

DMP KHK

Anlage 10 zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK nach § 83 i.V.m. § 137f SGB V

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon	Fax	E-Mail	Beginn d. Teilnahme	Ende d. Teilnah	Versorgungs-	Berechtig	Anrede Organisation	Titel Organisation	Name Organisation	Straße, Hausnr. Organisation	PLZ Organisation	Ort Organisation	Briefanrede	

Der grau hinterlegte Tabellenteil ist nur an die Datenstelle Trier, nicht an die Krankenkassen zu melden.

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

- A = Hausärzte [1. Ebene]
- B = Fachärzte, nicht-invasiv tätig [2. Ebene]
- C = Fachärzte, invasiv tätig (und ggf. nicht-invasiv) [2. Ebene]

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

- 01 = Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als koordinierender Arzt/Leistungserbringer
- 02 = Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als nicht koordinierender besonders qualifizierter Arzt/Leistungserbringer
- 04 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
- 05 = MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2)
- 06 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen
- 07 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
- 10 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)
- 13 = Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
- 14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
- 15 = Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)
- 16 = SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)
- 39 = Kardio Fit

Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung / Überschrift	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	N	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	N	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	M	akademischer Titel
E	Name	...40	AN	M	
F	Vorname	...40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	...100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	...50	AN	M	
J	Kreis	...50	AN	M	
K	Telefon	...25	AN	M	Format: „Mwahl/Rufnummer“
L	Fax	...25	AN	M	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	...50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“ Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, muss das Feld gefüllt werden.
P	Versorgungsebene*	...15	AN	M	Siehe Anhang 1, Bei Mehrfachnennungen ist als Trennzeichen ein Semikolon zu verwenden.
Q	Berechtigung*	...45	AN	M	Zweistelliger Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung, s. Anhang 2 Schlüsseltable

*Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und Berechtigungen, sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen ist ein Semikolon zu verwenden.
Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums

Legende:

M = Mussfeld
K = Kannfeld
N = numerisch
AN = alphanumerisch