

ArGe DMP-Datenstelle Bayern GbR (kurz: DSiE)

DMP in der Praxis

Kompaktinformationen

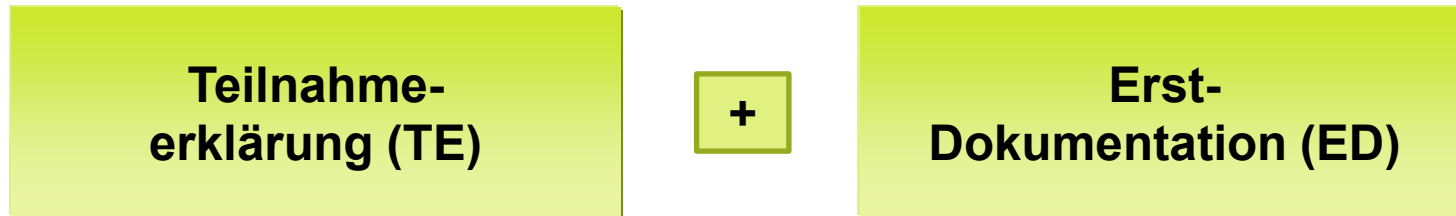
Stand: September 2026

INHALT

Inhaltsverzeichnis:

■ Einschreiben in ein DMP	Seite 3
■ Erstellen einer TE	Seite 4 – 5
■ Ausschreibung wegen fehlender Folgedokus (FD)	Seite 6
■ Rückmeldungen der DSiE	Seite 7
■ Reminder von der DSiE	Seite 8
■ So erreichen Sie uns	Seite 9
■ Anlagen (<u>Daten und Fristen</u> / <u>Checkliste</u>)	

EINSCHREIBEN IN DMP



- Einschreibung erforderlich ...
 - bei Ersteinschreibung
 - nach Wechsel der Krankenkasse
 - nach Ausschreibung aus dem DMP
- **keine** Neu-Einschreibung erforderlich ...
 - bei Arzt- und / oder BSNR-Wechsel
(Fall ist mit einer **Folge-Doku (FD)** fortzuführen)

ERSTELLEN EINER TE (I)

- **Zeitlicher Abstand** von TE zu ED max. +/- 3 Quartale
- Angabe der **LANR und BSNR** des Arztes, der die TE erstellt hat und der die Genehmigung für dieses DMP hat
(bei Fehler: → Rücksendung an die Praxis).
- Sowohl Arzt als auch Patient haben mit **Datum und Unterschrift** die Teilnahme zu bestätigen (bei Fehler: → Rücksendung an die Praxis).
- Es können **mehrere DMP-Indikationen** gleichzeitig angekreuzt werden, nicht jedoch gleichzeitig DM1 / DM2 bzw. Asthma / COPD.
- Das **Formular 070E** ist noch **bis** 30.03.2027 gültig.
- Das **Formular 070F** ist **seit** 02.07.2026 gültig.
- Die DSiE darf **nur Originale** (also keine Kopien) verarbeiten.

ERSTELLEN EINER TE (II)

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

Krankenhaus-IZL, Kodiertage
GKV Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann, Max
Musterstr. 12
12345 Musterstadt

geb. am
01.02.34

Krankenkassen-Nr.
101234567

Versicherungs-Nr.
X123456789

Platz
12345

Behandlungs-Nr.
56789

Arzt-Nr.
123456789

Datum
01.10.2025

070F

Krankenhaus-IZL

Diabetes Typ 1 ☒ KHK ☒ Asthma ☐ Adipositas Erw. ☐ Brustkrebs ☐ Depression
oder ☐ oder ☐ oder ☐ Osteoporose ☐ Rückenschmerz
☒ Diabetes Typ 2 ☐ Herzinsuffizienz ☐ COPD ☐ Adipositas Kinder ☐ Rheumatoide Arthritis ☐

1. Teilnahmeerklärung:
Hiermit erkläre ich, dass ich das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) für die Diagnose(n) ... (ausgewählte Diagnose(n) wählen) ...
Ich wurde ausführlich über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die elektronischen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und
kenne sie.
Mir ist bewusst, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung
erforderlich ist, welche 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.
Die Teilnahme 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.

Einwilligungserklärung:
Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Daten-
schutzinformation 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.

1. Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose(n) teil-
nehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.
2. Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 24.04.2025) erhalten und zur Kenntnis genommen und
weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekom-
me. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am
Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Unterschrift der Versicherten (des/der ...)

Bitte das heutige Datum eintragen
0 1 1 0 2 0 2 6

von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –
Ich bestätige, dass für die oben genannten Diagnose(n) die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft
wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mit-
wirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung
profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen
0 1 1 0 2 0 2 6

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

per Drucker
im vorgegebenen Rahmen

vollständige
Angaben
(LANR, BSNR,
eGK-Nr., etc.)

korrekten
Formular-Typ
verwenden
(Originale von Fa.
Kohlhammer)

Ausfertigung
„für die Datenstelle“
an uns

Indikationen
eindeutig ankreuzen,
Ausschlüsse beachten

Patient: Datum und
Original-Unterschrift

Praxis-
stempel

Arzt: Datum und
Original-Unterschrift

AUSSCHREIBUNG WG. FEHLENDER FOLGEDOKUS

Dokumentationsintervall 3 Monate (quartalsmäßig)

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4	FAZIT
Fall 1	■	□	■	■	ok
Fall 2	■	□	□		Ausschreibung!

Dokumentationsintervall 6 Monate (halbjährlich)

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4	Quartal 5	FAZIT
Fall 3	■		□		■	OK
Fall 4	■		□		□	Ausschreibung!

Legende: gültige Dokumentation

■ = vorhanden

□ = fehlt

RÜCKMELDUNGEN (BRIEF / FAX)

- **Über Faxe/Briefe informieren wir Sie nach inhaltlicher Prüfung für alle Übermittlungswege über:**
 - invalide TE
 - verfristete Dokumentationen
 - Dokumentationen mit falschem Bogentyp
 - invalide Software
 - fehlende Genehmigungen
 - Dokumentationen ohne eGK-Nummer
 - drohende Patienten-Ausschreibungen
 - ...

DIE REMINDER

■ Quartalsanfangs-Reminder

- Auflistung der an die KVB als gültig gemeldeten Dokus
- Auflistung von Dokus oder TE, für die Handlungsbedarf besteht
- Informeller Teil: Liste von Dokus, die z. B. bereits vergütet wurden oder die invalide sind
- „DMP-Arztinformation“: Auflistung aller bei uns seit der letzten DMP-Arztinformation eingegangenen Dokus

■ Quartalsende-Reminder

- wie oben, jedoch ohne die Abrechnungsinformationen

SO ERREICHEN SIE UNS

Unsere Mitarbeiter der Servicetelefonie helfen Ihnen gern!

- Montag bis Donnerstag: 7:30 bis 17:00 Uhr
Freitag: 7:30 bis 12:00 Uhr
- Service-Telefon: 089 32733-2600
- Bitte halten Sie Ihre BSNR und ggf. Versichertennummer(n) bereit
- Bitte hinterlassen Sie ggf. auf unserem Anrufbeantworter folgende Informationen:
 - den Namen des Arztes
 - die BSNR
 - Ihren Wunschtermin für unseren Rückruf