lediglich die Aufnahme der jeweils neuen Indikation unter der lfd. Nr. 10, Dokumentationsparameter „Einschreibung wegen“ des Datensatzes. Da im Prüfzeitraum noch keine Einschreibungen in neue Indikationen erfolgt sind, wurde auf eine Wiedergabe der aktuelleren Datensätze daher verzichtet.*

#### **C 0.1.1 Ausfüllanleitung zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz**

Stand 29.10.2018 (Version 6)

*Die Ausfüllanleitung wurde hinsichtlich des prüfrelevanten Zeitraums mit Datum vom 17.12.2020 (Version 7) geändert. Neben der Aufnahme der neuen Indikationen beinhaltet die aktualisierte Ausfüllanleitung jedoch keine für die Prüfung wesentlichen Änderungen. Da im Prüfzeitraum noch keine Einschreibungen in neue Indikationen erfolgt sind, wurde auf eine Wiedergabe der aktuelleren Ausfüllanleitung daher verzichtet.*

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

#### **C 1.1 Indikationsspezifische Dokumentation DM 1 und DM 2 (bis 30.06.2021)**

##### **C 1.1.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2**

Stand 08.06.2017

#### **C 1.2 Indikationsspezifische Dokumentation DM 1 und DM 2 (ab 01.07.2021)**

##### **C 1.2.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2**

Stand 16.02.2021

### **C 2 Brustkrebs (BK)**

#### **C 2.1 Erst- und Folge-Dokumentation BK**

##### **C 2.1.1 Ausfüllanleitung zur Erst- und Folge-Dokumentation BK - Stand 26.04.2018**

### **C 3 Koronare Herzkrankheit (KHK)**

#### **C 3.1 Indikationsspezifische Dokumentation KHK (bis 31.03.2021)**

##### **C 3.1.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz KHK - Stand 24.05.2017**

#### **C 3.2 Indikationsspezifische Dokumentation KHK (ab 01.04.2021)**

##### **C 3.2.1 Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz KHK - Stand 19.11.2020**



**C 4            Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1)**

C 4.1            Indikationsspezifische Dokumentation DM 1 und DM 2 (bis 30.06.2021)  
s. Anlage C 1.1

C 4.1.1          Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2  
Stand 08.06.2017      - s. Anlage C.1.1.1

C 4.2            Indikationsspezifische Dokumentation DM 1 und DM 2 (ab 01.07.2021)  
s. Anlage C. 1.2

C 4.2.1          Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz DM 1 und DM 2  
Stand 16.02.2021      - s. Anlage C.1.2.1

**C 5            Asthma bronchiale**

C 5.1            Indikationsspezifische Dokumentation Asthma bronchiale

C 5.1.1          Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz Asthma bronchiale  
Stand 29.10.2018

**C 6            Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

C 6.1            Indikationsspezifische Dokumentation COPD

C 6.1.1          Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz COPD - Stand 26.04.2017

### Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

| 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/chronische Herzinsuffizienz                                                         |
| 11                                   | (weggefallen) <sup>1) 2)</sup>                                  |                                                                                                                                                                |
| 12                                   | Geschlecht                                                      | Männlich/Weiblich/Unbestimmt/Divers                                                                                                                            |
| Allgemeine Anamnese- und Befunddaten |                                                                 |                                                                                                                                                                |
| 13                                   | Körpergröße                                                     | m                                                                                                                                                              |
| 14                                   | Körpergewicht                                                   | kg                                                                                                                                                             |
| 15                                   | Blutdruck <sup>3)</sup>                                         | mm Hg                                                                                                                                                          |
| 16                                   | Raucher <sup>4)</sup>                                           | 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) (weggefallen)

2) (weggefallen)

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

4) Diese Angabe ist ab dem 12. Lebensjahr verpflichtend und bei jüngeren Kindern nur optional auszufüllen.

**Ausfüllanleitung**  
**zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz**  
**für die strukturierten Behandlungsprogramme**  
**KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und 2,**  
**Asthma bronchiale und COPD**

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| Gültig ab:                     | 01.04.2019 |
| Stand der letzten Bearbeitung: | 29.10.2018 |
|                                | Version 6  |

# 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 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 erfolgen. Alternativ können die Daten in einigen Regionen auch online (z.B. auf einem Server der Datenstelle) erfasst oder aber über den Postversand eines Datenspeichers, wie etwa einer CD-ROM, übermittelt werden.

**Bitte beachten Sie, dass für die Weiterleitung der Daten und die gültige Teilnahme Ihres Patienten es zwingend erforderlich ist, dass zusätzlich zur vollständigen Erstdokumentation die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von Ihnen beiden unterschrieben und unmittelbar an die zuständige Datenstelle oder Krankenkasse übermittelt wurde.** Dabei ist sicherzustellen, dass alle drei Ausfertigungen die jeweils notwendigen Unterschriften von Ihnen und dem Patienten tragen (Bei Ausdruck aus der PVS: drei Seiten mit Originalunterschriften, bei Verwendung der Formularvordrucke: Erste Seite mit Originalunterschriften, zweite und dritte Seite als Durchschlag). Neben dem Exemplar, das an die Datenstelle zu versenden ist, erhält ein Exemplar der Patient und ein Exemplar verbleibt bei Ihnen in der Patientenakte.

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.

## **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 teilnehmen, sowie bei allen Teilnehmern, die an mindestens einem der übrigen DMP teilnehmen, 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**

Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ist die Angabe optional. Bei allen anderen Patienten ist die Angabe 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.



## Anlage 8 Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation

| Lfd. Nr.                         | Dokumentationsparameter                                                                                                          | Ausprägung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anamnese- und Befunddaten</b> |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1                                | HbA1c-Wert                                                                                                                       | Wert in %/mmol/mol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2                                | Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung                                                                                          | Nicht untersucht/Nein/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2a                               | eGFR                                                                                                                             | ml/min/1,73m <sup>2</sup> KOF/Nicht bestimmt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3                                | Fußstatus                                                                                                                        | 1. Pulsstatus: unauffällig/auffällig/nicht untersucht<br>2. Sensibilitätsprüfung: unauffällig/auffällig/nicht untersucht<br>3. weiteres Risiko für Ulcus: Fußdeformität/Hyperkeratose mit Einblutung/ Z. n. Ulcus/ Z. n. Amputation/ja/nein/nicht untersucht<br>4. Ulkus: oberflächlich/ tief/nein/nicht untersucht<br>5. (Wund)Infektion: ja/nein/nicht untersucht“ |
| 3a                               | Injektionsstellen (bei Insulintherapie)                                                                                          | Unauffällig/Auffällig/Nicht untersucht                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 3b                               | Intervall für künftige Fußinspektionen (bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr)                        | Jährlich/alle 6 Monate/alle 3 Monate oder häufiger                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4                                | Spätfolgen                                                                                                                       | Diabetische Nephropathie/Diabetische Neuropathie/Diabetische Retinopathie                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Relevante Ereignisse</b>      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5                                | Relevante Ereignisse <sup>2)</sup>                                                                                               | Nierenersatztherapie/Erblindung/Amputation/ Herzinfarkt/Schlaganfall/Keine der genannten Ereignisse                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6                                | Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation <sup>3)</sup>                                                               | Anzahl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 7                                | Nur bei Diabetes mellitus Typ 1:<br>Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation | Anzahl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 8                                | Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation                                       | Anzahl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Medikamente</b>               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 9                                | Nur bei Diabetes mellitus Typ 2:<br>Insulin oder Insulin-Analoga                                                                 | Ja/Nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 10                               | Nur bei Diabetes mellitus Typ 2:<br>Glibenclamid                                                                                 | Ja/Nein/Kontraindikation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                           |                                                                                                      |                                                                                         |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                                                                                                      |                                                                                         |
| 11                        | Nur bei Diabetes mellitus Typ 2:<br>Metformin                                                        | Ja/Nein/Kontraindikation                                                                |
| 12                        | Nur bei Diabetes mellitus Typ 2:<br>Sonstige antidiabetische Medikation <sup>4)</sup>                | Ja/Nein                                                                                 |
| 13                        | Thrombozytenaggregationshemmer                                                                       | Ja/Nein/Kontraindikation/orale Antikoagulation                                          |
| 14                        | Betablocker                                                                                          | Ja/Nein/Kontraindikation                                                                |
| 15                        | ACE-Hemmer                                                                                           | Ja/Nein/Kontraindikation/AT1-<br>Rezeptorantagonisten                                   |
| 16                        | HMG-CoA-Reduktase-Hemmer                                                                             | Ja/Nein/Kontraindikation                                                                |
| 17                        | Thiaziddiuretika, einschließlich Chlor-<br>thalidon                                                  | Ja/Nein/Kontraindikation                                                                |
| <b>Schulung</b>           |                                                                                                      |                                                                                         |
| 18                        | Schulung empfohlen (bei aktueller<br>Dokumentation)                                                  | Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine                                             |
| 18a                       | Schulung schon vor Einschreibung<br>ins DMP bereits wahrgenommen <sup>5)</sup>                       | Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine                                             |
| 19                        | Empfohlene Schulung(en)<br>wahrgenommen                                                              | Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter<br>Dokumentation keine Schulung empfohlen |
| <b>Behandlungsplanung</b> |                                                                                                      |                                                                                         |
| 20                        | HbA1c-Zielwert                                                                                       | Zielwert erreicht/Zielwert noch nicht erreicht                                          |
| 21                        | Ophthalmologische<br>Netzhautuntersuchung seit der<br>letzten Dokumentation                          | Durchgeführt/Nicht durchgeführt/Veranlasst                                              |
| 22                        | Behandlung/Mitbehandlung<br>in einer für das Diabetische<br>Fußsyndrom qualifizierten<br>Einrichtung | Ja/Nein/Veranlasst                                                                      |
| 23                        | diabetesbezogene<br>stationäre Einweisung                                                            | Ja/Nein/Veranlasst                                                                      |

<sup>1</sup> Angabe des schwerer betroffenen Fußes.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

<sup>4</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß Richtlinien-Text hingewiesen werden.

<sup>5</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

**Ausfüllanleitung**

**zum indikationsspezifischen Datensatz**

**für die strukturierten Behandlungsprogramme**

**Diabetes mellitus Typ 1 und 2**

Stand der letzten Bearbeitung: 08-06-2017  
Version 5.1

## Anamnese- und Befunddaten

### HbA1C-Wert

Die Angabe ist verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

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

Die Angabe ist verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

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

Die Angabe ist verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

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“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulcus“, „Ulcus“ und „(Wund)Infektion“ sind nur dann verpflichtend, wenn Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat. Bei jüngeren Patienten sind die Angaben optional.

Hat Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet, muss jedoch zu jedem Fragekomplex eine Angabe erfolgen.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, muss nur der schwerer betroffene Fuß dokumentiert werden.

#### Pulsstatus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob der Pulsstatus auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „unauffällig“ nur dann an, wenn an beiden Füßen keine Auffälligkeit besteht.

Sollten Sie den Pulsstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

#### Sensibilitätsprüfung

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob die Sensibilitätsprüfung auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist zulässig.

Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z.B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest).

Bitte geben Sie „unauffällig“ nur dann an, wenn an beiden Füßen keine Auffälligkeit besteht.

Sollten Sie die Sensibilitätsprüfung nicht durchgeführt haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

### Weiteres Risiko für Ulcus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob ein weiteres Risiko für die Entstehung eines Ulcus besteht. Hierzu zählen die Fußdeformität, die Hyperkeratose mit Einblutung, der Zustand nach einem vorherigen Ulcus und auch der Zustand nach einer Amputation (z. B. des Vorfußes). Mehrfachangaben sind möglich. Bitte beachten Sie bei Mehrfachnennungen, dass neben der Angabe „nicht untersucht“ oder „nein“ keine weitere Angabe gemacht werden kann.

Bitte geben Sie „nein“ nur dann an, wenn an beiden Füßen kein Risiko für ein Ulcus besteht.

Sollten Sie das Ulcus-Risiko nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

### Ulcus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob ein Ulcus besteht.

Bei Vorliegen eines Ulcus ist genau eine Angabe zur Beschaffenheit des Ulcus - „oberflächlich“ oder „tief“ - erforderlich. Bei Vorliegen mehrerer Ulzerationen ist der schwerste Befund zu dokumentieren. Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, ist nur der schwerer betroffene Fuß zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „nein“ nur dann an, wenn an beiden Füßen kein Ulcus besteht.

Sollten Sie das Vorhandensein eines Ulcus nicht untersucht haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

### (Wund)Infektion

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob eine (Wund)Infektion an einem oder beiden Füßen vorliegt. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „nein“ nur dann an, wenn an beiden Füßen keine (Wund)Infektion besteht.

Sollten Sie die Füße nicht auf das Vorliegen von (Wund)Infektionen untersucht haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

### Injektionsstellen (bei Insulintherapie)

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. Genau eine Angabe ist zulässig.

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.

### Intervall der künftigen Fußinspektion(en)

Die Angabe ist verpflichtend bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Genau eine Angabe ist zulässig.

Je nach Risiko-Status ist mindestens einmal jährlich eine Untersuchung beider Füße (ggf. der Amputationsstümpfe) durchzuführen. Bei Patienten mit erhöhtem Risiko soll die Prüfung häufiger erfolgen.

Anhand der folgenden Kriterien ist die künftige Frequenz der Fußinspektion, einschließlich Kontrolle des Schuhwerks, festzulegen:

|                                                                                                                                                                                                                    |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Keine sensible Neuropathie                                                                                                                                                                                         | Mindestens jährlich         |
| sensible Neuropathie                                                                                                                                                                                               | Mindestens alle 6 Monate    |
| sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Risiken wie Fußdeformitäten (ggf. infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z.n. Ulcus, Z.n. Amputation | alle 3 Monate oder häufiger |

## 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:

- **Diabetische 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. Bei Verwendung von Kombinationspräparaten oder Kombinationstherapien geben Sie bitte jeweils die einzelnen Wirkstoffe an (z. B. „Metformin“ und zusätzlich eine Angabe bei „sonstige antidiabetische Medikation“).

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.) Genau eine Angabe ist zulässig. 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 antidiabetische Medikation**

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

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, der GLP-1-Rezeptoragonisten 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 schon vor Einschreibung in ein DMP bereits wahrgenommen

Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient bereits vor seiner Teilnahme am DMP an einer Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung teilgenommen hat. Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- b) Schulungsmaßnahmen, die den Patienten durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt haben, auf der Basis eigener Entscheidungen den Diabetes und/oder die arterielle Hypertonie bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen des Diabetes und/oder der arteriellen Hypertonie zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie bitte an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt wurde(n). Eine erneute Teilnahme an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine Schulung wahrgenommen, dokumentieren Sie dies bitte mit der Angabe „Keine“.

### 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 sowohl zur Diabetes-Schulung als auch zur Hypertonie-Schulung genau 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. Genau eine Angabe ist zulässig.

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 einschließlich einer Netzhautuntersuchung in Mydriasis in Abhängigkeit vom Risikoprofil ein- oder zweijährlich 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 aufgrund des Vorliegens eines Diabetischen Fußsyndroms für Ihren Patienten eine Behandlung bzw. Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst haben, geben Sie dies bitte hier an. Die alleinige Angabe „ja“ erfolgt auch dann, wenn Sie selbst zur Gruppe der für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Ärzte gehören und den Patienten daher nicht überweisen, sondern selber behandeln.

Eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung ist mindestens erforderlich bei:

Fuß-Läsionen Wagner/Armstrong A 2-5, B 2-5, C 1-5 und D 1-5 und/oder bei Verdacht auf Charcot-Fuß und/oder bei fehlender Wundheilung. D.h. bei oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulcera (mit oder ohne (Wund)Infektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß.

### **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.

## Anlage 8 Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation

| Lfd. Nr.                         | Dokumentationsparameter                                                                                   | Ausprägung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anamnese- und Befunddaten</b> |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1                                | HbA1c-Wert                                                                                                | Wert in %/mmol/mol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1a                               | Nur bei Diabetes mellitus Typ 1:<br>Pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio                                 | Ja/ Nein/ Nicht untersucht                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2                                | Nur bei Diabetes mellitus Typ 2:<br>Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung                               | Nicht untersucht/ Nein/ Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2a                               | eGFR                                                                                                      | ml/min/1,73m <sup>2</sup> KOF / Nicht bestimmt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 3                                | Fußstatus <sup>1)</sup>                                                                                   | 1. Pulsstatus <sup>6)</sup> : unauffällig/ auffällig/ nicht untersucht<br>2. Sensibilitätsprüfung <sup>6)</sup> : unauffällig/ auffällig/ nicht untersucht<br>3. weiteres Risiko für Ulcus: Fußdeformität/Hyperkeratose mit Einblutung/ Z. n. Ulcus/ Z. n. Amputation/ ja/ nein/ nicht untersucht<br>4. Ulkus: oberflächlich/ tief/nein/nicht untersucht<br>5. (Wund)Infektion: ja/ nein/ nicht untersucht“ |
| 3a                               | Injektionsstellen (bei Insulintherapie)                                                                   | Unauffällig/ Auffällig/ Nicht untersucht                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3b                               | Intervall für künftige Fußinspektionen (bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) | Jährlich/ alle 6 Monate/ alle 3 Monate oder häufiger                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4                                | Spätfolgen                                                                                                | Diabetische Nephropathie/ Diabetische Neuropathie/ Diabetische Retinopathie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Relevante Ereignisse</b>      |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5                                | Relevante Ereignisse <sup>2)</sup>                                                                        | Nierenersatztherapie/ Erblindung/ Amputation/ Herzinfarkt /Schlaganfall/ Keine der genannten Ereignisse                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 6                                | Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation <sup>3)</sup>                                        | Anzahl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7                                | (weggefallen)                                                                                             | (weggefallen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                           |                                                                                                          |                                                                                        |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                         | Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation <sup>3)</sup> | Anzahl                                                                                 |
| <b>Medikamente</b>        |                                                                                                          |                                                                                        |
| 9                         | Nur bei Diabetes mellitus Typ 2:<br>Insulin oder Insulin-Analoga                                         | Ja/ Nein                                                                               |
| 10                        | Nur bei Diabetes mellitus Typ 2:<br>Glibenclamid                                                         | Ja/ Nein/ Kontraindikation                                                             |
| 11                        | Nur bei Diabetes mellitus Typ 2:<br>Metformin                                                            | Ja/ Nein/ Kontraindikation                                                             |
| 12                        | Nur bei Diabetes mellitus Typ 2:<br>Sonstige antidiabetische Medikation <sup>4)</sup>                    | Ja/ Nein                                                                               |
| 13                        | Thrombozytenaggregationshemmer                                                                           | Ja/ Nein/ Kontraindikation/ orale Antikoagulation                                      |
| 14                        | Betablocker                                                                                              | Ja/ Nein/ Kontraindikation                                                             |
| 15                        | ACE-Hemmer                                                                                               | Ja/ Nein/ Kontraindikation/ ARB                                                        |
| 16                        | HMG-CoA-Reduktase-Hemmer                                                                                 | Ja/ Nein/ Kontraindikation                                                             |
| 17                        | Thiaziddiuretika, einschließlich Chlor-thalidon                                                          | Ja/ Nein/ Kontraindikation                                                             |
| <b>Schulung</b>           |                                                                                                          |                                                                                        |
| 18                        | Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)                                                         | Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung/ Keine                                         |
| 18a                       | Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen <sup>5)</sup>                              | Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung/ Keine                                         |
| 19                        | Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen                                                                     | Ja/ Nein/ War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen |
| <b>Behandlungsplanung</b> |                                                                                                          |                                                                                        |
| 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                                                    | Ja/ Nein/ Veranlasst                                                                   |

|    |                                        |                      |
|----|----------------------------------------|----------------------|
|    | Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung  |                      |
| 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.
- 5) Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen. Die Angabe „Ja“ soll erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Einschreibung von einem hinreichenden Schulungsstand auszugehen ist.
- 6) Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung notwendig. Diese Befunde sind in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren. Die Angabe „nicht untersucht“ soll nur erfolgen, wenn der Status nicht bekannt ist, weil keine Untersuchung stattgefunden hat.

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für die strukturierten Behandlungsprogramme**  
**Diabetes mellitus Typ 1 und 2**

Stand der letzten Bearbeitung: 16.02.2021  
Version 6

## Anamnese- und Befunddaten

### HbA1C-Wert

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Bitte geben Sie hier den Echtwert, also den laut Labor bei Ihrer Patientin oder 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 bitte den ganzzahligen Wert im Feld „mmol/mol“ ohne Nachkommastelle an.

### Pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 1** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Die Bestimmung der AKR muss jährlich erfolgen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll die Untersuchung nach fünf Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.

Als pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio ist ein Wert größer 30mg/g Albumin/Kreatinin zu bewerten. Geben Sie in diesem Fall bitte „Ja“ an.

Grundsätzlich müssen erstmalig pathologische Befunde nach ca. 2 bis 4 Wochen wiederholt werden.

Wurde dieser Wert nicht ermittelt, geben Sie bitte „Nicht untersucht“ an.

### Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

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

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. Geben Sie in diesem Fall bitte „Ja“ an.

Wenn dieser Wert nicht untersucht wurde, geben Sie bitte „Nicht untersucht“ an.

### eGFR

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Sofern Sie die eGFR bestimmt haben, geben Sie den ganzzahligen Wert bitte ohne Nachkommastelle in „ml/min/1,73m<sup>2</sup> KOF“ an. Sollten Sie die eGFR nicht bestimmt haben, ist hier eine Angabe bei „nicht bestimmt“ zu machen.



## Fußstatus

Regelmäßig bzw. bei 5 Jahren Diabetesdauer mindestens einmal jährlich erfolgen Inspektion und Palpation beider Füße hinsichtlich Hautstatus, Muskelatrophie, Deformitäten, und Temperatur sowie die Untersuchung des Schuhwerks. Es soll auch nach Hyperkeratosen, Mykosen und Fußdeformitäten gesucht werden.

Die jeweiligen Angaben zu den Fragekomplexen „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulcus“, „Ulcus“ und „(Wund)Infektion“ sind nur dann **verpflichtend**, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient **das 18. Lebensjahr vollendet** hat. Bei **jüngeren Patientinnen und Patienten** sind die Angaben **optional**.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet, muss jedoch zu jedem Fragekomplex eine Angabe erfolgen.

Sollte an **beiden Füßen** eine Schädigung vorliegen, muss **nur der schwerer betroffene Fuß** dokumentiert werden. Es muss zu jedem Parameter, d.h. „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulcus“, „Ulcus“ und „(Wund)Infektion“ jeweils eine Angabe gemacht werden.

### Pulsstatus

Geben Sie bitte **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, an, ob der Pulsstatus auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „**unauffällig**“ nur dann an, wenn **an beiden Füßen keine Auffälligkeit** besteht.

Sollten an beiden Füßen Schädigungen vorliegen, müssen im Weiteren nur Befunde des schwerer betroffenen Fußes dokumentiert werden.

Bitte geben Sie „**auffällig**“ an, wenn an mindestens einem Fuß Auffälligkeiten des Pulsstatus bestehen.

Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung an dem betroffenen Fuß notwendig. Diese Befunde sind bis zu einer Befundänderung z. B. nach rekonstruktiven Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ungestörten Durchblutung in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ an, wenn der Pulsstatus an beiden Füßen nicht untersucht wurde.

### Sensibilitätsprüfung

Geben Sie bitte **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, an, ob die Sensibilitätsprüfung auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „**unauffällig**“ nur dann an, wenn **an beiden Füßen keine Auffälligkeit besteht**.

Sollten an beiden Füßen Schädigungen vorliegen, müssen im Weiteren nur Befunde des schwerer betroffenen Fußes dokumentiert werden.

Bitte geben Sie „**auffällig**“ an, wenn an mindestens einem Fuß eine Sensibilitätsstörung besteht. Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z.B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest).

Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung an dem betroffenen Fuß notwendig. Diese Befunde sind bis zu einer Befundänderung in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ an, wenn eine Sensibilitätsprüfung an beiden Füßen nicht durchgeführt wurde.

### **Weiteres Risiko für Ulcus**

Geben Sie bitte **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben**, an, ob ein weiteres Risiko für die Entstehung eines Ulcus besteht. Hierzu zählen die Fußdeformität, die Hyperkeratose mit Einblutung, der Zustand nach einem vorherigen Ulcus und auch der Zustand nach einer Amputation (z. B. des Vorfußes). Mehrfachangaben sind möglich. Bitte beachten Sie bei Mehrfachnennungen, dass neben der Angabe „nicht untersucht“ oder „nein“ keine weitere Angabe gemacht werden kann.

Sollten an beiden Füßen Auffälligkeiten oder Schädigungen vorliegen, müssen im Weiteren nur Befunde des schwerer betroffenen Fußes dokumentiert werden.

Bitte geben Sie „nein“ an, wenn an beiden Füßen kein Risiko für ein Ulcus besteht.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ an, wenn die Untersuchung auf Ulcus-Risiken an beiden Füßen nicht durchgeführt wurde.

### **Ulkus**

Geben Sie bitte bei **allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben**, an, ob ein Ulkus besteht. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bei Vorliegen eines Ulkus ist genau eine Angabe zur Beschaffenheit des Ulkus -„oberflächlich“ oder „tief“- erforderlich. Bei Vorliegen mehrerer Ulzerationen ist der schwerste Befund zu dokumentieren.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, ist nur der schwerer betroffene Fuß zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „nein“ an, wenn an beiden Füßen kein Ulkus besteht.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ an, wenn Sie das Vorhandensein eines Ulkus an beiden Füßen nicht untersucht haben.

### **(Wund)Infektion**

Geben Sie bitte **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben**, an, ob eine (Wund)Infektion an einem oder beiden Füßen vorliegt. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „nein“ an, wenn an beiden Füßen keine (Wund)Infektion besteht.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ nur dann an, wenn Sie das Vorliegen von (Wund)Infektionen an beiden Füßen nicht untersucht haben.

## Injektionsstellen (bei Insulintherapie)

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 1 sowie bei Patientinnen und Patienten mit einer Insulintherapie bei Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

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 „Nicht untersucht“ an.

## Intervall für künftige Fußinspektionen

Die Angabe ist **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Je nach Risiko-Status ist mindestens einmal jährlich eine vollständige Untersuchung beider Füße (ggf. der Amputationsstümpfe) durchzuführen. Bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko soll die Prüfung häufiger erfolgen.

Anhand der folgenden Kriterien ist die künftige Frequenz der Fußinspektion, einschließlich Kontrolle des Schuhwerks, festzulegen:

| Befund(e)                                                                                                                                                                                                          | Untersuchungs-Intervall     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Keine sensible Neuropathie                                                                                                                                                                                         | Mindestens jährlich         |
| sensible Neuropathie                                                                                                                                                                                               | Mindestens alle 6 Monate    |
| sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Risiken wie Fußdeformitäten (ggf. infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z.n. Ulcus, Z.n. Amputation | alle 3 Monate oder häufiger |

Bitte geben Sie an, ob Sie beabsichtigen, die nächste Fußinspektion „Jährlich“, „alle 6 Monate“ oder „alle 3 Monate oder häufiger“ durchzuführen. Das Untersuchungs-Intervall kann von dem Dokumentations-Intervall abweichen.

## Spätfolgen

Die Angabe ist optional. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

Machen Sie bitte hier eine Angabe, wenn bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eine oder mehrere der aufgeführten Spätfolgen vorliegen.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Diabetische Nephropathie:** Diabetes-bedingte Nierenschädigung mit pathologischer Albuminausscheidung (> 30 mg/24 Stunden bzw. 20 mg/l Urin) oder pathologischer Albumin-Kreatinin-Ratio (> 30 mg Albumin/g Kreatinin) mit oder ohne Verminderung der glomerulären Filtrationsrate.
- **Diabetische Neuropathie:** Sensomotorische Polyneuropathie und/oder autonome diabetische Neuropathie.
- **Diabetische Retinopathie:** Funduskopisch nachgewiesene nicht proliferative oder proliferative diabetische Retinopathie und/oder diabetische Makulopathie..

## Relevante Ereignisse

### Relevante Ereignisse

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

Bitte geben Sie an, ob bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten 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 neu eingetretene Ereignisse seit der letzten Dokumentation** zu berücksichtigen.

Geben Sie bitte „Keine der genannten Ereignisse“ an, wenn zum Zeitpunkt der Erstdokumentation kein Ereignis bestanden hat oder – im Falle einer Folgedokumentation- im Zeitraum zwischen der letzten Dokumentation (Erst- oder Folgedokumentation ) bis zur aktuellen Folgedokumentation kein neues Ereignis eingetreten ist.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nierenersatztherapie:** Hier ist die Dialyse gemeint.
- **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 Fußsyndromes 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 notfallmäßige Behandlung 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 notfallmäßigen 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 jeder Wirkstoffgruppe eine Angabe. Bitte geben Sie bei einem „Nein“ - wo möglich - zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen den Wirkstoff zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig. Bei Verwendung von Kombinationspräparaten oder Kombinationstherapien geben Sie bitte jeweils die einzelnen Wirkstoffe an (z. B. „Metformin“ und zusätzlich eine Angabe bei „Sonstige antidiabetische Medikation“).

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.) Genau eine Angabe ist zulässig. Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn 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. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachangaben sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Glibenclamid durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von Glibenclamid zurückzuführen ist. 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. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachangaben sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Metformin durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von Metformin zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### Sonstige antidiabetische Medikation

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

Glibenclamid und Metformin gehören als Monotherapie zu den vorrangig zu verordnenden oralen Antidiabetika. Sollte Ihre Patientin oder Ihr Patient andere bzw. weitere orale Antidiabetika erhalten, ist dies hier zu dokumentieren. Hierzu zählen z.B. Präparate aus der Gruppe der Alpha-Glukosidasehemmer, der Glitazone oder Glinide, der GLP-1-Rezeptoragonisten sowie Acarbose und Glimepirid.

Wenn Ihre Patientin oder 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. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, 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 die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers zurückzuführen ist 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. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **ACE-Hemmer**

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmers (hierzu zählt auch der ACE-Hemmer-Husten) zurückzuführen ist und/oder die Gabe eines ARB erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **HMG-CoA-Reduktase-Hemmer**

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins zurückzuführen ist. 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.

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie hier an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient Thiaziddiuretika erhält. Hier ist ebenfalls die Gabe von Chlorthalidon zu erfassen.

Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von Thiaziddiuretika oder Chlorthalidon zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## Schulung

### Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich. Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient bereits vor ihrer bzw. seiner Teilnahme am DMP an einer Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung teilgenommen hat.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- b) Schulungsmaßnahmen, die Ihre Patientin oder Ihren Patienten durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt haben, auf der Basis eigener Entscheidungen den Diabetes und/oder die arterielle Hypertonie bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen des Diabetes und/oder der arteriellen Hypertonie zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie bitte an, welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt wurde(n), wobei auch für beide Schulungen gleichzeitig Angaben gemacht werden können. Eine erneute Teilnahme an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine Diabetes- oder Hypertonie-Schulung wahrgenommen, dokumentieren Sie dies bitte mit der Angabe „Keine“.

### Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Wenn Sie Ihrer Patientin oder 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) (Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung) durchgeführt werden soll(en).

Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus. In diesem Fall geben Sie bitte erneut an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) (Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung) empfohlen wurde.

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie bitte „Keine“ an.

## Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

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

Bitte machen Sie sowohl zur Diabetes-Schulung als auch zur Hypertonie-Schulung genau eine Angabe.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient seit der letzten Dokumentation an einer Schulung teilgenommen, machen Sie bitte die Angabe „Ja“.

War die Teilnahme an einer Schulung innerhalb des Dokumentationszeitraums aus nachvollziehbaren Gründen nicht möglich, geben Sie hier bitte „War aktuell nicht möglich“ an. Solche Gründe können z.B. fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt der Patientin oder des Patienten oder private Gründe sein. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten.

Sollte Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patient bei der vorherigen Dokumentation mindestens eine Schulung empfohlen haben, aber die Patienten oder der Patient die empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „Nein“ an. Bitte beachten Sie: Diese Angabe kann bei wiederholter Angabe zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ an.

Die Angaben „Ja“, „War aktuell nicht möglich“ und „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ führen nicht zum Ausschluss der Patientin oder des Patienten aus dem Programm.

## Behandlungsplan

### HbA1c-Zielwert

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation der Patientin oder 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 seit der letzten Dokumentation

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachangaben sind möglich.

Die Angaben zur Netzhautuntersuchung beziehen sich ausschließlich rückblickend auf den Zeitraum seit der letzten Dokumentation, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.

Eine Netzhautuntersuchung ist in Mydriasis in Abhängigkeit vom Risikoprofil ein- oder zweijährlich durchzuführen.



Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll die Untersuchung nach fünf Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.

Geben Sie bitte an, ob die Untersuchung seit der letzten Dokumentation „Durchgeführt“, „Nicht durchgeführt“ oder von Ihnen „Veranlasst“ wurde.

### **Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung ist mindestens erforderlich bei:

Fuß-Läsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulcera (mit oder ohne (Wund)Infektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß.

Die Angabe „Ja“ soll erfolgen, wenn eine Behandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierte Einrichtung erfolgt oder wenn Sie selbst zur Gruppe der für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Ärzte gehören und die Patientin oder den Patienten daher nicht überweisen, sondern selber behandeln.

Sollten Sie aufgrund des Vorliegens eines Diabetischen Fußsyndroms für Ihre Patientin oder Ihren Patienten eine Behandlung bzw. Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst haben, geben Sie dies bitte mit „Veranlasst“ an.

Sollte keine Behandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierte Einrichtung erfolgen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

### **Diabetesbezogene stationäre Einweisung**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn bei Ihrer Patientin oder ihrem Patienten eine stationäre Einweisung auf Grund des Diabetes erfolgt ist. Erfolgte keine stationäre Einweisung, geben Sie bitte „Nein“ an. Sollten Sie eine stationäre Behandlung wegen des Diabetes veranlasst haben, geben Sie bitte „Veranlasst“ an.

2. Die Anlage 4 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

#### „Anlage 4 Brustkrebs - Dokumentation

Die Dokumentation im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs erfolgt nach folgenden Vorgaben:

| Brustkrebs – Erstdokumentation                                                   |                                                                                      |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 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                                 |
| Einschreibung                                                                    |                                                                                      |                                            |
| Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein. |                                                                                      |                                            |
| 10                                                                               | Primärtumor<br>Datum der histologischen Sicherung                                    | TT.MM.JJJJ                                 |
| 11                                                                               | Kontralateraler Brustkrebs<br>Datum der histologischen Sicherung                     | TT.MM.JJJJ                                 |
| 12                                                                               | Lokoregionäres Rezidiv<br>Datum der histologischen Sicherung                         | TT.MM.JJJJ                                 |
| 13                                                                               | Fernmetastasen<br>Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen <sup>1</sup> | TT.MM.JJJJ                                 |

<sup>1</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen muss eines der Felder 10 bis 12 zumindest mit einer Jahreszahl ausgefüllt werden.

|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/ eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 23 auszufüllen. |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 24 und 25 auszufüllen.                                         |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 14                                                                                                                    | Operative Therapie                                                                                                                                                                     | BET / Mastektomie / Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / OP geplant <sup>2</sup> / OP nicht geplant (Mehrfachnennung möglich)                                                              |
| Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses                                                |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 15                                                                                                                    | TNM-Klassifizierung                                                                                                                                                                    | (p) Pathologisch (postoperativ) / (c) Klinisch / (yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie                                                                                                                       |
| 16                                                                                                                    | T                                                                                                                                                                                      | X / Tis <sup>3</sup> / 0 / 1 / 2 / 3 / 4                                                                                                                                                                                            |
| 17                                                                                                                    | N                                                                                                                                                                                      | X / 0 / 1 / 2 / 3                                                                                                                                                                                                                   |
| 18                                                                                                                    | M                                                                                                                                                                                      | 0 / 1                                                                                                                                                                                                                               |
| 19                                                                                                                    | Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) <sup>4</sup>                                                                                     | Positiv / Negativ / Unbekannt                                                                                                                                                                                                       |
| Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses                                                            |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 20                                                                                                                    | Aktuelle adjuvante endokrine Therapie <sup>5</sup>                                                                                                                                     | Aromataseinhibitoren / Tamoxifen / Andere / Keine / Endokrine Therapie geplant                                                                                                                                                      |
| 21                                                                                                                    | Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie <sup>6</sup>                                                                                                               | Nein / nicht belastend / mäßig belastend / stark belastend / nicht erfragt                                                                                                                                                          |
| 22                                                                                                                    | Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie <sup>7</sup>                                                                                                                            | Vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen / Regulär nach fünf Jahren abgeschlossen / Aktuell andauernd, seit weniger als 5 Jahren / Aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus / Keine endokrine Therapie durchgeführt |
| 23                                                                                                                    | Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund <sup>8</sup> | Auffällig/Unauffällig/Unbekannt                                                                                                                                                                                                     |
| Befunde und Therapie von Fernmetastasen                                                                               |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |

<sup>2</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Im Falle einer präoperativen Einschreibung müssen die fehlenden Daten der Erstdokumentation nachgeliefert werden.

<sup>3</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Tis beinhaltet nur DCIS-Fälle.

<sup>4</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Verweis auf Remmele et al. 1987

<sup>5</sup> Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: Nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

<sup>6</sup> Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: Nur bei endokriner Therapie auszufüllen

<sup>7</sup> Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: Nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

<sup>8</sup> Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: Nur bei AI-Therapie auszufüllen

|                  |                                                               |                                                                                                                     |
|------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24               | Lokalisation von Fernmetastasen                               | Knochen / viszeral / ZNS / Andere<br>(Mehrfachnennung möglich)                                                      |
| 25               | Therapie bei Knochenmetastasen <sup>9</sup>                   | a) Bisphosphonate: Ja / Nein /<br>Kontraindikation<br>b) Denosumab: Ja / Nein / Kontraindikation                    |
| Sonstige Befunde |                                                               |                                                                                                                     |
| 26               | Symptomatisches Lymphödem                                     | Ja, Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich/<br>Ja, keine Kompressionsarmstrumpftherapie<br>erforderlich / Nein |
| 27               | Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training<br>abgegeben | Ja/ Nein                                                                                                            |
| 28               | Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie <sup>10</sup>  | Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin)/<br>Trastuzumab/ links thorakale Bestrahlung/<br>Unbekannt/ Nein            |
| 29               | Körpergröße                                                   | cm                                                                                                                  |
| 30               | Körpergewicht                                                 | kg                                                                                                                  |

<sup>9</sup> Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei Knochenmetastasen (Feld 25) auszufüllen

<sup>10</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Im Falle aktuell noch laufender Therapien sind diese ebenfalls zu dokumentieren.

| Brustkrebs – Folgedokumentation                                                                                |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 erfolgte wegen                                                                                                                                              | Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses / Lokoregionären Rezidivs / Fernmetastasen                                                                                                                                                 |
| Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/ kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie) |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 11                                                                                                             | Aktuelle adjuvante endokrine Therapie <sup>11</sup>                                                                                                                       | Aromataseinhibitor / Tamoxifen / Andere / Keine / Endokrine Therapie geplant                                                                                                                                                           |
| 12                                                                                                             | Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie <sup>12</sup>                                                                                                 | Nein / nicht belastend / mäßig belastend / stark belastend / nicht erfragt                                                                                                                                                             |
| 13                                                                                                             | Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation <sup>13</sup>                                                                               | Vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen / Regulär nach fünf Jahren abgeschlossen / Aktuell andauernd, seit weniger als fünf Jahren / Aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus / Keine endokrine Therapie durchgeführt |
| 14                                                                                                             | Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund | Auffällig/Unauffällig/Unbekannt                                                                                                                                                                                                        |
| Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse                                                     |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                        |

<sup>11</sup> Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

<sup>12</sup> Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei endokriner Therapie auszufüllen

<sup>13</sup> Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen



|                                                                                                    |                                                                                            |                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15                                                                                                 | Lokoregionäres Rezidiv<br>(Datum der histologischen Sicherung)                             | TT.MM.JJJJ / Nein                                                                                                  |
| 16                                                                                                 | Kontralateraler Brustkrebs<br>(Datum der histologischen Sicherung)                         | TT.MM.JJJJ / Nein                                                                                                  |
| 17                                                                                                 | Lokalisation von Fernmetastasen<br>(Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen) | TT.MM.JJJJ / Knochen / viszeral / ZNS / Andere / Nein<br>(Mehrfachnennung möglich)                                 |
| 18                                                                                                 | Biopsische Sicherung der viszeralen Metastasen <sup>14</sup>                               | Ja / nein / geplant                                                                                                |
| 19                                                                                                 | Symptomatisches Lymphödem                                                                  | Ja, Kompressionsarmstrumpfpftherapie erforderlich / Ja, keine Kompressionsarmstrumpfpftherapie erforderlich / Nein |
| Sonstige Befunde                                                                                   |                                                                                            |                                                                                                                    |
| 20                                                                                                 | Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben                                 | Ja/ Nein                                                                                                           |
| 21                                                                                                 | Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie <sup>15</sup>                               | Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin)/ Trastuzumab/ linksthorakale Bestrahlung/ Unbekannt/ Nein                  |
| 22                                                                                                 | Körpergröße                                                                                | cm                                                                                                                 |
| 23                                                                                                 | Körpergewicht                                                                              | kg                                                                                                                 |
| Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/ Fernmetastasen) <sup>16</sup> |                                                                                            |                                                                                                                    |
| 24                                                                                                 | Therapie bei Knochenmetastasen                                                             | a) Bisphosphonate: Ja / Nein / Kontraindikation<br>b) Denosumab: Ja / Nein / Kontraindikation                      |

- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals in Kraft. Gleichzeitig tritt Teil B – I. Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen mit Brustkrebs der DMP-Richtlinie in der Fassung vom 16.02.2012 (BAnz AT 18.07.2012 B3), zuletzt geändert am 20.11.2014 (BAnz AT 06.01.2015 B1) außer Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 20. April 2017

<sup>14</sup> Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei viszeralen Metastasen (Feld 18) auszufüllen

<sup>15</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Im Falle aktuell noch laufender Therapien sind diese ebenfalls zu dokumentieren.

<sup>16</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Zeile-25 sind nur auszufüllen, wenn eine fortgeschrittene Erkrankung bereits besteht oder neu festgestellt wurde.

# ***Ausfüllanleitung zur Erst- und Folgedokumentation im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs***

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| Stand der letzten Bearbeitung: | 26.04.2018 |
|                                | Version 3  |
| Anzuwenden ab                  | 01.10.2018 |

# 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 10 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 der 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,

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL



wenn in Abschnitt 2 (Anamnese und Behandlungsstatus) die Angabe zu Ziffer 2.1 „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ lautet und im Weiteren sich die Angaben in im Abschnitt 3 „aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebs“ auf die klinische Befunde beziehen. Nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind ausschließlich die Angaben zu Ziffer 2.1 sowie zu Abschnitt 3 (Ziffer 3.1. – 3.5) und 4 innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation auf einem weiteren Erstdokumentationsbogen zu aktualisieren. Die übrigen Abschnitte sind nicht erneut auszufüllen.

Füllen Sie aus verarbeitungstechnischen Gründen bitte auch nicht nochmals den Abschnitt 6 „sonstige Befunde“ 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. Bitte beachten Sie dabei auch, dass eine solche Erstdokumentation nicht die regelhafte Folgedokumentation ersetzen kann.

### *In welchem Rhythmus sind die Dokumentationen zu erstellen?*

Die Dokumentation sollte nach Möglichkeit bei jedem Nachsorgetermin erstellt werden. Entsprechend den Ausführungen in der DMP-Anforderungen-Richtlinie gilt hierzu folgendes:

Die Dokumentation erfolgt bei Patientinnen mit einer Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines kontralateralen Brustkrebses oder eines lokoregionären Rezidivs innerhalb der ersten fünf Jahre nach histologischer Sicherung mindestens jedes zweite Quartal.

Tritt innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach histologischer Sicherung kein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs) auf, erfolgt die Dokumentation ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal.

Tritt ein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs) während oder nach Ablauf der ersten 5 Jahre nach Sicherung des Erstbefundes auf, muss die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung des jeweils neu aufgetretenen Ereignisses wiederum mindestens jedes zweite Quartal erfolgen.

Abweichend davon werden Patientinnen mit Einschreibung wegen Fernmetastasen oder mit im Verlauf einer bestehenden Teilnahme auftretender Fernmetastasen über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert.

Bei allen teilnehmenden Patientinnen können im individuellen Fall kürzere Abstände gewählt werden. So kann auch unabhängig von der Erkrankungsdauer bzw. dem Grund der Einschreibung eine Dokumentation jedes zweite Quartal oder quartalsweise erstellt werden.

### *Was ist bei einer Neuerkrankung während einer bereits bestehenden Teilnahme zu beachten?*

Wie oben beschrieben, ändert sich in Abhängigkeit von dem Auftreten eines neuen Ereignisses während der bestehenden Teilnahme das Dokumentationsintervall. Tritt ein neues Ereignis nach Ablauf des 5. Jahres nach Sicherung der Erstdiagnose eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses auf, so wechselt das Dokumentationsintervall von mindestens jedes vierte Quartal (bzw. einmal jährlich) auf mindestens jedes zweite Quartal. Um fehlende Dokumentationen und damit ggf. eine Beendigung der Teilnahme Ihrer Patientin zu vermeiden, ist es daher unbedingt erforderlich, dass jedes neue Ereignis während einer bestehenden Teilnahme zeitnah zur histologischen Sicherung, spätestens bei der nächsten fälligen Dokumentation, mittels einer vollständigen Folgedokumentation an die Krankenkasse gemeldet wird. Damit wird die Krankenkasse u. a. in die Lage versetzt, Sie und Ihre Patientin an anstehende Dokumentationstermine zu erinnern.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

*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.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

### 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 (Dokumentationsfeld 10 – 13\*)**

##### **2. Anamnese und Behandlung des Primärtumors/konterlateralen Brustkrebses (Dokumentationsfeld 14\*)**

##### **3. Aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (Dokumentationsfeld 15 – 19\*)**

##### **4. Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (Dokumentationsfeld 20- 23\*)**

##### **5. Befunde und Therapie von Fernmetastasen (Dokumentationsfeld 24 – 25\*)**

##### **6. Sonstige Befunde (Dokumentationsfeld 26 – 30\*)**

##### **7. 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.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte

### Erstdokumentation

#### 1 *Einschreibung*

Voraussetzung für die Einschreibung ist

- der histologische Nachweis eines Brustkrebses (Primärtumor oder kontralateraler Brustkrebs) 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.

Gültig sind daher nur Datumsangaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung eines **Primärtumors zeitlich vor** dem Datum der histologischen Sicherung eines **kontralateralen Brustkrebses** und / oder eines **lokoregionären Rezidivs** und / oder **von Fernmetastasen** liegt bzw. die Datumsangaben gleich sind.

Nicht gültig sind somit Angaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nach dem Datum der histologischen Sicherung eines kontralateralen Brustkrebses bzw. eines lokoregionären Rezidivs oder von Fernmetastasen 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 6 (Sonstige Befunde) sowie 7 (Datum) sind davon unabhängig immer auszufüllen.

#### 1.1 *Einschreibung auf Grund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses*

(Dokumentationsfeld 10 und 11\*)

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebses** ist das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. In diesen Fällen ist der Verbleib der Patientin im Programm zunächst zeitlich auf 10 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 strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 10 Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises des kontralateralen Brustkrebses möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 3 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation).

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

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 6)
- erforderlich. Der Abschnitt 5 (Befunde und Therapie von Fernmetastasen) muss frei bleiben.

## **1.2 Einschreibung auf Grund eines lokoregionären Rezidivs**

### **(Dokumentationsfeld 12\*)**

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **lokoregionären Rezidivs**, ist ebenfalls das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. Auch hier ist der Verbleib der Patientin im Programm zunächst zeitlich auf 10 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 weiteres lokoregionäres Rezidiv während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 10 Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises des neu aufgetretenen lokoregionären Rezidivs möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 3 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation).

Ist die histologische Sicherung eines **lokoregionären Rezidivs der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund** dürfen Sie im Weiteren nur Angaben zu den Parametern des Abschnittes 6 „Sonstige Befunde“ machen.

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

## **1.3 Einschreibung auf Grund von Fernmetastasen**

### **(Dokumentationsfeld 13\*)**

Ist der Grund der Einschreibung das Vorliegen von Fernmetastasen, gelten die Fernmetastasen immer als primärer Einschreibegrund, unabhängig von dem Datum der diagnostischen Sicherung. Neben dem Datum der Sicherung der Fernmetastasen ist zusätzlich auch mindestens das Datum der histologischen Sicherung der Erstmanifestation des Primärtumors 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 zeitlich unbefristet 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 5) sowie
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 6) erforderlich.

Die Abschnitte 2, 3 und 4 müssen dann frei bleiben.

Die Dokumentation erfolgt bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund von Fernmetastasen, oder, wenn im Verlauf einer bestehenden Teilnahme Fernmetastasen auftreten, über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## **2 Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses**

Die Angaben zu der folgenden Ziffer 2.1 sind nur dann erforderlich und zulässig, 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 Operative Therapie**

#### **(Dokumentationsfeld 14\*)**

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind 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. Für die Fälle, in denen davon auszugehen ist, dass zunächst keine operative Therapie durchgeführt werden soll, kreuzen Sie bitte „**OP nicht geplant**“ an. In beiden Fällen müssen sich in Abschnitt 3 die Angaben zu den Felder 15 – 18 auf den klinischen Befund beziehen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Daten zu Abschnitt 3 und 4 innerhalb von vier Wochen nach einer erfolgter OP nachträglich zu aktualisieren sind (siehe hierzu auch die Ausführungen zur präoperativen Einschreibung auf Seite 4). Dabei ersetzt diese Aktualisierung nicht die regelhafte Folgedokumentation!

Wenn die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist, ist keine weitere Angabe zu den übrigen Antwortmöglichkeiten dieses Dokumentationsfeldes möglich. Alle übrigen Angaben können sowohl alleine stehen als auch miteinander kombiniert werden.

Sollte bereits eine operative Therapie durchgeführt worden sein, geben Sie die Art der erfolgten operativen Therapie an. Sofern es sich bei der durchgeführten operativen Therapie weder um eine BET oder Mastektomie noch um eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie oder Axilläre Lymphonodektomie handelt, geben Sie bitte „Anderes Vorgehen“ an. In allen Fällen sind im Weiteren die Angaben im kompletten Abschnitt 3 (Dokumentationsfeld 15 - 19) erforderlich und müssen sich auf den postoperativen Befund beziehen.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

### 3 Aktueller Befundstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 3.1 – 3.8 sind nur dann erforderlich und zulässig, 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. Alle Angaben sollen sich daher auf die zur Einschreibung führende Diagnose beziehen.

#### 3.1 TNM-Klassifizierung

(Dokumentationsfeld 15\*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier an, ob sich die nachfolgenden Angaben zur TNM-Klassifikation (Ziffer 3.2 - 3-4) auf das Ergebnis klinischer Untersuchungen („c“), eines chirurgischen Eingriffs und histopathologischen Untersuchungen („p“) oder einem chirurgischen Eingriff und histopathologischer Untersuchung nach vorangegangener neoadjuvanter Therapie („yp“) beziehen.

Sofern Sie in Ziffer 2.1 „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ angegeben haben, ist hier nur die Angabe „(c) Klinisch“ zulässig.

|     |          |                                         |
|-----|----------|-----------------------------------------|
| 3.2 | <i>T</i> | } <b>Angaben zur TNM-Klassifikation</b> |
| 3.3 | <i>N</i> |                                         |
| 3.4 | <i>M</i> |                                         |

(Dokumentationsfelder 16 – 18\*)

Bitte machen Sie hier Angaben zum Tumorbefund. Sollten Ihnen die Angaben nicht vorliegen bzw. unbekannt sein, können Sie hilfsweise in Ziffer 3.2 und 3.3 „X“ angeben.

Unter der Angabe „Tis“ ist hier nur ein DCIS, nicht aber ein LCIS anzugeben.

Es ist jeweils nur eine Angabe je Ausprägung möglich.

#### 3.5 Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score (IRS))

(Dokumentationsfeld 19\*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier den Befund zum Hormonrezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron) an.

Die Befundeinteilung richtet sich dabei nach dem Immunreaktiven Score (IRS) nach Remmele et al 1987<sup>1</sup>.

Sollte der Status nicht bekannt sein (z. B. weil noch keine OP erfolgt ist), geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

Sofern der Hormonrezeptorstatus positiv ist, sind im Weiteren die Angaben in Abschnitt 4 (Dokumentationsfeld 20 – 23) verpflichtend.

<sup>1</sup> Der IRS berechnet sich als die Punktwerte aus dem Anteil der positiven Zellkerne (0 - 4 Punkte) multipliziert mit den Punktwerten aus der Beurteilung der Farbtintensität (0 – 3 Punkte). Es ergibt sich so ein Punktwert zwischen 0 – 12. Der Hormonrezeptorstatus gilt als positiv, wenn der IRS > 1 ist.  
Ergeben sich aus der Score-Bewertung zu Östrogen und Progesteron unterschiedliche Ergebnisse, ist der Befund des höheren Scores zu dokumentieren.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## **4 Behandlung des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses**

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich und zulässig, 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 sowie in Abhängigkeit eines in Ziffer 3.5 dokumentierten positiven Hormonrezeptorstatus (Dokumentationsfeld 19). Sofern der Hormonrezeptorstatus negativ ist oder aber bei der TNM-Klassifizierung eine Metastase dokumentiert wurde (Dokumentationsfeld 18 = 1), ist hier keine Angabe zulässig.

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten, die mindestens fünf Jahre fortgeführt wird. Zum Einsatz kommen für das jeweilige Anwendungsgebiet geprüfte und zugelassene Wirkstoffe unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen sowie individueller Risiken und Komorbiditäten. Aus diesem Grund werden in diesem Abschnitt die aktuelle adjuvante Therapie (4.1), deren Nebenwirkungen (4.2) sowie die Dauer der Therapie (4.3) erfragt.

### **4.1 Aktuelle adjuvante endokrine Therapie**

**(Dokumentationsfeld 20\*)**

Eine Angabe ist erforderlich, sofern in Ziffer 3.5 der Hormonrezeptorstatus als „positiv“ dokumentiert wurde. Wurde der Hormonrezeptorstatus als „unbekannt“ dokumentiert, ist die Angabe optional. Nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier die Art der aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) stattfindenden adjuvanten Therapie an.

Sofern aktuell eine adjuvante Therapie stattfindet, sind im Weiteren Angaben zu Ziffer 4.2 und 4.3 erforderlich.

Sofern eine Therapie mit einem Aromataseinhibitor durchgeführt wird, ist darüber hinaus auch eine Angabe zu Ziffer 4.4 erforderlich.

Zur Behandlung werden sowohl Tamoxifen als auch Aromataseinhibitoren (z.B. Anastrozol, Letrozol, Exemestan) eingesetzt. Sofern eine Therapie mit anderen Wirkstoffen durchgeführt wird, geben Sie bitte „Andere“ an.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch keine adjuvante endokrine Therapie stattfinden aber bereits geplant sein, geben Sie bitte „Endokrine Therapie geplant“ an. In diesem Fall ist **keine Angabe** zu Ziffer 4.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) zulässig.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung weder eine Therapie stattfinden noch geplant sein, geben Sie bitte „Keine“ an. In diesem Fall ist im Weiteren **keine Angabe** zu Ziffer 4.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) möglich.

### **4.2 Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie**

**(Dokumentationsfeld 21\*)**

Eine Angabe ist erforderlich sofern in Ziffer 4.1 eine adjuvante endokrine Therapie dokumentiert ist; nur eine Angabe ist möglich.

Sofern aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) bei Ihrer Patientin eine adjuvante endokrine Therapie durchgeführt wird, sollte regelmäßig auf Nebenwirkungen geachtet werden. Es sollten regelmäßig mögliche Nebenwirkungen und die Belastung durch die Nebenwirkungen bei der Patientin erfragt werden.

Bitte geben Sie hier an, ob Sie mögliche Nebenwirkungen der Therapie erfragt haben. Ist dies der Fall, geben Sie bitte an, als wie belastend die Nebenwirkungen der Therapie eingeschätzt werden.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL



Bestehen zwar Nebenwirkungen, diese werden aber nicht als belastend empfunden, geben Sie bitte „nicht belastend“ an. Weitere Ausprägungen der Belastung durch die Nebenwirkung sind „mäßig belastend und „stark belastend“.

Bestehen keine Nebenwirkungen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Wurden die Nebenwirkungen der Therapie nicht erfragt, so geben Sie bitte „nicht erfragt“ an.

### **4.3 Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie**

#### **(Dokumentationsfeld 22\*)**

Eine Angabe ist erforderlich, sofern in Ziffer 3.5 der Hormonrezeptorstatus als „positiv“ dokumentiert wurde; nur eine Angabe ist möglich.

Eine adjuvante endokrine Therapie erfolgt in der Regel über eine Dauer von 5 Jahren. Bitte geben Sie hier den zeitlichen Verlauf der bisherigen adjuvanten Therapie an.

Wurde eine adjuvante endokrine Therapie zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung bereits beendet, geben Sie bitte an, ob sie „vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen“ wurde oder aber „regulär nach fünf Jahren abgeschlossen“ wurde.

Dauert die Therapie aktuell noch an, geben Sie bitte an, ob sie „aktuell andauernd, weniger als fünf Jahre“ oder „aktuelle andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus“ erfolgt.

Wurde bzw. wird keine endokrine Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte auch an („Keine endokrine Therapie durchgeführt“).

### **4.4 Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromatasainhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund**

#### **(Dokumentationsfeld 23\*)**

Eine Angabe ist nur dann erforderlich und zulässig, sofern in Ziffer 4.1 eine Therapie mit Aromataseinhibitoren dokumentiert ist. Sofern keine Therapie mit Aromataseinhibitoren dokumentiert ist, ist eine Angabe nicht zulässig; nur eine Angabe ist möglich.

Bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren soll eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.

Bitte geben Sie hier den Befund der DXA an.

Sofern keine DXA durchgeführt wurde oder der Befund nicht bekannt ist, geben Sie bitte „unbekannt“ an.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## **5 Befunde und Therapie von Fernmetastasen**

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich und zulässig, 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.

### **5.1 Lokalisation von Fernmetastasen**

**(Dokumentationsfeld 24\*)**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

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

### **5.2 Therapie bei Knochenmetastasen**

**(Dokumentationsfeld 25\*)**

Eine Angabe ist nur dann erforderlich und zulässig, sofern in Ziffer 5.1 die Angabe „Knochen“ dokumentiert ist. Ist dies nicht der Fall, können die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Bitte machen Sie jeweils eine Angabe zu

- a) Bisphosphonaten und
- b) Denosumab

Die Angabe „Nein“ kann jeweils gleichzeitig mit „Kontraindikation“ angegeben werden.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## **6 Sonstige Befunde**

**Die Angaben zu diesem Abschnitt sind - unabhängig von dem zur Einschreibung führenden Befund, dem operativen Status oder einer andauernden bzw. abgeschlossen endokrinen Therapie - für alle Patientinnen zwingend erforderlich.**

### **6.1 Symptomatisches Lymphödem**

**(Dokumentationsfeld 26\*)**

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin aktuell ein symptomatisches Lymphödem vorliegt und ob eine Behandlung mittels Kompressionsarmstrumpfstherapie erforderlich ist.

Liegt kein symptomatisches Lymphödem vor, geben Sie bitte „Nein“ an.

### **6.2 Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben**

**(Dokumentationsfeld 27\*)**

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob Sie Ihrer Patientin regelmäßiges körperliches Training empfohlen haben.

### **6.3 Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie**

**(Dokumentationsfeld 28\*)**

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachangaben sind möglich.

Einige Tumorthapien gelten als besonders kardiotoxisch. Dazu zählen die Therapie mit Antrazyklinen (Doxorubicin, Epirubicin) oder Trastuzumab sowie linksthorakale Bestrahlungen.

Bitte geben Sie hier an, ob bei Ihrer Patientin eine solche Therapie durchgeführt wurde bzw. aktuell durchgeführt wird.

Sollte keine der aufgeführten Therapien in der Vergangenheit oder aktuell bei Ihrer Patientin zur Anwendung kommen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Ist Ihnen nicht bekannt, ob eine solche Therapie bisher bei ihrer Patientin durchgeführt wurde, geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

### **6.4 Körpergröße**

**(Dokumentationsfeld 29\*)**

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie die Körpergröße in cm an.

Ist die Körpergröße, z.B. auf Grund einer Beinamputation, nicht zu erheben, ist „0“ einzutragen.

### **6.5 Körpergewicht**

**(Dokumentationsfeld 30\*)**

Eine Angabe ist erforderlich.

Die Angabe erfolgt in kg.

Ist das Körpergewicht, z.B. auf Grund einer Beinamputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## **7 Datum**

### **7.1 Datum der Erstellung**

Für die Einschreibung der Patientin 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. Die vollständige und plausible Dokumentation muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur **innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde**, vorliegen.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## ***Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte***

### **Folgedokumentation**

Die Folgedokumentation gliedert sich in folgende Abschnitte:

- 1. Einschreibung erfolgte wegen (Dokumentationsfeld 10\*)**
- 2. Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie) (Dokumentationsfeld 11 – 14\*)**
- 3. Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse (Dokumentationsfeld 15 – 19\*)**
- 4. Sonstige Befunde (Dokumentationsfeld 20 – 23\*)**
- 5. Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (Dokumentationsfeld 24\*)**
- 6. Datum**

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## **1 Einschreibung erfolgte wegen**

### **(Dokumentationsfeld 10)**

Eine Angabe ist erforderlich; genau eine Angabe ist zulässig.

Wie auch bei der Erstdokumentation ist die Notwendigkeit zur Angabe der weiteren Abschnitte 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 (adjuvante Therapie)“),**
- **3 („Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse“), und**
- **4 („Sonstige Befunde“)**
- **6.1 „Datum der Erstellung“ zwingend erforderlich.**

Angaben zum Abschnitt 5 „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, 5 und zum „Datum der Erstellung“ (6.1) zwingend erforderlich.** Die Angaben zum Abschnitt 2 sind nicht erforderlich.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## **2 Behandlungstatus nach operativer Therapie des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie) (entspricht Abschnitt 4 der Erstdokumentation)**

(Dokumentationsfelder 11 – 14\*)

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

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten, die mindestens fünf Jahre fortgeführt wird. Zum Einsatz kommen für das jeweilige Anwendungsgebiet geprüfte und zugelassene Wirkstoffe unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen sowie individueller Risiken und Komorbiditäten. Aus diesem Grund werden in diesem Abschnitt die aktuelle adjuvante Therapie (2.1), deren Nebenwirkungen (2.2) sowie die Dauer der Therapie (2.3) erfragt.

### **2.1 Aktuelle adjuvante endokrine Therapie**

(Dokumentations-Feld 11\*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier die Art der aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) stattfindenden adjuvanten endokrinen Therapie an.

Sofern aktuell eine adjuvante endokrine Therapie stattfindet, sind im Weiteren Angaben zu Ziffer 2.2 und 2.3 erforderlich.

Sofern eine Therapie mit einem Aromataseinhibitor durchgeführt wird, ist auch eine Angabe zu Ziffer 2.4 erforderlich.

Zur Behandlung werden sowohl Tamoxifen als auch Aromataseinhibitoren (z.B. Anastrozol, Letrozol, Exemestan) eingesetzt. Sofern eine Therapie mit anderen Wirkstoffen durchgeführt wird, geben Sie bitte „Andere“ an.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch keine adjuvante endokrine Therapie stattfinden aber bereits geplant sein, geben Sie bitte „Endokrine Therapie geplant“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Ziffer 2.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) erforderlich.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung weder eine Therapie stattfinden noch geplant sein, geben Sie bitte „Keine“ an. In diesem Fall ist im Weiteren keine Angabe zu Ziffer 2.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) erforderlich.

### **2.2 Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie**

(Dokumentationsfeld 12\*)

Eine Angabe ist erforderlich sofern in Ziffer 2.1 eine adjuvante endokrine Therapie dokumentiert ist; nur eine Angabe ist möglich.

Sofern aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) bei Ihrer Patientin eine adjuvante endokrine Therapie durchgeführt wird, sollte regelmäßig auf mögliche Nebenwirkungen geachtet werden. Es sollten regelmäßig Nebenwirkungen und die Belastung durch die Nebenwirkungen bei der Patientin erfragt werden.

Bitte geben Sie hier an, ob Sie mögliche Nebenwirkungen der Therapie erfragt haben. Ist dies der Fall, geben Sie bitte an, als wie belastend die Nebenwirkungen der Therapie eingeschätzt werden.

Bestehen zwar Nebenwirkungen, diese werden aber nicht als belastend empfunden, geben Sie bitte „nicht belastend“ an. Weitere Ausprägungen der Belastung durch die Nebenwirkungen sind „mäßig belastend“ und „stark belastend“.

Bestehen keine Nebenwirkungen, geben Sie bitte „Nein“ an.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

Wurden die Nebenwirkungen der Therapie nicht erfragt, so geben Sie bitte „nicht erfragt“ an.

### **2.3 Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation**

#### **(Dokumentationsfeld 13\*)**

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Eine adjuvante endokrine Therapie erfolgt in der Regel über eine Dauer von 5 Jahren. Bitte geben Sie hier den zeitlichen Verlauf der adjuvanten Therapie seit der letzten Dokumentation an.

Wurde eine adjuvante endokrine Therapie in der Zeit zwischen der jetzigen und der letzten Dokumentation beendet, geben Sie bitte an, ob sie „vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen“ wurde oder aber „regulär nach fünf Jahren abgeschlossen“ wurde.

Dauert die Therapie aktuell noch an, geben Sie bitte an, ob sie „aktuell andauernd, weniger als fünf Jahre“ oder „aktuelle andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus“ erfolgt.

Wurde bzw. wird keine endokrine Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte auch an („Keine endokrine Therapie durchgeführt“).

### **2.4 Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromatasainhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund**

#### **(Dokumentationsfeld 14\*)**

Eine Angabe ist nur dann erforderlich und zulässig, sofern in Ziffer 2.1 eine Therapie mit Aromataseinhibitoren dokumentiert ist; nur eine Angabe ist möglich.

Bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren soll eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.

Bitte geben Sie hier den Befund der DXA an.

Sofern keine DXA durchgeführt wurde oder der Befund nicht bekannt ist, geben Sie bitte „unbekannt“ an.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL



### **3 Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse**

(Dokumentationsfeld 15 – 19\*)

**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 10 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 Lokoregionäres Rezidiv (Datum der histologischen Sicherung)**

(Dokumentationsfeld 15\*)

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. Sofern nicht auch gleichzeitig Knochenmetastasen festgestellt und dokumentiert wurden sind im Weiteren keine Angaben zu Abschnitt 5 zulässig.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein lokoregionäres Rezidiv histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

#### **3.2 Kontralateraler Brustkrebs (Datum der histologischen Sicherung)**

(Dokumentationsfeld 16)

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. Sofern nicht auch gleichzeitig Knochenmetastasen festgestellt und dokumentiert wurden sind im Weiteren keine Angaben zu Abschnitt 5 zulässig.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein kontralateraler Brustkrebs histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

#### **3.3 Lokalisation von Fernmetastasen (Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen)**

(Dokumentationsfeld 17\*)

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 Abhängigkeit von der Lokalisation der Fernmetastase auch Angaben zu der Ziffer 5.1 des Abschnittes 5 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ erforderlich.

Geben Sie bitte daher die Lokalisation der Fernmetastasen an.

Sollten bei Ihrer Patientin **viszerale Metastasen** vorliegen und haben Sie diese hier dokumentiert, ist zusätzlich eine Angabe zu Ziffer 3.4 erforderlich, eine Angabe in Ziffer 5.1 ist bei alleinigem Vorliegen von viszerale Metastasen hingegen nicht zulässig.

Sollten bei Ihrer Patientin **Knochenmetastasen** vorliegen und haben Sie diese hier dokumentiert, ist zusätzlich eine Angabe zu Ziffer 5.1 im Abschnitt 5 erforderlich.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

Sollten seit der letzten Dokumentation keine Fernmetastasen aufgetreten sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

### **3.4 Bioptische Sicherung der viszeralen Metastasen**

#### **(Dokumentationsfeld 18\*)**

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, sofern in Ziffer 3.3 mindestens die Angabe „viszeral“ dokumentiert ist. Ist dies nicht der Fall, müssen die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben. Nur eine Angabe ist möglich.

Erstmals aufgetretene Fernmetastasen, insbesondere viszerale Fernmetastasen sollen, wann immer möglich und therapierelevant, zur (erneuten) Bestimmung des Hormonrezeptorstatus und HER-2-Status histologisch gesichert werden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann eine nochmalige histologische Sicherung sinnvoll sein.

Geben Sie bitte an, ob eine bioptische Sicherung der viszeralen Metastasen erfolgt ist. Sollte eine Biopsie geplant aber zum Zeitpunkt der Dokumentation noch nicht erfolgt sein, geben Sie bitte „geplant“ an.

### **3.5 Symptomatisches Lymphödem (entspricht Ziffer 7.1 der Erstdokumentation)**

#### **(Dokumentationsfeld 19\*)**

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist zulässig.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin aktuell ein symptomatisches Lymphödem vorliegt und ob eine Behandlung mittels Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich ist. Liegt kein symptomatisches Lymphödem vor, geben Sie bitte „Nein“ an.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## **4 Sonstige Befunde**

(Dokumentationsfeld 20 – 23\*)

**Die Angaben zu diesem Abschnitt sind - unabhängig von dem zur Einschreibung führenden Befund - für alle Patientinnen zwingend erforderlich.**

### **4.1 Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben**

(Dokumentationsfeld 20\*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob Sie Ihrer Patientin regelmäßiges körperliches Training empfohlen haben.

### **4.2 Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie**

(Dokumentationsfeld 21\*)

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachangaben sind möglich.

Einige Tumorthapien gelten als besonders kardiotoxisch. Dazu zählen die Therapie mit Antrazyklinen (Doxorubicin, Epirubicin) oder Trastuzumab sowie linksthorakale Bestrahlungen.

Bitte geben Sie hier an, ob bei Ihrer Patientin eine solche Therapie durchgeführt wurde bzw. aktuell durchgeführt wird.

Sollte keine der aufgeführten Therapien in der Vergangenheit oder aktuell bei Ihrer Patientin zur Anwendung kommen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Ist Ihnen nicht bekannt, ob eine solche Therapie bisher bei ihrer Patientin durchgeführt wurde, geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

### **4.3 Körpergröße**

(Dokumentationsfeld 22\*)

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie die Körpergröße in cm an.

Ist die Körpergröße, z.B. auf Grund einer Beinamputation, nicht zu erheben, ist „0“ einzutragen.

### **4.4 Körpergewicht**

(Dokumentationsfeld 23\*)

Eine Angabe ist erforderlich.

Die Angabe erfolgt in kg.

Ist das Körpergewicht, z.B. auf Grund einer Beinamputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## **5 Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung**

(Dokumentationsfelde 24\*)

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund des Vorliegens von Knochenmetastasen erfolgt ist oder eine solche Diagnose bei 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 aktueller oder früherer Dokumentation).

### **5.1 Therapie bei Knochenmetastasen**

(Dokumentationsfeld 24\*)

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, sofern bei der aktuellen oder einer vorangegangenen Dokumentation in Ziffer 3.3 die Angabe „Knochen“ dokumentiert wurde oder aber die Einschreibung aufgrund von Knochenmetastasen erfolgt ist. Ist dies nicht der Fall, müssen die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Bitte machen Sie jeweils eine Angabe zu

- c) Bisphosphonaten und
- d) Denosumab

Die Angabe „Nein“ kann jeweils gleichzeitig mit „Kontraindikation“ angegeben werden.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## 6 Datum

### 6.1 Datum der Erstellung (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 7.1)

Für den Verbleib der Patientin 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.

\*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

## Anlage 6 Koronare Herzkrankheit - Dokumentation

### Koronare Herzkrankheit – Dokumentation

| Lfd. Nr.                         | Dokumentationsparameter                                                                             | Ausprägung                                                                              |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anamnese- und Befunddaten</b> |                                                                                                     |                                                                                         |
| 1                                | Angina pectoris                                                                                     | Nein/wenn ja: CCS I, CCS II, CCS III, CCS IV                                            |
| 2                                | (weggefallen) <sup>1).2).</sup>                                                                     |                                                                                         |
| 2a                               | LDL-Cholesterin                                                                                     | mg/dl / mmol/l / Nicht bestimmt                                                         |
| <b>Relevante Ereignisse</b>      |                                                                                                     |                                                                                         |
| 3                                | Relevante Ereignisse <sup>3)</sup>                                                                  | Herzinfarkt/instabile Angina pectoris/<br>Schlaganfall/Nein                             |
| 4                                | Diagnostische und/oder<br>koronartherapeutische<br>Intervention <sup>3)</sup>                       | Koronarangiographie/PCI/Bypass-<br>Operation/Keine                                      |
| 5                                | Stationäre notfallmäßige Behandlung<br>wegen KHK<br>seit der letzten Dokumentation <sup>4) 5)</sup> | Anzahl                                                                                  |
| <b>Medikamente</b>               |                                                                                                     |                                                                                         |
| 6                                | Thrombozytenaggregationshemmer                                                                      | Ja/Nein/Kontraindikation/orale Antikoagulation                                          |
| 7                                | Betablocker                                                                                         | Ja/Nein/Kontraindikation                                                                |
| 8                                | ACE-Hemmer                                                                                          | Ja/Nein/Kontraindikation <sup>6)/</sup> AT1-<br>Rezeptorantagonisten                    |
| 9                                | HMG-CoA-Reduktase-Hemmer                                                                            | Ja/Nein/Kontraindikation                                                                |
| 10                               | Sonstige Medikation <sup>7) 8)</sup>                                                                | Ja/Nein                                                                                 |
| <b>Schulung</b>                  |                                                                                                     |                                                                                         |
| 11                               | Schulung empfohlen (bei aktueller<br>Dokumentation)                                                 | Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/<br>Keine                                         |
| 12                               | Empfohlene Schulung(en)<br>wahrgenommen                                                             | Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter<br>Dokumentation keine Schulung empfohlen |
| <b>Behandlungsplanung</b>        |                                                                                                     |                                                                                         |
| 13                               | KHK-bezogene Überweisung<br>veranlasst <sup>4)</sup>                                                | Ja/Nein                                                                                 |
| 13a                              | KHK-bezogene Einweisung<br>veranlasst <sup>4)</sup>                                                 | Ja/Nein                                                                                 |
| 14                               | (weggefallen) <sup>2)</sup>                                                                         |                                                                                         |

<sup>1)</sup> (weggefallen)

<sup>2)</sup> (weggefallen)

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für das strukturierte Behandlungsprogramm**  
**KHK**

Stand der letzten Bearbeitung: 24.05.2017  
Version 5

## 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.

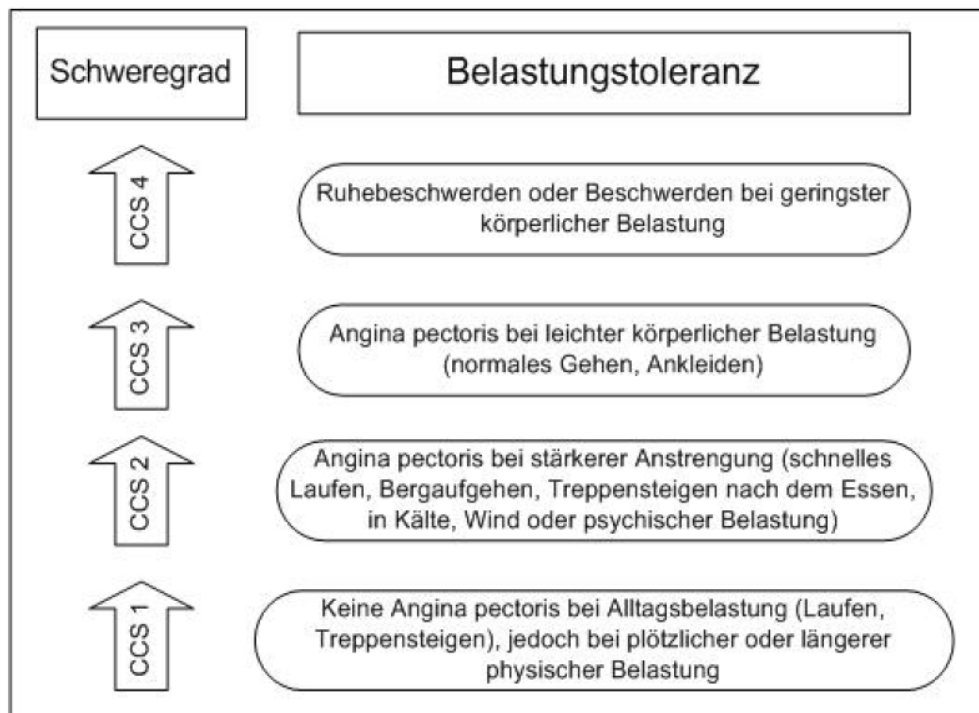
Eine Instabile Angina pectoris als Ausprägung des akuten Koronarsyndroms ist im Dokumentationsfeld „Relevante Ereignisse“ zu dokumentieren.

#### 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 Nitroglycerin.

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.

### 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.

## Anlage 6 Koronare Herzkrankheit - Dokumentation

### Koronare Herzkrankheit – Dokumentation

| Laufende Nummer                  | Dokumentationsparameter                                                                 | Ausprägung                                                                                                                                 |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anamnese- und Befunddaten</b> |                                                                                         |                                                                                                                                            |
| 1                                | Angina pectoris                                                                         | Nein / Wenn ja: CCS I, CCS II, CCS III, CCS IV                                                                                             |
| 2                                | (weggefallen)                                                                           |                                                                                                                                            |
| 2a                               | LDL-Cholesterin                                                                         | mg/dl / mmol/l / Nicht bestimmt                                                                                                            |
| <b>Relevante Ereignisse</b>      |                                                                                         |                                                                                                                                            |
| 3                                | Relevante Ereignisse <sup>1)</sup>                                                      | Herzinfarkt / Instabile Angina pectoris / Schlaganfall / Nein                                                                              |
| 3a                               | Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate                                             | Ja / Nein                                                                                                                                  |
| 4                                | (weggefallen)                                                                           |                                                                                                                                            |
| 5                                | ungeplante stationäre Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation <sup>2)</sup> | Anzahl                                                                                                                                     |
| <b>Medikamente</b>               |                                                                                         |                                                                                                                                            |
| 6                                | Thrombozytenaggregationshemmer                                                          | Ja / Nein / Kontraindikation / Orale Antikoagulation                                                                                       |
| 7                                | Betablocker                                                                             | Ja / Nein / Kontraindikation                                                                                                               |
| 8                                | ACE-Hemmer                                                                              | Ja / Nein / Kontraindikation <sup>3)</sup> / ARB                                                                                           |
| 9                                | (weggefallen)                                                                           |                                                                                                                                            |
| 9a                               | Aktuelle Statin-Dosis                                                                   | Hoch / Moderat / Niedrig / Kein Statin / Kontraindikation gegen Statin                                                                     |
| 9b                               | Aktuelle Therapiestrategie Statin <sup>6)</sup>                                         | Feste Hochdosis-Strategie / Zielwert-Strategie / Keine Strategie vereinbart                                                                |
| 9c                               | Grund für moderate oder niedrige Statin-Dosis <sup>7)</sup>                             | Aufdosierungsphase / LDL-Zielwert erreicht / Kontraindikation <sup>8)</sup> gegen Hochdosis / Ablehnung durch Patienten / Keine Begründung |
| 10                               | (weggefallen)                                                                           |                                                                                                                                            |

| <b>Schulung</b>           |                                                                      |                                                                                            |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10a                       | Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen <sup>4)</sup> | Ja / Nein                                                                                  |
| 11                        | Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) <sup>5)</sup>       | Ja / Nein                                                                                  |
| 12                        | Empfohlene Schulung wahrgenommen <sup>2) 5)</sup>                    | Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen |
| <b>Behandlungsplanung</b> |                                                                      |                                                                                            |
| 13                        | (weggefallen)                                                        |                                                                                            |
| 13a                       | (weggefallen)                                                        |                                                                                            |
| 14                        | (weggefallen)                                                        |                                                                                            |
| 15                        | Regelmäßiges sportliches Training                                    | Ja / Nein / Nicht möglich                                                                  |

<sup>1)</sup> 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.

<sup>2)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

<sup>3)</sup> Gilt auch für ACE-Hemmer-Husten.

<sup>4)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Es kann sich hier um eine Diabetes-Schulung, Hypertonie-Schulung, Antikoagulations-Schulung oder KHK-spezifische Schulung handeln. Die Angabe „Ja“ soll erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Einschreibung von einem hinreichenden Schulungsstand auszugehen ist. Die Angaben sind nur bei der erstmaligen Dokumentation zu machen.

<sup>5)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Es kann sich hier um eine Diabetes-Schulung, Hypertonie-Schulung, Antikoagulations-Schulung oder KHK-spezifische Schulung handeln, soweit diese in der Vertragsregion vereinbart ist.

<sup>6)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: nur bei der Ausprägung „Hoch“ oder „Moderat“ oder „Niedrig“ im Dokumentationsparameter 9a auszufüllen

<sup>7)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: nur bei der Ausprägung „Moderat“ oder „Niedrig“ im Dokumentationsparameter 9a auszufüllen.

<sup>8)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Gilt auch für Unverträglichkeiten

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für das strukturierte Behandlungsprogramm**  
**KHK**

Stand der letzten Bearbeitung: 19.11.2020  
Version 6

## Anamnese- und Befunddaten

### Angina pectoris

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder 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.

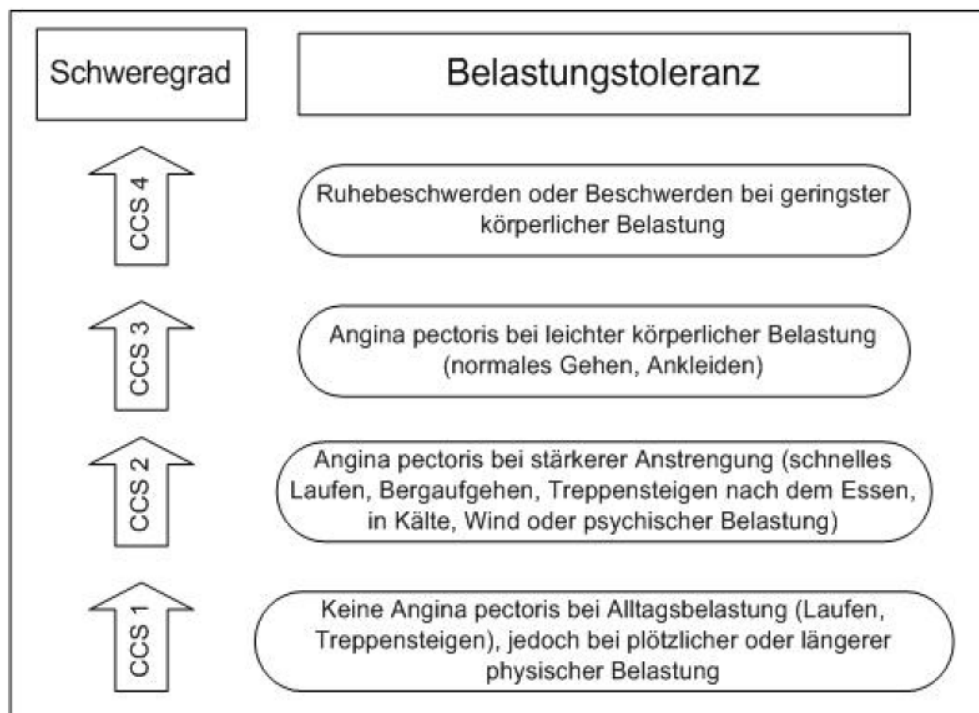
Eine instabile Angina pectoris als Ausprägung des akuten Koronarsyndroms ist im Dokumentationsfeld „Relevante Ereignisse“ zu dokumentieren.

#### 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 Nitroglycerin.

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.

### LDL-Cholesterin

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig

Bitte geben Sie entweder den Wert in mmol/l mit genau einer Nachkommastelle **oder** den Wert in mg/dl ohne Nachkommastelle ein. Wurde das LDL-Cholesterin nicht untersucht, geben Sie bitte „Nicht bestimmt“ an

## Relevante Ereignisse

### Relevante Ereignisse

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

Bitte geben Sie an, ob bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eines oder mehrere der aufgeführten Ereignisse (Herzinfarkt / Instabile Angina pectoris / Schlaganfall) eingetreten ist bzw. sind.

Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Erstdokumentation**, sind hier alle bereits stattgefundenen Ereignisse aus der Vergangenheit einzubeziehen.

Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation**, sind jeweils nur **seit der letzten Dokumentation neu** aufgetretene Ereignisse zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation keines der aufgeführten Ereignisse stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „Nein“ an.

### Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Dieses Feld dient der Erfassung, ob ein Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate aufgetreten ist oder nicht.

Bitte geben Sie „Ja“ nur dann an, wenn bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten **innerhalb der letzten 12 Monate vor Erstellung der Dokumentation** der Herzinfarkt aufgetreten ist. Sollte innerhalb der letzten 12 Monate kein Herzinfarkt aufgetreten sein, geben Sie hier bitte „Nein“ an.

### Ungeplante stationäre Behandlung 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 ungeplanten vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund der KHK erfolgt sind. Sollte seit der letzten Dokumentation kein ungeplanter stationärer Aufenthalt notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

## Medikamente

Die medikamentöse Therapie bei der KHK verfolgt zum einen das Ziel der Reduktion der Gesamtsterblichkeit und der kardiovaskulären Morbidität (besonders das Vermeiden der Progression der KHK, von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz) durch eine prognoseverbessernde Therapie. Zum anderen soll eine Verbesserung der Lebensqualität durch eine symptomatische Therapie erreicht werden. Dazu zählen unter anderem eine verbesserte Belastbarkeit sowie eine Linderung krankheitsbedingter Beschwerden wie etwa Angina pectoris und Luftnot.

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Komorbiditäten und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Behandlung der KHK verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit in randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) nachgewiesen wurde.



Bitte machen Sie zu jedem Medikament eine Angabe. Bitte geben Sie bei „Nein“ – wo möglich - zusätzlich an, ob 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**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. 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**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. 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**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. 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 (z. B. ACE-Hemmer bedingter Husten) und/oder die Verordnung eines ARB erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

### **Aktuelle Statin-Dosis**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Wird eine Statin-Therapie durchgeführt, geben Sie bitte die aktuelle Statin-Dosis entsprechend der folgenden Tabelle mit „Hoch“ oder „Moderat“ oder „Niedrig“ an.

Erfolgt keine Statin-Therapie, geben Sie bitte „Kein Statin“ an. Bitte geben Sie bei „Kein Statin“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins zurückzuführen ist. In diesem Fall ist eine Angabe zum Feld „Aktuelle Therapiestrategie Statin“ nicht zulässig.

Nachstehende Tabelle zeigt die Einordnung der entsprechenden Statin-Dosis in diese Kategorien.

Tabelle: Übersicht Statindosierungen (aus: Tragende Gründe 18. Änd. DMP-A-RL)

| Intensität                                   | Statin und Dosierung                                                                                                              |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niedrig<br>(relative LDL-Reduktion < 30%)    | Lovastatin 20 mg<br><br>Pravastatin 10-20 mg<br><br>Simvastatin 10 mg                                                             |
| Moderat<br>(relative LDL-Reduktion 30 - 49%) | Atorvastatin 10-20 mg<br><br>Rosuvastatin 5-10 mg<br><br>Simvastatin 20-40 mg<br><br>Pravastatin 40-80 mg<br><br>Lovastatin 40 mg |
| Hoch<br>(relative LDL-Reduktion ≥ 50%)       | Atorvastatin 40-80 mg<br><br>Rosuvastatin 20-40 mg                                                                                |

### Aktuelle Therapiestrategie Statin

Genau eine Angabe zu diesem Feld ist nur dann erforderlich und zulässig, wenn im Feld „Aktuelle Statin-Dosis“ die Angabe „Hoch“ oder „Moderat“ oder „Niedrig“ erfolgt ist.

Bei der Verordnung von Statinen wird empfohlen, dass entweder eine feste Hochdosistherapie (unabhängig vom LDL-Wert) oder eine Zielwertstrategie gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart werden.

Bei der Hochdosis-Strategie sollte allen Patientinnen und Patienten mit KHK eine feste Hochdosis-Statintherapie empfohlen werden, sofern keine Kontraindikationen bestehen.

Mit der Zielwert-Strategie soll der LDL-Wert auf den Zielwert < 70 mg/dl (< 1,8 mmol/l) gesenkt werden oder – wenn der LDL-Ausgangswert zwischen 70 und 135 mg/dl (1,8 und 3,5 mmol/l) liegt – eine mindestens 50%ige Reduktion erzielt werden.

Bitte geben Sie an, welche Strategie Sie gemeinsam mit Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten für die Therapie mit einem Statin vereinbart haben. Sollten Sie mit Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten keine Strategie vereinbart haben, geben Sie bitte „Keine Strategie vereinbart“ an.

### Grund für moderate und niedrige Statin-Dosis

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig, wenn im Feld „Aktuelle Statin-Dosis“ die Angabe „Moderat“ oder „Niedrig“ erfolgt ist.

Bitte geben Sie den Grund für eine moderate oder niedrige Statin-Dosis an. Befindet sich Ihre Patientin oder Ihr Patient aktuell in der Aufdosierungsphase, sodass noch keine Hochdosissgabe möglich ist, geben Sie bitte „Aufdosierungsphase“ an. Ist der LDL-Zielwert aktuell bereits erreicht, geben Sie bitte „LDL-Zielwert erreicht“ an. Besteht eine Kontraindikation gegen eine

Statinhochdosis, geben Sie bitte „Kontraindikation gegen Hochdosis“ an. Dies gilt auch für Unverträglichkeiten. Wird eine Hochdosistherapie durch Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten abgelehnt, geben Sie bitte „Ablehnung durch Patienten“ an. Trifft keine der genannten Antworten zu, geben Sie bitte „Keine Begründung“ an.

## Schulung

### Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist erforderlich.

Bei der **Folgedokumentation** ist hier **keine Angabe zulässig**.

Bitte geben Sie an, Ihre Patientin oder Ihr Patient bereits vor Einschreibung in das DMP an einer KHK-relevanten Schulung teilgenommen hat. Die Angabe „Ja“ soll nur erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Einschreibung von einem hinreichenden Schulungsstand der Patientin oder des Patienten auszugehen ist. Bei einer KHK-relevanten Schulung kann es sich um eine Diabetes-Schulung, eine Hypertonie-Schulung, eine Antikoagulations-Schulung oder eine KHK-spezifische Schulung handeln.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- b) Schulungsmaßnahmen, die die Patientin oder den Patienten durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt haben, auf der Basis eigener Entscheidungen die KHK bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen der KHK oder der Begleiterkrankung(en) zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten. Hierzu zählen neben einer KHK-spezifischen Schulung auch Schulungen zu Diabetes oder eine Hypertonie-Schulung oder auch eine Schulung zu Antikoagulantien.

Eine erneute Teilnahme an einer KHK-relevanten Schulung im Rahmen des DMP ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

### Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Wenn Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte „Ja“ an. Es kann sich hier um eine Diabetes-Schulung, eine Hypertonie-Schulung, eine Antikoagulations-Schulung oder eine KHK-spezifische Schulung handeln, soweit diese in der Vertragsregion vereinbart sind

Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus. In diesem Fall geben Sie hier bitte ebenfalls „Ja“ an.

Sollten Sie keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Nein“ an.

### Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf die Schulung(en), die Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend. Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient seit der letzten Dokumentation an einer Schulung teilgenommen, machen Sie bitte die Angabe „Ja“.

War die Teilnahme an einer Schulung innerhalb des Dokumentationszeitraums aus nachvollziehbaren Gründen nicht möglich, geben Sie hier bitte „War aktuell nicht möglich“ an. Solche Gründe können z.B. fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt der Patientin oder des Patienten oder private Gründe sein. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten.

Sollten Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten bei der vorherigen Dokumentation mindestens eine Schulung empfohlen haben, aber die Patienten oder der Patient die empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, geben Sie bitte „Nein“ an. Bitte beachten Sie: Diese Angabe kann bei wiederholter Angabe zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte mit „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ an.

Die Angaben „Ja“, „War aktuell nicht möglich“ und „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ führen nicht zum Ausschluss der Patientin oder des Patienten aus dem Programm.

## Behandlungsplan

### Regelmäßiges sportliches Training

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Alle Patientinnen und Patienten sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden. Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z.B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) und sportliches Training. Diese Interventionen sollen so ausgerichtet sein, dass die Patientinnen und Patienten motiviert sind, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren. Planung und Intensität der körperlichen Aktivität sind an die individuelle Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten anzupassen.

Allen Patientinnen und Patienten, insbesondere denjenigen mit erhöhtem Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung (z.B. Z.n. akutem Koronarsyndrom (ACS) < 12 Monate, Z.n. ICD/CRT Implantationen, LVEF  $\leq$  40%), soll die Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen unter Berücksichtigung der Gesamtsituation empfohlen werden.

Bei stabiler kardiovaskulärer Erkrankung (niedriges Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung) soll moderates bis anstrengendes aerobes Training für mindestens 2 Stunden in der Woche empfohlen werden. Dies kann auf tägliche Bewegungseinheiten von mindestens 30 Minuten Dauer (z.B. zügiges Gehen) verteilt werden. Zusätzlich soll mindestens 2x wöchentlich Krafttraining durchgeführt werden.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient regelmäßiges sportliches Training betreibt. Sollte aus einem für Sie nachvollziehbaren Grund regelmäßiges sportliches Training nicht möglich sein (z.B. aufgrund einer Komorbidität), geben Sie hier bitte „Nicht möglich“ an. Geben Sie bitte „Nein“ an, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient sportlich nicht aktiv ist und dafür keine nachvollziehbaren Gründe bestehen.

**Anlage 10 Asthma bronchiale - Dokumentation**

| <b>Asthma bronchiale - Dokumentation</b> |                                                                                                                                                   |                                                                                              |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Laufende Nummer</b>                   | <b>Parameter</b>                                                                                                                                  | <b>Ausprägung</b>                                                                            |
| <b>Anamnese- und Befunddaten</b>         |                                                                                                                                                   |                                                                                              |
| 1                                        | In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber <sup>1)</sup>                                                                | Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine |
| 1a                                       | In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation <sup>4)</sup>                                                          | Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine |
| 2a                                       | In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale                                                       | Ja/Nein                                                                                      |
| 2b                                       | In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachschlafes                                                                               | Ja/Nein                                                                                      |
| 2c                                       | Aktueller FEV <sub>1</sub> -Wert (mindestens alle 12 Monate)                                                                                      | X Prozent des Soll-Wertes/Nicht durchgeführt                                                 |
| <b>Relevante Ereignisse</b>              |                                                                                                                                                   |                                                                                              |
| 3                                        | Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation <sup>2)</sup> | Anzahl                                                                                       |
| <b>Medikamente</b>                       |                                                                                                                                                   |                                                                                              |
| 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                                                                                                           |
| 9a                 | Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen <sup>3)</sup> | Ja/Nein                                                                                                           |
| 10                 | Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen                                           | Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen                              |
| Behandlungsplanung |                                                                                   |                                                                                                                   |
| 11                 | Schriftlicher Selbstmanagementplan                                                | Ja/Nein                                                                                                           |
| 11a                | Therapieanpassung                                                                 | Keine/Steigerung der Medikation/ Verbesserung der Anwendung der Medikation/Reduktion der Medikation <sup>5)</sup> |

<sup>1)</sup> Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

<sup>2)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

<sup>3)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

<sup>4)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

<sup>5)</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich

**Ausfüllanleitung**

**zum indikationsspezifischen Datensatz**

**für das strukturierte Behandlungsprogramm**

**Asthma bronchiale**

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| Stand der letzten Bearbeitung: | 29.10.2018 |
| Version                        | 5.0        |
| Anzuwenden ab:                 | 01.04.2019 |

## Anamnese- und Befunddaten

Die Beurteilung der Symptomkontrolle erfolgt anhand der Häufigkeit von Asthmasymptomen am Tage und in der Nacht, der Häufigkeit der Nutzung der Bedarfsmedikation sowie der Einschränkung der körperlichen Aktivität.

Mit den in der folgenden Tabelle genannten Kriterien kann die Güte der Asthmakontrolle, über die die medikamentöse Therapie gesteuert wird, in „kontrolliert“, „teilweise kontrolliert“ und „unkontrolliert“ eingeteilt werden. **Bezugszeitraum sind jeweils die letzten vier Wochen.** Bei „kontrolliertem“ Asthma ist die Therapie adäquat und kann eventuell sogar reduziert werden, bei „teilweiser Asthmakontrolle“ ist eine Intensivierung der Behandlung zu prüfen. Bei „unkontrolliertem“ Asthma sind sofortige Therapieanpassungen erforderlich.

| Asthmakontrolle                      | Kontrolliert (alle Kriterien erfüllt)                                          | Teilweise kontrolliert (1 bis 2 Kriterien)                                     | Unkontrolliert                                                           |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Symptome tagsüber                    | ≤ 2 mal pro Woche<br>(bis zum vollendeten 6. Lebensjahr:<br>≤ 1 mal pro Woche) | > 2 mal pro Woche<br>(bis zum vollendeten 6. Lebensjahr:<br>> 1 mal pro Woche) | ≥ 3 Kriterien des teilweise kontrollierten Asthmas innerhalb einer Woche |
| Einschränkung der Alltagsaktivitäten | Keine                                                                          | Vorhanden                                                                      |                                                                          |
| Nächtliche Symptome                  | Keine                                                                          | Vorhanden                                                                      |                                                                          |
| Einsatz der Bedarfsmedikation        | ≤ 2 mal pro Woche<br>(bis zum vollendeten 6. Lebensjahr:<br>≤ 1 mal pro Woche) | > 2 mal pro Woche<br>(bis zum vollendeten 6. Lebensjahr:<br>> 1 mal pro Woche) |                                                                          |

### In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier die Häufigkeit der tagsüber aufgetretenen Asthma-Symptome an. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten<sup>1</sup> zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Beurteilung der Asthmakontrolle.

- „**Häufiger als 2 mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an mehr als zwei Tagen auftretende Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind.
- „**2 mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an zwei Tagen auftretende Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind.
- „**1 mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an einem Tag auftretende Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind.
- „**< 1 mal wöchentlich**“ ist anzugeben, wenn ihr Patienten gemäß seiner Einschätzung in 3 unterschiedlichen Wochen an maximal einem Tag pro Woche tagsüber auftretende Symptome angibt, die eindeutig dem Asthma bronchiale zuzuordnen sind
- „**Keine**“ ist anzukreuzen, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung keine Asthma-typischen Symptome hatte

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird im Dokument die allgemeine Formulierung Patient verwendet. Damit sind sowohl weibliche als auch männliche Patienten umfasst.



### In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier die Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation an. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Beurteilung der Asthmakontrolle.

- „**Häufiger als 2 mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an mehr als zwei Tagen angibt, seine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet zu haben.
- „**2 mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an zwei Tagen angibt, seine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet zu haben.
- „**1 mal wöchentlich**“ geben Sie bitte an, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung jede Woche an einem Tag angibt, seine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet zu haben.
- „**< 1 mal wöchentlich**“ ist anzugeben, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung in 3 unterschiedlichen Wochen an maximal einem Tag pro Woche angibt, seine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet zu haben.
- „**Keine**“ ist anzukreuzen, wenn Ihr Patient gemäß seiner Einschätzung keine Asthma-spezifische Bedarfsmedikation verwendet.

### In den letzten 4 Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte hier an, ob es bei Ihrem Patienten zu Einschränkungen von Aktivitäten im Alltag gekommen ist, die durch sein Asthma bronchiale bedingt waren. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Beurteilung der Asthmakontrolle.

### In den letzten 4 Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachschlafes

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte hier an, ob es bei Ihrem Patienten zu asthmabedingten Störungen des Nachschlafes gekommen ist. Die Angabe bezieht sich dabei auf die Einschätzung des Patienten zum Dokumentationszeitpunkt rückblickend für die letzten 4 Wochen und dient u. a. der Einschätzung der Asthmakontrolle.

### Aktueller FEV<sub>1</sub>-Wert (mindestens alle 12 Monate)

Die Durchführung einer Lungenfunktionsmessung wird ab dem vollendeten 5. Lebensjahr mindestens alle 12 Monate zur objektiven Bewertung und Einstufung des Asthma bronchiale empfohlen.

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie hier bitte den aktuell gemessenen FEV<sub>1</sub>-Wert Ihres Patienten als „Prozent-Wert des Sollwertes“ mit einer Stelle hinter dem Komma oder „nicht durchgeführt“ an.

Die Angabe „Nicht durchgeführt“ kann auch dann verwendet werden, wenn eine FEV<sub>1</sub>-Messung z. B. aufgrund des Alters bei Kindern nicht valide durchgeführt werden kann.

## Relevante Ereignisse

### Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche 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 Ihnen bekannten ungeplanten Behandlungen (ambulant und stationär) 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 der Angabe „Keine“ – wo zutreffend - 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 wurden. Dabei sollen diejenigen Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Zu den vorrangig zu verordnenden Wirkstoffgruppen zählen

#### **Als Dauertherapie beim Erwachsenen:**

##### 1. Basistherapie

- inhalative Glukokortikosteroide,

##### 2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen zusätzlich zur Gabe von inhalativen Glukokortikosteroiden in Betracht:

- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika
- Wenn trotz dieser erweiterten Basistherapie ein unkontrolliertes Asthma bronchiale besteht, stehen zur Modifikation bzw. Eskalation zur Verfügung:
  - langwirksame Anticholinergika
  - systemische Glukokortikosteroide
  - Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
  - Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
  - Antikörper

Bei Patienten mit trotz Ausschöpfung einer erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrollierbarem schwerem persistierendem Asthma bronchiale kann eine Behandlung mit

Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper oder Anti-IL-5-Antikörper) erwogen werden. Hierfür soll eine Überweisung zum qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen.

Bei Undurchführbarkeit einer Therapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden (z. B. Ablehnung oder Unverträglichkeit) als Basismedikation ist vor Verordnung einer unterlegenen alternativen antientzündlichen Therapie ein Aufklärungsgespräch über Risiken dieser Therapieoptionen zu führen.

### **Als Dauertherapie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**

#### **1. Basistherapie**

- niedrig dosierte inhalative Glukokortikosteroide
- in begründeten Fällen alternativ Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten

#### **2. als Erweiterung dieser Basistherapie kommen in Betracht:**

- Steigerung der Dosis des inhalativen Glukokortikosteroids
- Kombination von inhalativen Glukokortikosteroiden und Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- bei Kindern ab 4 Jahren inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (nur in Kombination mit inhalativen Glukokortikosteroiden)

#### **3. Im Ausnahmefall, bei einem trotz der erweiterten Basistherapie nicht ausreichend kontrolliertem Asthma bronchiale können zusätzlich erwogen werden:**

- systemische Glukokortikosteroide
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- eine Behandlung mit Antikörpern (z. B. Anti-IgE-Antikörper) bei schwerem persistierendem Asthma bronchiale

Die Verordnung von Medikamenten nach 3. sollte durch die jeweils qualifizierte Fachärztin oder den jeweils qualifizierten Facharzt oder durch die qualifizierte Einrichtung erfolgen.

Bei der Verordnung sind die altersabhängigen Zulassungseinschränkungen zu berücksichtigen.

### **Für die Bedarfstherapie:**

Eine Bedarfsmedikation soll bei akuten asthmatischen Beschwerden eingesetzt werden. Vorrangig sollten bei der Bedarfstherapie/Therapie der Exazerbation folgende Wirkstoffgruppen Anwendung finden:

- kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)

Bei unzureichendem Ansprechen kommen in Betracht:

- der kurzfristige Einsatz systemischer Glukokortikosteroide (maximal bis zu 2 Wochen). In der Regel ist bei Kindern ein Einsatz für 3 bis 5 Tage, bei Erwachsenen für 5 bis 7 Tage ausreichend.

- kurz wirksame Anticholinergika
- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)

Die Asthma-Exazerbation kann durch Infekte, Allergenexposition, Medikamentenunverträglichkeit, irritativ-toxische Ursachen sowie körperliche Belastung hervorgerufen werden. Die Gabe von Antibiotika ist bei der Asthma-Exazerbation in der Regel nicht indiziert.

### **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**

Genau 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

## Asthma-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 mit „Ja“ an.

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte entsprechend mit „Nein“ an.

## Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen

Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient (bzw. bei (Klein)Kindern ggf. die Eltern bzw. die Bezugspersonen) bereits vor seiner Teilnahme am DMP Asthma an einer Asthma-Schulung teilgenommen hat. Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- b) andere Schulungsmaßnahmen, die den Patienten (oder bei (Klein)Kindern die Eltern bzw. Bezugspersonen) durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt haben, auf der Basis eigener Entscheidungen das Asthma bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen des Asthmas zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an. Eine erneute Teilnahme an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine Schulung wahrgenommen, dokumentieren Sie dies bitte mit der Angabe „Nein“.

## Empfohlene Asthma-Schulung 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.

Hat der Patient die empfohlene Schulung wahrgenommen, geben Sie dies bitte mit „Ja“ an.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, geben 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: „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“.

Eine Angabe in den beiden zuletzt genannten Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

# Behandlungsplanung

## 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 die 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.

## Therapieanpassung

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier, ob Sie eine Anpassung der asthmaspezifischen Therapie vorgenommen haben.

Es soll regelmäßig, insbesondere vor einer Steigerung der medikamentösen Therapie, die richtige Anwendung überprüft werden. Geben Sie bitte „Verbesserung der Anwendung der Medikation“ an, wenn der Patient in einer verbesserten Anwendung unterwiesen wurde. Diese Angabe kann gemeinsam mit „Steigerung der Medikation“ sowie mit „Reduktion der Medikation“ erfolgen.

Geben Sie bitte „Steigerung der Medikation“ an, wenn Sie die Dosis oder die Anzahl der verordneten Medikamente erhöht haben.

Geben Sie bitte „Reduktion der Medikation“ an, wenn Sie die Dosis oder die Anzahl der verordneten Medikamente reduziert haben. Geben Sie bitte „Keine“ an, wenn keine Therapieanpassung erfolgt ist.

## Anlage 12 Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) - Dokumentation

| Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation |                                                                                            |                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lfd. Nr.                                                       | Parameter                                                                                  | Ausprägung                                                                               |
| Anamnese- und Befunddaten                                      |                                                                                            |                                                                                          |
| 1                                                              | Aktueller FEV <sub>1</sub> -Wert (alle sechs bis zwölf Monate)                             | X Prozent des Soll-Wertes/Nicht durchgeführt                                             |
| 1a                                                             | Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt                                 | Ja/Nein                                                                                  |
| Relevante Ereignisse                                           |                                                                                            |                                                                                          |
| 2                                                              | Häufigkeit von Exazerbationen <sup>1</sup> seit der letzten Dokumentation <sup>2</sup>     | Anzahl                                                                                   |
| 3                                                              | Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation <sup>2</sup> | 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                                                                                  |
| 9a                                                             | Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen <sup>3</sup>                  | Ja/Nein                                                                                  |
| 10                                                             | Empfohlene Schulung wahrgenommen                                                           | Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen     |

| Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – Dokumentation |                                                                                            |                                   |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Lfd. Nr.                                                       | Parameter                                                                                  | Ausprägung                        |
| Behandlungsplanung                                             |                                                                                            |                                   |
| 11                                                             | COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst                                             | Ja/Nein                           |
| 12                                                             | Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen <sup>4</sup>                                    | Ja/Nein                           |
| 13                                                             | Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen <sup>4</sup>            | Ja/Nein                           |
| 14                                                             | An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen <sup>4, 5</sup> | Ja/Nein/War aktuell nicht möglich |
| 15                                                             | Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen                                         | Ja/Nein                           |

<sup>1</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: „Exazerbation“ (z. B. „akute Verschlechterung der Symptomatik, die eine Veränderung der Medikation erfordert“) in der Ausfüllanleitung definieren.

<sup>2</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

<sup>3</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

<sup>4</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei aktiven Rauchern zu erheben.

<sup>5</sup> 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: 26. April 2017  
Version 4

## Anamnese- und Befunddaten

### Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate)

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie hier bitte den aktuell vor einer Spasmolyse gemessenen FEV1-Wert Ihres Patienten<sup>1</sup> als Prozent-Wert zum Sollwert mit einer Stelle hinter dem Komma oder „nicht durchgeführt“ an.

### Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Die individuelle Risikokonstellation bezüglich des Auftretens einer Osteoporose soll einmal jährlich bei allen Patienten klinisch abgeschätzt werden. Risikofaktoren für das Auftreten einer Osteoporose bei Patienten mit COPD sind neben Alter, Geschlecht, Untergewicht, Immobilität auch die systemische Entzündung bei schwerer COPD (FEV1 unter 50% des Sollwertes) und die medikamentöse Therapie (z. B. systemische Glukokortikosteroide, auch in geringen Tagesdosen).

## 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 (ohne Nachkommastelle) 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 (ohne Nachkommastelle) 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 mindestens eine Angabe. Bitte machen Sie bei der Angabe „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.

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird im Dokument die allgemeine Formulierung Patient verwendet. Damit sind sowohl weibliche als auch männliche Patienten umfasst.

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**

- Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (z. B. *Fenoterol*, *Salbutamol*, *Terbutalin*)
- Kurz wirksame Anticholinergika (z. B. *Ipratropiumbromid*,)
- Kombination von kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum und Anticholinergikum

In begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit **rascher** Wirkstofffreisetzung, als **Bedarfstherapie**)
- Bei Schleimretention können erwogen werden: Inhalation von Kochsalzlösung, mukoaktive Substanzen

Bei akuten Exazerbationen ist primär eine Intensivierung der Therapie mit Bronchodilatoren sowie ggf. eine kurzfristige (in der Regel fünftägige bis maximal 14-tägige) Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden, erforderlich.

falls erforderlich zur **Dauertherapie**

- Langwirksames Anticholinergikum (z. B. *Tiotropiumbromid*)
- Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (z. B. *Formoterol*, *Salmeterol*)
- Kombination von lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum und Anticholinergikum

In begründeten Einzelfällen:

- Inhalative Glukokortikosteroide (bei schwerer und sehr schwerer COPD, und zwar nur dann, wenn mindestens 2 Exazerbationen innerhalb von 12 Monaten auftraten oder wenn Zeichen eines Asthma bronchiale bestehen).
- Rofluminal (für Patienten mit schwerer und sehr schwerer COPD mit Symptomen wie Auswurf und Husten)
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung zur Dauertherapie) nur, wenn die Wirkung von lang wirksamen Bronchodilatoren und inhalativen Glukokortikosteroiden unzureichend ist

## Kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika

Mindestens 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

Mindestens 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

Mindestens 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**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Nach einer initialen Einweisung in die Applikationstechnik soll die Inhalationstechnik in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden .

Geben Sie hier bitte an, ob Sie dies bei der heutigen Konsultation getan haben.

## **Sonstige diagnosespezifische Medikation**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Sofern Sie „Nein“ angegeben haben, darf keine weitere Angabe erfolgen.

Sollte Ihr Patient Theophyllin, inhalative oder systemische Glukokortikosteroide oder andere bzw. weitere Medikamente zur Behandlung der COPD erhalten, geben Sie dies bitte hier an. Die Angaben zu Theophyllin, inhalative und/oder systemische Glukokortikosteroide sowie „Andere“ können einzeln oder gemeinsam erfolgen.

Unter der Angabe „Andere“ sind z.B. mukoaktive Substanzen wie z. B. Acetylcystein, Ambroxol oder Carbocystein umfasst.

# **Schulung**

## **Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)**

Genau 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 mit „Ja“ an.

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

## **Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen**

Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient bereits vor seiner Teilnahme am DMP COPD an einer COPD-Schulung teilgenommen hat. Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- b) andere Schulungsmaßnahmen, die den Patienten durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt haben, auf der Basis eigener Entscheidungen die COPD bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen der COPD zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an. Eine erneute Teilnahme an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine Schulung wahrgenommen, dokumentieren Sie dies bitte mit der Angabe „Nein“.

## Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Genau eine Angabe ist erforderlich. Sie ist ausschließlich im Rahmen einer Folgedokumentation gültig.

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 und verpflichtend.

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 Angabe „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. Die Angabe „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

## Behandlungsplan

### COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst

Genau 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.

### Empfehlung zum Tabakverzicht ausgesprochen

Genau eine Angabe ist bei allen aktiven Rauchern erforderlich.

Der Raucherstatus sollte bei jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden. In einer klaren und persönlichen Form soll der Patient dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Dabei sollen gleichzeitig wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung aufgezeigt werden. Ausstiegsbereiten Rauchern soll die Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm empfohlen werden.

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) einen Tabakverzicht empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an.

Wurde keine Empfehlung ausgesprochen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

### Empfehlung zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogramm ausgesprochen

Genau eine Angabe ist bei allen aktiven Rauchern erforderlich.

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm empfohlen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an.

Wurde keine Empfehlung ausgesprochen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

Sofern Sie nicht selber ein zertifiziertes Tabakentwöhnungsprogramm anbieten, finden Sie geeignete Tabakentwöhnungsprogramme z. B. im Internet unter [www.zentrale-pruefstelle-praevention.de](http://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de) oder auch direkt über die Internetseiten der Krankenkassen.

### **An einem Tabakentwöhnungsprogramm seit der letzten Empfehlung teilgenommen**

Genau eine Angabe ist bei allen aktiven Rauchern erforderlich und nur im Rahmen einer Folgedokumentation möglich und hier verpflichtend.

Bitte geben Sie hier an, ob Ihr Patient an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen hat und machen Sie in diesem Fall die Angabe „Ja“. Wenn Ihr Patient Ihrer Empfehlung nicht gefolgt ist, machen Sie die Angabe „Nein“. Sollte eine Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm bisher nicht möglich gewesen sein, machen Sie bitte die Angabe „War aktuell nicht möglich“.

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

### **Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Körperliches Training führt in der Regel zu einer Verringerung der COPD-Symptomatik und der Exazerbationsrate, zur Besserung der Belastbarkeit und kann zur Verbesserung der Lebensqualität oder Verringerung der Morbidität beitragen.

Daher soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten hinweisen und zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen motivieren (z. B. im Rahmen ambulanter Rehabilitations- und Funktionssportgruppen, wie z. B. „Lungensportgruppen“). Ein regelmäßiges, mindestens einmal wöchentliches Training soll empfohlen werden.

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) eine Empfehlung zum körperlichen Training ausgesprochen haben, geben Sie dies bitte hier mit „Ja“ an.

Wurde keine Empfehlung ausgesprochen, geben Sie dies bitte hier mit „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 BAS**

## **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
- E 19 BVA 515 an gkv-spitzenverband.de ohne Az. v. 21.3.2017
- E 20 BVA 515 - 5626.5 – 3035/2016 und 515 - 5620 - 1848/2016 v. 31.3.2017
- E 21 BVA 515 ohne Az v. 11.10.2017



**2018**

E 22 BVA 612 - AK DMP ohne Az. v. 20.12.2018

**2019**

E 23 BVA 515 – 5623.22 - 1074/2016 v. 18.2.2019

E 24 BVA 611 - AK Organisation v. 7.5.2019

**2020**

E 25 BAS 515 – ohne Az. v. 25.6.2020

E 26 BAS 515 – ohne Az. v. 8.12.2020

**2021**

E 27 BAS 515 – ohne Az. v. 26.5.2021

E 28 BAS 515 – ohne Az. v. 4.7.2021

**2022**

E 29 BAS 515 – ohne Az. v. 15.8.2022

# 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

Spitzenverbände der Krankenkassen

Telefonvermittlung: 0228 619 - 0  
Telefondurchwahl: 0228 619 - 16 34  
Telefax: 0228 619 - 18 74  
E-Mail: christoph.romes@bva.de

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.

- 3 -

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

IKK Bundesverband  
Abteilung Statistik und Analysen  
Herr Piroth  
Postfach 10 01 52

Telefonvermittlung: 0228 619 - 0  
Telefondurchwahl: 0228 619 - 16 34  
Telefax: 0228 619 - 18 74  
E-Mail: christoph.romes@bva.de

Tag: 06. August 2004  
Bearbeiter(in): Herr Romes

51401 Bergisch Gladbach

---

**Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)**  
**hier: Beendigung der Programmteilnahme von eingeschriebenen Versicherten bei To-**  
**desfall 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 Ausschlussstatbestand erst nach Ablauf des Dokumentationszeitraums gewertet werden kann. Der Versicherte verbleibt in dem dargestellten Szenario somit bis zum Todestag in dem entsprechenden Programm.

- 2 -

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

AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
53170 Bonn

Telefonvermittlung: 0228 619 - 0  
Telefondurchwahl: 0228 619 - 16 34  
Telefax: 0228 619 - 18 74  
E-Mail: christoph.romes@bva.de

Bundesverband der  
Betriebskrankenkassen  
Postfach 10 05 31  
45005 Essen

Tag: 27. September 2004

Bearbeiter(in): Herr Romes

— Bundesverband der  
Innungskrankenkassen  
Friedrich-Ebert.Str.  
51429 Bergisch Gladbach

Bundesverband der  
landwirtschaftlichen Krankenkassen  
Postfach 41 03 56  
34114 Kassel

Bundeknappschaft  
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 Bundesversiche-  
rungsamt am 31. August 2004**

- 2 -

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf der o.g. Besprechung baten Sie um eine Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes zur Prüfung des Ausschlussstatbestandes 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 Dokumentationsätze.

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 Ausschlussstatbestandes 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

### Spitzenverbände der Krankenkassen

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

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 Ausschlussstatbestände 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 vorgenommenen Einschreibungen ohne Beachtung der Beendigungstatbestände des § 28 d Abs. 2 Satz 2 RSAV könnte zu Fehlansätzen 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.

- 4 -

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

— AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
  
53170 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

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.

- 3 -

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

AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
53170 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

Bundesverband der Betriebskrankenkassen  
Postfach 10 05 31  
45005 Essen

DATUM 10. Juli 2006  
AZ V2-5623.0-2186/2002  
(bei Antwort bitte angeben)

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 Ausschlussstatbestände 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 Ausschlussstatbestände. 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 Ausschlussstatbestand 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

AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
53170 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)

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

AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
53170 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

Bundesverband der Betriebskrankenkassen  
Postfach 10 05 31  
45005 Essen

DATUM 09. Juli 2007  
AZ V 2 - 5620.0 - 3316/2004  
(bei Antwort bitte angeben)

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

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

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)

**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

- 2 -

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

AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
53170 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)

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 rückwirkende 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

§ 28 d Abs. 1 Nr. 1 RSAV durch die Erstdokumentation, die Dokumentation der Einschreibe-  
kriterien sowie die schriftliche Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch den behan-  
delnden 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 Diagnose-  
bestätigung 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  
Im Auftrag  
gez. van Doorn

Beglaubigt:  
  
Verw.-Angest.



## Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

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

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)

**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 (SpK) zu DMP-Zulassungsfragen am 22. Januar 2008 und 13. März  
2008**

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

AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
53170 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)

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

beglaubigt:

Im Auftrag

Heinrich Hinken

Verw.-Angestellte

**Anlage**



## Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
53170 Bonn

|                |                                                         |
|----------------|---------------------------------------------------------|
| HAUSANSCHRIFT  | Friedrich-Ebert-Allee 38<br>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<br>(bei Antwort bitte angeben) |

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.

### **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

Beglaubigt

Im Auftrag

gez. van Doorn

Verw.-Angest.



## Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51  
10117 Berlin

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)

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

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

GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51  
10117 Berlin

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

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

DATUM 09. Dezember 2008  
AZ V 2 - 5620.0 - 3316/2004  
(bei Antwort bitte angeben)

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



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:

- o 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.
- o 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 und 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<br>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<br>(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.

- 2 -

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 Ausdrücke 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.

- 3 -

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](mailto:judith.pelikan@bvamt.bund.de)  
[www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de)

**Von:** Michael Wiorkowski  
**An:** @gkv-spitzenverband.de  
**Datum:** 21.03.2017 09:25  
**Betreff:** Akzeptanz von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen als PVS-Ausdruck  
**Anlagen:** 20080801-TEEWE-PVS-Ausdruck.pdf

Sehr geehrte Frau ,

auf Anfrage einer ARGE haben wir heute nach Abstimmung mit dem Arbeitskreis DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder zur Gültigkeit von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen im Grundsatz wie folgt Stellung genommen:

Nach Ziffer 3.4 des Prüfhandbuchs der Prüfdienste des Bundes und der Länder zum Bereich DMP werden bei der DMP-Prüfung Formulare anerkannt, die den Anforderungen des § 28d Abs. 1 RSAV in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Hierzu haben wir am 1.08.2008 in einem Schreiben an die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen ausgeführt, dass maschinell erzeugte TE/EWE mit den gültigen Formularen, die mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmt wurden, inhaltlich übereinstimmen müssen (s. Anlage: Schreiben BVA vom 1.08.2008). Auf die graphische Aufbereitung kommt es dabei nicht an. Bei inhaltlichen Abweichungen ist fraglich, ob sie so wesentlich sind, dass maßgebliche Inhalte der Einwilligung fehlen oder Inhalte vom Versicherten - oder vom Arzt hinsichtlich der Diagnosesicherung - unter Zugrundelegung objektiver Kriterien missverstanden werden könnten.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Michael Wiorkowski

-----  
Bundesversicherungsamt  
Referat 515 - "Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke - DMP"  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn  
Telefon-Nr.: 0228/619-1649  
Fax: 0228/619-1835  
E-Mail: michael.wiorkowski@bvmamt.bund.de  
Internet: <http://www.bundesversicherungsamt.de>





Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Nadine Böhmert o.V.i.A.  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1654

FAX +49 228 619 1797

joern.ruebenstrunk@bvmf.bund.de  
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Rübenstrunk

31. März 2017

AZ 515-5626.5-3035/2016

515-5620-1848/2016

(bei Antwort bitte angeben)

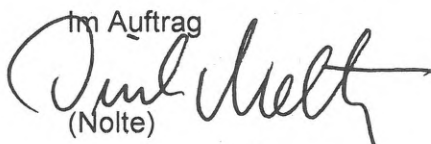
**Patienteninformation zu DMP COPD und DM 2**  
**Indikationsübergreifende Patienteninformation DMP**

Sehr geehrte Frau Böhmert,

wir bestätigen die Verwendungsfähigkeit der mit Mail vom 14.3.2017 übersandten  
Patienteninformationen zum DMP COPD und DM 2 sowie der indikationsübergreifenden  
Patienteninformation im Rahmen der DMP (Stand jeweils 6.3.2017).

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

  
(Nolte)

**Von:** Michael Wiorkowski  
**An:** @bv.aok.de; @gkv-spitzenverband.de  
**CC:**  
**Datum:** 11.10.2017 14:27  
**Betreff:** Besprechung zu DMP-Zulassungsfragen am 14. Juni 2017: TOP 3b

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben in der Besprechung am 14. Juni 2017 unter Tagesordnungspunkt 3b die Festlegung des Ankers für den Wechsel des Dokumentationsintervalls von halbjährlich auf jährlich nach fünfjähriger Teilnahmedauer bei der Indikation Brustkrebs nach der zum 1.10.2018 umzusetzenden Neuregelung in der DMP-A-RL diskutiert. Die Krankenkassenorganisationen favorisierten die Vorgehensweise, dass die erste Dokumentation, die nach Ablauf der ersten fünf Teilnahmeh Jahre erstellt wird, den Anker für den Wechsel des Dokumentationsintervalls von halbjährlich auf jährlich auslöst. Das BVA befürwortete hingegen die Verfahrensweise, dass die letzte vor Ablauf der ersten fünf Teilnahmeh Jahre fällige Dokumentation auslösender Anker für den Wechsel des Dokumentationsintervalls sein soll. Eine Entscheidung über die anzuwendende Verfahrensvariante wurde am 14. Juni 2017 noch nicht getroffen.

Das BVA hat sich zwischenzeitlich nochmals beraten. Wir legen nunmehr fest, dass die letzte vor Ablauf der ersten fünf Teilnahmeh Jahre fällige Dokumentation den Anker für den Wechsel des Dokumentationsintervalls von halbjährlich auf jährlich auslöst. Hinsichtlich der Gründe verweisen wir auf unseren Sachvortrag in der Besprechung am 14. Juni 2017. Entscheidungsleitend war letztlich auch, dass der Richtlinien text im Wortlaut regelt, dass die Dokumentation und nicht die Veranlassung der Dokumentation ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal erfolgt.

Die vorstehende Verfahrensweise wurde mit dem Arbeitskreis DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder abgestimmt.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag  
Michael Wiorkowski

-----  
Bundesversicherungsamt  
Referat 515 - "Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke - DMP"  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn  
Telefon-Nr.: [0228/619-1649](tel:02286191649)  
Fax: [0228/619-1835](tel:02286191835)  
E-Mail: [michael.wiorkowski@bvtamt.bund.de](mailto:michael.wiorkowski@bvtamt.bund.de)  
Internet: <http://www.bundesversicherungsamt.de>

## Matthias Schmidt - Antw: Wtrlt: Gültigkeit von TE/EWE im DMP

---

**Von:** Matthias Schmidt

**An:**

**Datum:** Donnerstag, 20. Dezember 2018 06:58

**Betreff:** Antw: Wtrlt: Gültigkeit von TE/EWE im DMP

---

Guten Tag Herr ,

Herr Wiorkowski hat Ihre Anfrage vom 14.11.2018 an mich weitergeleitet. Die verzögerte Beantwortung bitte ich zu entschuldigen.

Nach Absprache im Arbeitskreis teile ich Ihnen folgende Antwort mit:

Bei der RSA DMP Prüfung durch die Prüfdienste der Länder und des Bundes wird auf die Originale abgestellt. Die TE/EWE bestehen aus drei Exemplaren (für die Datenstelle, den Arzt und den Versicherten), wobei das Original für die Datenstelle vorgesehen ist. Die Datenstelle hat der Krankenkasse das Original vorzulegen.

Sollte nun der Krankenkasse das Original abhanden gekommen sein, dann kann ersatzweise auf die Durchschriften zurückgegriffen werden.

Sollten die Arztpraxen aus Vereinfachungsgründen generell Images oder Faxe (anstatt Durchschriften) an die Datenstelle zur Weiterleitung an die Krankenkasse nutzen, dann entspricht dies nicht dem Grundsatz im Prüfhandbuch, dass Originale als Belege von den Krankenkassen vorzuhalten sind. Eine Kopie oder ein Scan können als regelmäßiger Ersatz für das Original/Durchschrift nicht anerkannt werden.

Im Ausnahmefall des Verlustes des Originals und einer nicht vorhandenen Durchschrift der Arztpraxis können Kopien/Scans allenfalls dann anerkannt werden, wenn die Arztpraxis in diesem Einzelfall zusätzlich das Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalls und die Übereinstimmung des Scans bzw. der Kopie mit dem original (Durchschrift) schriftlich bestätigt oder die Scandatei mit einer entsprechenden technischen Sicherung nach dem Vertrauensdienstegesetz (qualifizierte elektronische Signatur) versehen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Matthias Schmidt  
(Leiter Arbeitskreis DMP)

-----  
Referat 612 "Steuerung der Prüfinhalte und -maßstäbe"  
Bundesversicherungsamt

Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Tel: [0228 619-1534](tel:02286191534)

Fax: [0228 619-1878](tel:02286191878)

E-Mail: [Referat\\_612@bvamt.bund.de](mailto:Referat_612@bvamt.bund.de)

E-Mail (pers.): [matthias.schmidt@bvamt.bund.de](mailto:matthias.schmidt@bvamt.bund.de)

Internet: [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de)



## Bundesversicherungsamt

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

GKV-Spitzenverband  
Abteilung Medizin  
Frau Stefanie Schlichtherle  
Reinhardtstr. 28  
10117 Berlin

### Nachrichtlich

AOK-Bundesverband  
Abteilung Versorgungsmanagement  
Geschäftsführungseinheit Versorgung  
Herrn Jürgen Plate  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Verband der Ersatzkassen e. V.  
Ambulante Versorgung  
Versorgungsmanagement  
Frau Nadine Böhmert  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin

DMP-Beauftragte des BKK-Dachverbands  
c/o spektrumK GmbH  
Versorgung & Hilfsmittel  
Frau Anja Schmitz  
Spittelmarkt 12  
10117 Berlin

KNAPPSCHAFT  
Dezernat VIII.3  
Frau Mandy Stark  
Knappschaftstr. 1  
44799 Bochum

IKK classic  
Versorgungsmanagement  
Interessenvertretung DMP  
Herrn Stefan Attenbrunner  
Kronprinzenstr. 12  
42655 Solingen

### HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1649  
FAX +49 228 619 1874

m.wiorkowski@bvtamt.bund.de  
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Herr Wiorkowski

18. Februar 2019

AZ 515-5623.22-1074/2016  
(bei Antwort bitte angeben)

**DMP: Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten durch die Datenstelle bei (noch) nicht vorliegender Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)**

**Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 7. Januar 2019  
Email des GKV-Spitzenverbands vom 28. Januar 2019**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Bezugnahme auf unser Schreiben vom 7. Januar 2019 sowie Ihre Email vom 28. Januar 2019 teilen wir mit, dass die gewählte Karenzzeit von längstens 18 Monaten zur Aufbewahrung von Dokumentationsdaten bei nicht vorliegender Einwilligungserklärung des Versicherten mit der vom GKV-Spitzenverband am 28. Januar 2019 übermittelten krankenkassenseitig abgestimmten Unterlage nachvollziehbar erläutert wird. Gegen eine Umsetzung des abgestimmten Verfahrens zum Umgang mit Dokumentationsdaten bei fehlender Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu dem angekündigten Zeitpunkt 1. April 2019 bestehen daher keine Bedenken.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Nolte

beglaubigt:

Verw.-Angestellte

**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 Unterschriftersatz**

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 Unterschriftersatz 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 Unterschriftersatz 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 Unterschriftersatz 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 -

**Von:** Ute Moldenhauer  
**An:**  
**CC:**

**Datum:** 25.06.2020 18:25  
**Betreff:** Antw: Abstimmung zur Umsetzung des Beschlusses zur 19. Änderung der DMP-A-RL zu  
Sonderregelung für Schulungsteilnahmen

Sehr geehrte Frau ,

nach zwischenzeitlich erfolgtem Inkrafttreten der 25. RSA-ÄndV bestätigen wir Ihnen, dass die zur Umsetzung des am 8.04.2020 in Kraft getretenen G-BA-Beschlusses zu Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen wegen der COVID-19-Pandemie vom 27.03.2020 und die daraufhin am 6.05.2020 abgestimmte Regelung zur Bewertung der Schulungsteilnahmen von Versicherten weiterhin Bestand hat.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Ute Moldenhauer

-----  
Dr. Ute Moldenhauer

Bundesamt für Soziale Sicherung  
Referat 515  
"Strukturierte Behandlungsprogramme  
für chronisch Kranke – DMP"

Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

Telefon:0228/619-1929  
Telefax:0228/619-1874  
Email: ute.moldenhauer@bas.bund.de

Homepage:  
[www.bundesamtsozialesicherung.de](http://www.bundesamtsozialesicherung.de) ( about:[www.bundesamtsozialesicherung.de](http://www.bundesamtsozialesicherung.de) )



**Von:** Ute Moldenhauer

**An:**

**CC:**

Wiorowski, Michael

**Datum:** 06.05.2020 12:39

**Betreff:** Antw: Fwd: Fwd: Fwd: Wtrlt: Abstimmung zur Umsetzung des Beschlusses zur 19. Änderung der DMP-A-RL zu Sonderregelung für Schulungsteilnahmen

Sehr geehrte Frau ,

mit der von Ihnen in Ihrer Email vom 30.04.2020 im Namen der Kassenvertreter auf Bundesebene vorgetragenen Auslegung bzgl. der Sonderregelung für Schulungsteilnahmen in Zeiten der Coronakrise sind wir einverstanden.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Ute Moldenhauer

---

Dr. Ute Moldenhauer

Bundesamt für Soziale Sicherung  
Referat 515  
"Strukturierte Behandlungsprogramme  
für chronisch Kranke – DMP"

Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

Telefon: 0228 / 619-1929  
Telefax: 0228 / 619-1874  
Email: [ute.moldenhauer@bas.bund.de](mailto:ute.moldenhauer@bas.bund.de)

Homepage:  
[www.bundesamtsozialesicherung.de](http://www.bundesamtsozialesicherung.de) ( [about:www.bundesamtsozialesicherung.de](http://about:www.bundesamtsozialesicherung.de) )

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur 19. Änderung der

> DMP-A-RL sieht u. a. vor, dass „die Teilnahme an Schulungen (...) für Patientinnen und Patienten im Jahr 2020, sofern endemisch geboten, ausgesetzt werden [können].“

> Der Beschluss soll dem Umstand Rechnung tragen, dass bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen die Vermeidung einer Ansteckung mit COVID-19 höchste Priorität hat. Ausweislich der Tragenden Gründen zum Beschluss sei es „nicht zu verantworten, dass die in DMP eingeschriebenen chronisch kranken Patientinnen und Patienten einer Verpflichtung zur Teilnahme an Schulungen und regelmäßigen persönlichen Untersuchungen unterliegen. Dies gilt insbesondere aufgrund der Rechtsfolge des § 28d Absatz 2 Nummer 2 RSAV, wonach verpasste Schulungen und nicht erfolgte Untersuchungs-Dokumentationen die DMP-Teilnahme beenden können.“

Weiter heißt es in den Tragenden Gründen jedoch auch: „Gleichwohl können und sollen weiterhin Dokumentationen und Schulungen erfolgen, wenn die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt mit dem oder der DMP-Versicherten unter individueller Abwägung der Risiken bei Absage oder Durchführung (telefonisch) vereinbart hat, dass die Kontrolluntersuchung oder die Schulung im Einzelfall gleichwohl notwendig ist und durchgeführt werden soll.“

Nach unserer Auffassung bedeutet dies für die Umsetzung der vorstehenden Regelung folgendes:

> In den Fällen, in denen für den Versicherten eine Dokumentation gültig erstellt wurde, gilt diese Dokumentation auch mit all ihren Angaben.

Im Falle der Angabe zu Schulungen hat dies zur Konsequenz, dass, sofern eine Angabe zu „empfohlene Schulung(en)“ auf „Nein“ lautet, diese Angabe auch zur Bewertung des Beendigungsgrundes nach § 24 Abs. 2 Nr. 2b (neue Fassung) bzw. § 28d Abs. 2. Nr. 2b (alte Fassung) RSAV „zwei empfohlene Schulungen nicht innerhalb von 12 Monaten nicht wahrgenommen“ mit zu berücksichtigen ist. Die Vorgabe aus § 24 RSAV sowie die Umsetzungshinweise aus dem Prüfhandbuch des Bundes und der Länder (sowie der Abstimmung aus der E-Mail vom 28.04.2020) kommen unverändert weiterhin zur Anwendung.

Mit dieser Auslegung wird zum einen dem Umstand Rechnung getragen, dass in dem Fall, in dem eine Dokumentation erstellt wurde, davon ausgegangen werden muss, dass der Arzt alle Angaben bewusst gemacht hat. Dies schließt auch die Angabe „Nein“ ein. Eine befristete Uminterpretation auf die Angabemöglichkeit „war aktuell nicht möglich“ durch die Krankenkasse halten wir für nicht gerechtfertigt: Der Arzt hat mit der Dokumentationserstellung genau das gemacht, was das DMP vorgibt. Es muss angenommen werden, dass er zuvor eine individuelle Abwägung der Risiken vorgenommen hat. Diese Annahme vorausgesetzt, steht es einer Krankenkasse auch in der Pandemiesituation nicht zu, die ärztlichen Angaben in Zweifel zu ziehen. Insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass einerseits dem Arzt die Angabemöglichkeit „war aktuell nicht möglich“ zur Verfügung steht und andererseits dieser Dokumentationsparameter und die Konsequenzen der Angabe „Nein“ seit Beginn der DMP bekannt sind. Die Pandemiesituation ist unbestritten eine außergewöhnliche Situation, die auch Sonderregelungen notwendig macht. Handeln ein Arzt und ein Versicherter jedoch nach Abwägung aller Risiken „normal“, müssen auch die neben den Sonderregelungen weiterhin gültigen „normalen“ Regelungen gelten. Auch verhindert diese Auslegung eine Benachteiligung von Versicherten (und Krankenkassen), deren Teilnahme aufgrund des späten Zeitpunktes des Inkrafttretens des Beschlusses bereits im 1. Quartal wegen zweier nicht wahrgenommener Schulungen beendet wurden.

Wir bitten im Namen der Kassenvertreter auf Bundesebene um eine Rückmeldung, ob Sie mit der vorgetragenen Auslegung einverstanden sind.

Mit freundlichen Grüßen

- > T +49 30 586945 272
- > F +49 30 586945 39272
- >
- > E-Mail [Anja.Schmitz@SpectrumK.de](mailto:Anja.Schmitz@SpectrumK.de)
- >
- >
- > URL
- > [www.spectrumK.de](http://www.spectrumK.de)
- >
- > Geschäftsführer: Yves Rawiel
- > Vorsitzender des Aufsichtsrats: Lutz Kaiser
- > Amtsgericht Charlottenburg; HRB-Nr.112678 B
- >
- >
- >
- >

**Von:** Michael Wiorkowski  
**An:**  
**CC:** Nolte, Dirk; Schmidt, Matthias  
**Datum:** 08.12.2020 09:54  
**Betreff:** Antw: Fallanfrage zur Gültigkeit einer ED während Mitgliedschaftsunterbrechung > 6 Monate

Sehr geehrte Frau,

zu Ihrer mit Email vom 20.11.2020 übermittelten Anfrage nehmen wir nach Abstimmung mit dem Arbeitskreis DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder wie folgt Stellung:

Die Voraussetzungen für die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm sind in § 24 Abs. 1 RSAV geregelt. Danach kann nur ein Versicherter an einem DMP teilnehmen. Der Halbsatz „Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann nur zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass der Versicherte“ steht über den kumulativ zu erfüllenden Einschreibevoraussetzungen. Die Versicherteneigenschaft muss ausweislich dieser Rechtsvorschrift daher bei allen aufgeführten Einschreibetatsachen der Nummern 1 bis 3 und somit auch bei Erstellung der ED vorliegen. Folglich sind im Dokumentationsdatensatz auch Eintragungen zu Krankenkasse (Kostenträgerkennung und Kostenträgername) und zum Versicherten (Versichertennummer) verbindlich vorgesehen. Ausnahmen zur Teilnahme von Nichtversicherten sind nur im engen gesetzlich geregelten Rahmen möglich. Im vorliegenden Fall kämen die Ausnahmeregelungen zur Unterbrechung der Mitgliedschaft nach § 24 Abs. 3 RSAV in Betracht. Die hier vorgesehene sechsmonatige Frist nach § 24 Abs. 3 RSAV wird jedoch im vorliegenden Fall überschritten.

Zwar fiel der etwaige Tag der die Zuweisung der Programmkostenpauschale auslösenden Einschreibung nach § 15 Abs.7 RSAV auf einen Tag, an dem die betroffene Person bei der Krankenkasse versichert war, da die TE/EWE erst nach (Wieder-)Eintritt des Versicherungsverhältnisses erstellt wurde. Allerdings verweist § 15 Abs. 7 RSAV als Voraussetzung für die RSA-wirksame Einschreibung ausdrücklich auf die - engeren - Tatbestandsvoraussetzungen des § 24 Satz 1 Nummer 1 bis 3 RSAV und erweitert diese nicht. Der Versicherte war daher im vorliegenden Fall - und wäre auch in den anderen vorgetragenen Fallversionen - nicht in das DMP einzuschreiben.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Michael Wiorkowski

-----  
Bundesamt für Soziale Sicherung  
Referat 515 - "Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke - DMP"  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn  
Telefon-Nr.: 0228/619-1649  
Fax: 0228/619-1874  
E-Mail: michael.wiorkowski@bas.bund.de  
Internet: <http://www.bundesamtsozialesicherung.de>

**Von:** Michael Wiorkowski  
**An:**  
**CC:**

**Datum:** 26.05.2021 07:49  
**Betreff:** Antw: Anfrage zum DMP KHK - hier: Umgang mit geänderten Schulungsangaben zum 01.04.2021

Sehr geehrte Frau ,

wir danken Ihnen für den mit Email vom 11.05.2021 übermittelten Verfahrensvorschlag zum Umgang mit den geänderten Schulungsangaben in der Dokumentation KHK zum 1.04.2021.

Wir stimmen Ihrer Auffassung zu, dass bei der Indikation KHK die Angabe der Ausprägung "Nein" beim Dokumentationsparameter "Empfohlene Schulung wahrgenommen" in einer ab dem 1.04.2021 erstellten Dokumentation in Verbindung mit der Ausprägung "Diabetes-Schulung: Ja" und/oder "Hypertonie-Schulung: Ja" beim Dokumentationsparameter "Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)" in einer vorangegangenen bis zum 31.03.2021 erstellten Dokumentation bei der Prüfung des Ausschlussstatbestandes nach § 24 Abs. 2 Nr. 2b RSV, ob der Versicherte innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat, unberücksichtigt bleibt.

Diese Rechtsauslegung wurde mit dem Arbeitskreis DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder abgestimmt.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag  
Michael Wiorkowski

-----  
Bundesamt für Soziale Sicherung  
Referat 515 - "Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke - DMP"  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn  
Telefon-Nr.: 0228/619-1649  
Fax: 0228/619-1874  
E-Mail: michael.wiorkowski@bas.bund.de  
Internet: <http://www.bundesamtsozialesicherung.de>

**Wiorkowski, Michael**

---

**Von:** Referatsleitung515  
**Gesendet:** Sonntag, 4. Juli 2021 17:33  
**An:**

**Cc:**

**Betreff:** Verwendung alte TE/EWE im Einzelfall

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie hatten mit Anfrage vom 18.05.2021 vorgeschlagen, dem Versicherten nachträglich die indikationsspezifische Broschüre anstelle der gültigen Patienteninformation zu übersenden, wenn beim Arzt ein veralteter Formularsatz der TE/EWE genutzt wurde.

Aufgrund der in der Besprechung mit dem GKV-SV zu DMP-Zulassungsfragen am 16.06.2021 vorgetragenen Argumente stimmen wir nunmehr Ihrem Vorschlag zu. Somit kann der Versicherte bei Einschreibung mit einem alten Formularsatz der TE/EWE auch mit einer zugelassenen aktuellen indikationsspezifischen Broschüre anstelle der geltenden Patienteninformation über die Programminhalte informiert werden. Dabei bitten wir Folgendes zu beachten:

Diese Entscheidung gilt für Einschreibungen bis zum Ende der Anpassungsfrist der nächsten erfolgenden Anpassung einer der bestehenden DMP-Indikationen.

Auf die Änderungen, die sich gegenüber der den Versicherten ausgehändigten Einschreibeinformation ergeben haben, sollten die Krankenkassen ihre Versicherten in geeigneter Weise (z.B. Verweis auf die Informationsbroschüren) hinweisen.

Wir korrigieren damit ausdrücklich unsere Auffassung, die wir Ihnen mit Email vom 31.05.2021 mitgeteilt hatten.

Mit freundlichen Grüßen  
Dirk Nolte

+++++

Dirk Nolte  
Leiter des Referats 515 "Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke - DMP"  
Bundesamt für Soziale Sicherung  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
D-53113 Bonn  
Tel.: 0228-619-2515  
Fax: 0228-619-1877  
e-Mail: Referatsleitung515@bas.bund.de  
web: www.bundesamtsozialesicherung.de

Von: Wiorkowski, Michael  
Gesendet: Montag, 15. August 2022 09:22  
An:  
Cc:  
Betreff: AW: Anfrage zu DMP - Prüfung der ärztlichen Teilnahme anhand von LANR und BSNR

Sehr geehrte Frau ,

wir stimmen Ihrem am 14.07.2022 übermittelten Lösungsvorschlag zur Prüfung der ärztlichen Teilnahme am DMP nach Abstimmung mit dem Arbeitskreis DMP der Prüfdienste des Bundes und der Länder zu.

Eine DMP-Dokumentation ist in Bezug auf die ausstellende Ärztin bzw. den ausstellenden Arzt als gültig anzuerkennen, wenn die LANR der/des dokumentierenden Ärztin/Arztes in Kombination mit der BSNR in der Liste der am Programm teilnehmenden Ärzte enthalten ist. Dabei müssen lediglich jeweils die eindeutig identifizierbaren ersten sieben Stellen von LANR und BSNR mit den Angaben im Leistungserbringerverzeichnis übereinstimmen.

Wir werden Ihren Lösungsvorschlag zudem bei der Weiterentwicklung des Prüfhandbuchs DMP für den nächsten Prüfzyklus berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag  
Michael Wiorkowski

-----  
Bundesamt für Soziale Sicherung  
Referat 515 - "Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke - DMP"  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn  
Telefon-Nr.: 0228/619-1649  
E-Mail: michael.wiorkowski@bas.bund.de  
E-Mail Referat: Referat515@bas.bund.de  
De-Mail Referat: Referat515@bas.de-mail.de  
Internet: <http://www.bundesamtsozialesicherung.de>



**nicht belegt**

**Anlage F**

## **Musterschreiben**

## **Anlage G**

- G 1    Prüfkündigung - bundesunmittelbare Krankenkasse
- G 2    Prüfkündigung - landesunmittelbare Krankenkasse
- G 3    Anforderungsliste DMP
- G 4    Musterschreiben Datenstelle - bundesunmittelbare Krankenkasse
- G 5    Musterschreiben Datenstelle - landesunmittelbare Krankenkasse
- G 6    Bestätigung der Datenintegrität

## **Anforderungsliste DMP**

### **Allgemeines**

- Genehmigung Satzungsnachtrag „Modellvorhaben“

### **Einschreibung / Fortsetzung / Beendigung der Teilnahme**

- Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, wenn das jüngste Unterschriftsdatum nach dem 31.12.2019 und vor dem 01.01.2022 liegt
- Erstdokumentationen, wenn das Erstellungs- oder Korrekturdatum nach dem 31.12.2019 und vor dem 01.01.2022 liegt
- Folgedokumentationen (ab dem ersten Quartal 2020 bis einschließlich der dem zu prüfenden Berichtsjahr 2021 nachfolgenden, sich aus dem Dokumentationsintervall ergebenden bis zu zwei Dokumentationszeiträume in 2022)
- 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. § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV  
hier: DMP für das Ausgleichsjahr 2021**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Prüfdienst hat die Durchführung einer Prüfung nach § 20 Abs. 1 Satz 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 2021

- Erstdokumentationen, wenn das Erstellungs- oder Korrekturdatum nach dem 31.12.2019 und vor dem 1.1.2022 liegt.
- Folgedokumentationen ab dem ersten Quartal 2020 bis einschließlich der dem zu prüfenden Ausgleichsjahr 2021 nachfolgenden, sich aus dem Dokumentationsintervall ergebenden bis zu zwei Dokumentationszeiträume in 2022.

### 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 Bundesamtes für Soziale Sicherung (<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\_20210721.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 2021 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. § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV  
hier: DMP für das Ausgleichsjahr 2021**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Prüfdienst hat die Durchführung einer Prüfung nach § 20 Abs. 1 Satz 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 2021

- Erstdokumentationen, wenn das Erstellungs- oder Korrekturdatum nach dem 31.12.2019 und vor dem 1.1.2022 liegt.
- Folgedokumentationen ab dem ersten Quartal 2020 bis einschließlich der dem zu prüfenden Ausgleichsjahr 2021 nachfolgenden, sich aus dem Dokumentationsintervall ergebenden bis zu zwei Dokumentationszeiträume in 2022.

### 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\_20210721.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 2021 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

Briefkopf Bundesamt für Soziale Sicherung

Anschrift der Krankenkasse

**RSA-Prüfung gemäß § 266 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 20 RSAV  
Versicherungszeiten/DMP Ausgleichsjahr 2021**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beabsichtigen, ab Anfang März 2026 die RSA-Prüfung nach § 266 Abs. 8 i. V. m. § 20 RSAV im Prüffeld

- Versicherungszeiten (Ausgleichsjahr 2021)
- Strukturierte Behandlungsprogramme/DMP (Ausgleichsjahr 2021)
- Amtlicher Gemeindeschlüssel (Ausgleichsjahr 2021) und
- Vorsorgepauschale (Ausgleichsjahr 2021)

durchzuführen.

Da jedoch nicht alle bundesunmittelbaren Krankenkassen zeitgleich geprüft werden können, wird sich die für Sie zuständige Außenstelle des Bundesamtes für Soziale Sicherung 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 dem „RSA-Prüfhandbuch und Durchführungshinweise der Prüfdienste des Bundes und der Länder - Versicherungszeiten-, RSA-Prüfungen für das Ausgleichsjahr 2021“, „RSA-Prüfhandbuch der Prüfdienste des Bundes und der Länder DMP für das Ausgleichsjahr 2021“ und dem „RSA-Prüfhandbuch der Prüfdienste des Bundes und der Länder Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen für das Ausgleichsjahr 2021“ zu entnehmen, die Ihnen nach Freigabe durch die Prüfdienste voraussichtlich im Januar/Februar 2026 zur Verfügung gestellt werden. 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 Bundesamtes für Soziale Sicherung.

Die Prüfung der Versicherungszeiten erstreckt sich auf die Gesamtheit der Versicherten, die im Laufe des Ausgleichsjahres 2021 bei Ihrer Krankenkasse versichert waren. Aus der von Ihnen gemeldeten Satzart 110 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (RSA-Stelle)

- Versicherte,
- davon DMP-Versicherte und
- Versicherte mit Vorsorgepauschale

per Zufall ausgewählt und als Datei (Satzart 110SV und 832SV) 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 FTP-Server 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 inklusive der Datenintegritätserklärungen bis sowie die Satzart 832P von den Datenannahmestellen bzw. den von Ihnen beauftragten Dienstleistern erstellen zu lassen und uns bis zum inklusive der Datenintegritätserklärung (im Ordner „RSA“) über den FTP-Server des Prüfdienstes (<https://pdk.bundesamsozialesicherung.de/>) zur Verfügung zu stellen.**

**Den technischen Aufbau der Satzart 110PV und 832P 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.

Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Selektivverträge (sowohl kassenindividuelle als auch z. B. vom Landes-/Spitzenverband geschlossene Verträge) im Rahmen der Prüfung der Vorsorgepauschale vorzuhalten sind.

Zur Anerkennung von Images als Belege verweisen wir insofern auf die Ausführungen im Prüfhandbuch unter Punkt 1.8. Belege und Daten. Die Anforderungslisten dazu werden Ihnen mit den Prüfhandbüchern (voraussichtlich im Januar/Februar 2026) übersandt.

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 BAS über den FTP-Server (<https://pdk.bundesamsozialesicherung.de/>) bis zur Verfügung stellen zu lassen. Die Datenstellen haben wir mit Schreiben vom heutigen Tag informiert, dass wir die zu prüfenden Versicherten (inkl. DMP-Fällen) den Krankenkassen mitgeteilt haben. Bei Stichprobenfällen, welche vom elektronischen Datenübermittlungsverfahren betroffen sind, beachten Sie bitte die Besonderheiten des Archivierungs- und Versandlistenverfahrens.

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.

Wir sind auch bestrebt, Prüfhandlungen im Rahmen von Fernzugriffslösungen vorzunehmen. Auch hierzu wird sich die für Ihre Prüfung zuständige Außenstelle mit Ihnen in Verbindung setzen.

**Folgende Dateien wurden Ihnen auf dem FTP-Server bereitgestellt:**

- Satzart 110LV (Pseudonyme der Stichprobenversicherten)
- Datensatzbeschreibung Satzart 110PV
- Datensatzbeschreibung Satzart 110LV
- eine Kopie dieses Anschreibens
- Bestätigungen Datenintegrität
- Musteranschreiben Datenstellen

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

(Unterschriftsberechtigte/r)

**Anlagen:**

Satzart 110LV (Pseudonyme der Stichprobenversicherten)

Datensatzbeschreibung Satzart 110PV

Datensatzbeschreibung Satzart 110LV

Bestätigungen Datenintegrität

Musteranschreiben Datenstellen

Briefkopf Prüfdienst

Anschrift der Krankenkasse

### **RSA-Prüfung gemäß § 266 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 20 RSAV**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beabsichtigen, ab 2026 in der (Ort der Prüfung) die RSA-Prüfung nach § 266 Abs. 8 i. V. m. § 20 RSAV im Prüffeld

- Versicherungszeiten (Ausgleichsjahr 2021)
- Strukturierte Behandlungsprogramme/DMP (Ausgleichsjahr 2021)
- Amtlicher Gemeindeschlüssel (Ausgleichsjahr 2021) und
- Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (Ausgleichsjahr 2021)

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 2021“, „RSA-Prüfhandbuch der Prüfdienste des Bundes und der Länder DMP für das Ausgleichsjahr 2021“ und dem „RSA-Prüfhandbuch der Prüfdienste des Bundes und der Länder Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen für das Ausgleichsjahr 2021“ zu entnehmen. Zu den Anforderungen an die Unterlagen wird auf die Prüfhandbücher verwiesen. Die oben genannten Versionen der Prüfhandbücher werden voraussichtlich im Januar/Februar 2026 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht.

Die Auswahl und der Umfang der zu prüfenden Stichproben ergeben sich aus dem Stichproben- und Hochrechnungsmodell des Bundesamtes für Soziale Sicherung.

Die Prüfung der Versicherungszeiten erstreckt sich auf die Gesamtheit der Versicherten, die im Laufe des Berichtsjahres 2021 bei Ihrer Krankenkasse versichert waren. Aus der von Ihnen gemeldeten Satzart 110 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (RSA-Stelle)

- Versicherte,
- davon DMP-Versicherte und
- Versicherte mit Vorsorgepauschale

per Zufall ausgewählt und als Datei (Satzart 110SV und 832SV) 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, ausgehend von den in der Satzart 110LV übersandten Pseudonymen die Satzart 110PV zu erstellen und uns diese inklusive der Datenintegritätserklärungen bis (achtwöchige Frist ab Versand dieses Schreibens) sowie die Satzart 832P von den Datenannahmestellen bzw. den von Ihnen beauftragten Dienstleistern erstellen zu lassen und uns bis zum (zwölfwöchige Frist ab Versand dieses Schreibens) inklusive der Datenintegritätserklärung zur Verfügung zu stellen.**

**Den technischen Aufbau der Satzart 110PV und 832P 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.

Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Selektivverträge (sowohl kassenindividuelle als auch z. B. vom Landes-/Spitzenverband geschlossene Verträge) im Rahmen der Prüfung der Vorsorgepauschale vorzuhalten sind.

Zur Anerkennung von Images als Belege verweisen wir insofern auf die Ausführungen im Prüfhandbuch unter Punkt 1.8. Belege und Daten.

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. Wir bitten Sie daher die bei den DMP-Datenstellen vorliegenden Nachweise

(Dokumentationen etc.) bis **(10-wöchige Frist ab Versand dieses Schreibens)** zur Verfügung stellen zu lassen. 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**

Satzart 110LV (Pseudonyme der Stichprobenversicherten)

Datensatzbeschreibung Satzart 110PV

Datensatzbeschreibung Satzart 110LV

Bestätigungen Datenintegrität

Musteranschreiben Datenstellen



## **Anforderungsliste DMP**

### **Allgemeines**

- Genehmigung Satzungsnachtrag „Modellvorhaben“

### **Einschreibung / Fortsetzung / Beendigung der Teilnahme**

- Teilnahme- und Einwilligungserklärungen, wenn das jüngste Unterschriftsdatum nach dem 31.12.2019 und vor dem 01.01.2022 liegt
- Erstdokumentationen, wenn das Erstellungs- oder Korrekturdatum nach dem 31.12.2019 und vor dem 01.01.2022 liegt
- Folgedokumentationen (ab dem ersten Quartal 2020 bis einschließlich der dem zu prüfenden Berichtsjahr 2021 nachfolgenden, sich aus dem Dokumentationsintervall ergebenden bis zu zwei Dokumentationszeiträume in 2022)
- 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. § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV  
hier: DMP für das Ausgleichsjahr 2021**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Prüfdienst hat die Durchführung einer Prüfung nach § 20 Abs. 1 Satz 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 2021

- Erstdokumentationen, wenn das Erstellungs- oder Korrekturdatum nach dem 31.12.2019 und vor dem 1.1.2022 liegt.
- Folgedokumentationen ab dem ersten Quartal 2020 bis einschließlich der dem zu prüfenden Ausgleichsjahr 2021 nachfolgenden, sich aus dem Dokumentationsintervall ergebenden bis zu zwei Dokumentationszeiträume in 2022.

### 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 Bundesamtes für Soziale Sicherung (<https://pdk.bundesamtsozialesicherung.de>) bereitzustellen. Der Dateiname des Images muss dem folgenden Standard entsprechen: IK der Krankenkasse\_KVNR\_Ordnungsmerkmal bei der Datenstelle (z. B. 999999999\_4860200\_ED\_20210721.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 2021 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. § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV  
hier: DMP für das Ausgleichsjahr 2021**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Prüfdienst hat die Durchführung einer Prüfung nach § 20 Abs. 1 Satz 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 2021

- Erstdokumentationen, wenn das Erstellungs- oder Korrekturdatum nach dem 31.12.2019 und vor dem 1.1.2022 liegt.
- Folgedokumentationen ab dem ersten Quartal 2020 bis einschließlich der dem zu prüfenden Ausgleichsjahr 2021 nachfolgenden, sich aus dem Dokumentationsintervall ergebenden bis zu zwei Dokumentationszeiträume in 2022.

### 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\_20210721.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 2021 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. § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV  
hier: DMP für das Ausgleichsjahr 2021**

### **Bestätigung der Datenintegrität**

Hiermit wird bestätigt, dass die im Rahmen der Prüfung nach § 266 Abs. 7 SGB V i.V.m. § 20 Abs. 1 Satz 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



## Anlage H

### Checkliste RSA-Hotline / Hinweise für die Erstellung von Tickets in der RSA-Hotline

| Nr. | Hinweis:                                                                                               | Erläuterung:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | <b>Keine Einzelanfragen</b>                                                                            | Auch wenn die einzelnen geprüften Fälle die Grundlage für eine Hotline-Anfrage bilden, sind Anfragen nur bei <b>grundsätzlicher Bedeutung</b> zu tätigen und die Sachverhalte allgemeingültig darzustellen.<br><br>(s. PHB, Allgemeiner Teil, Nr. 1.4: „Die Hotline ist Anlaufstelle für Anfragen von <b>grundsätzlicher Bedeutung</b> zur jeweils laufenden Prüfung. [...] Einzelfälle werden nicht in der Hotline behandelt.)                                        |
| 2.  | <b>Angaben ausschließlich in allgemeiner, anonymisierter - zumindest aber pseudonymisierter - Form</b> | Es sollten <b>weder Kassennamen noch Abkürzungen für Versicherte, Arbeitgeber oder weitere mögliche Betroffene</b> aufgeführt werden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3.  | <b>Klar verständliche und nachvollziehbare Darstellung</b>                                             | Das <b>Ticket sollte aus sich heraus klar verständlich</b> sein, ohne dass die Arbeitskreise zur Beantwortung über mögliche Fallgestaltungen spekulieren müssten. Hierfür sind eine <b>vollständige, eindeutige und nachvollziehbare Sachverhaltsdarstellung und eine chronologische Darstellung der Fallhistorie</b> unabdingbar. Zur vollständigen Sachverhaltsdarstellung zählen auch Details und Nachweise von ggf. vorliegenden „Unplausibilitäten“ in Fallakten. |
| 4.  | <b>Beifügen aller fallrelevanten Unterlagen</b>                                                        | <b>Fallrelevante Unterlagen</b> sollten zur Vermeidung von Rückfragen durch den zuständigen AK und damit ggf. verbundenen Verzögerungen bei der Beantwortung des betroffenen Tickets <b>gleichzeitig mit Ticketerstellung in anonymisierter Form (s.o.) eingestellt</b> werden.                                                                                                                                                                                        |