

# **Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme**

## **Teil 2: Organisatorisch – administrativer Rahmen für die Durchführung**

### **Schriftliches Informations- und Schulungsmaterial für Ärzte in Bremen**

**Stand: 1. Juli 2009**

## Inhalt

1 Ziele der strukturierten Behandlungsprogramme	2
2 Gesetzliche Grundlagen	2
3 Teilnahmevoraussetzungen	2
3.1 Teilnahme des Arztes	2
3.2 Teilnahme des Versicherten	2
3.3 Teilnahme der Krankenkasse	2
4 Erhebung und Nutzung von Daten, Datenschutz	2
5 Übermittlung der erhobenen Daten, Korrektur- und Unterschriftsverfahren	2
5.1 Teilnahme- und Einwilligungserklärungen	2
5.2 Erst- und Folgedokumentationen	2
6. Der Einschreibevorgang	2
6.1 Initiative zur Einschreibung eines Versicherten	2
6.2 Aufklärung des Patienten vor Einschreibung	2
6.3 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	2
6.4 Erstdokumentation	2
6.5 Aktionen der Krankenkasse bei erfolgreicher Einschreibung	2
7 Behandlung des Patienten nach der Einschreibung	2
7.1 Aufgaben des Arztes	2
7.2 Aufgaben des Versicherten	2
7.3 Aufgaben der Krankenkasse	2
7.4 Folgedokumentation	2
7.5 Wechsel des koordinierenden Arztes	2
7.6 Beendigung der Teilnahme	2
8 Sonderfälle	2
8.1 Notwendigkeit einer erneuten Einschreibung	2
8.2 Abforderung archivierter Unterlagen durch die Krankenkasse	2

# 1 Ziele der strukturierten Behandlungsprogramme

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (= Disease-Management-Programme) wurden entwickelt, um

- eine Verschlechterung der Krankheit zu verhindern oder zu verlangsamen
- Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden und
- die krankheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

## 2 Gesetzliche Grundlagen

Die Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) in Deutschland begann mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) vom 1. Januar 2002.

Die Einzelheiten werden auf Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch entsprechende Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) geregelt.

Die RSAV beinhaltet sowohl allgemeine als auch krankheitsspezifische Anforderungen an die DMP. Sind diese Anforderungen nicht erfüllt, wird die DMP-Durchführung nicht aus dem allgemeinen Beitragsaufkommen finanziert.

Aktuell gibt es DMP für folgende Diagnosen:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (einschließlich Zusatzmodul Herzinsuffizienz)
- Diabetes mellitus Typ 1
- Asthma bronchiale
- COPD

Die gesetzlichen Anforderungen an diese DMP werden durch entsprechende Verträge pro KV-Region umgesetzt.

## 3 Teilnahmevoraussetzungen

### 3.1 Teilnahme des Arztes

Die Teilnahme eines Arztes an einem DMP ist freiwillig.

Für jedes DMP sind die Voraussetzungen für die Teilnahme eines Arztes vertraglich festgelegt.

Wenn Sie an einem Disease-Management-Programm teilnehmen möchten, finden Sie die Verträge sowie die Formulare zur Teilnahmeerklärung unter den einzelnen DMP-Diagnosen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, [www.kvhb.de](http://www.kvhb.de), die Teilnahme ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen zu erklären.

Wenn Sie an mehreren DMP teilnehmen möchten, müssen Sie alle entsprechenden Teilnahmeerklärungen ausfüllen.

Mit der Teilnahmeerklärung verpflichten Sie sich zur Einhaltung der vertraglichen Regelungen, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte (evidenzbasierte medizinische Programmgrundlagen, Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten) und der Qualitätssicherung.

Wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen und ihre Teilnahme am DMP erklärt haben, werden Sie in das Leistungserbringerverzeichnis für die jeweilige Diagnose aufgenommen und sind damit berechtigt, DMP-Dokumentationen abzurechnen.

Entsprechend den Forderungen des Ordnungsgebers beinhalten die Verträge auch Regelungen zur krankheitsspezifischen Fortbildung der Ärzte.

Ärzte, die die vereinbarten Fortbildungsmaßnahmen nicht besuchen, können wieder aus dem Programm ausgeschlossen werden.

### **3.2 Teilnahme des Versicherten**

Ein Versicherter kann an einem DMP teilnehmen, wenn

- seine Krankenkasse für das jeweilige DMP akkreditiert ist (siehe 3.3 Teilnahme der Krankenkasse) und
- die jeweilige DMP-Diagnose auf ihn zutrifft (siehe Diagnosesicherung unter Punkt 6.3, Teilnahme- und Einwilligungserklärung) und
- er zur aktiven Mitwirkung bei der Umsetzung der Programminhalte bereit ist und
- er im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit einem Einschreibevorgang (siehe Punkt 6).

### **3.3 Teilnahme der Krankenkasse**

Die Krankenkasse muss – entweder direkt oder über ihren Verband - beim Bundesversicherungsamt pro DMP-Diagnose und KV-Region eine Zulassung (= Akkreditierung) beantragen.

Die Zulassung erteilt das Bundesversicherungsamt nur, wenn die Programme die in der Risikostrukturausgleichsverordnung formulierten Anforderungen erfüllen und wenn die Verträge zur Durchführung der Programme vorliegen.

Sie gilt für einen Zeitraum von fünf Jahren, dann muss eine Verlängerung beantragt werden. Ob ein Programm verlängert wird, ist auch abhängig vom Ergebnis einer wissenschaftlichen Evaluation, die für jedes DMP gesetzlich vorgeschrieben ist.

## **4 Erhebung und Nutzung von Daten, Datenschutz**

Während der DMP-Teilnahme eines Versicherten werden Daten in Form der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie von Erst- und Folgedokumentationen erhoben.

Die Einwilligung dazu gibt der Versicherte mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Die Verwendung der Daten wird in der „Information zum Datenschutz“, die zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung gehört, detailliert beschrieben.

Von jedem Dokument (Teilnahme- und Einwilligungserklärung) oder Datensatz (Dokumentation) erhält der Versicherte vom Arzt (d.h., von Ihnen) eine Kopie oder einen Ausdruck, damit er weiß, welche Daten übermittelt werden.

Die Daten dienen folgenden Zwecken

- Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten durch die Krankenkasse (siehe 7.3 Aufgaben der Krankenkassen)
- Qualitätssicherungsmaßnahmen für Ärzte durch die Gemeinsame Einrichtung (siehe 7.1 Aufgaben der Ärzte)
- wissenschaftliche Evaluation der Programmdurchführung hinsichtlich der Wirksamkeit und der Kosten durch einen externen Evaluator

Zu diesem Zweck müssen die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie die Dokumentationen von den Ärzten an die Datenstelle INTER-FORUM, die für die KV-Region Bremen zuständig ist, geschickt werden.

Diese leitet ausgewählte Daten an die Krankenkassen sowie mit Pseudonymisierung des Versichertenbezuges an die Gemeinsame Einrichtung und den Evaluator weiter.

Es gelten die üblichen strengen Regeln des Datenschutzes.

Darüber hinaus müssen alle Personen, die mit diesen Daten etwas zu tun haben, zu den einzuhaltenden datenschutzrechtlichen Sicherheitsvorkehrungen gesondert geschult sein. Die dokumentierten und gespeicherten Daten werden nach Ablauf einer Frist von sieben Jahren gelöscht.

## **5 Übermittlung der erhobenen Daten, Korrektur- und Unterschriftsverfahren**

### **5.1 Teilnahme- und Einwilligungserklärungen**

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWEs) werden ausschließlich in Papierform erstellt und verschickt.

Dies ist notwendig, da die Originalunterschriften von Arzt und Patient auf diesem Formular vorhanden sein müssen, das nach Überprüfung durch die Datenstelle bei der Krankenkasse archiviert und auf Verlangen der Prüfbehörde vorgelegt werden muss.

Als Papiervorlage kann entweder der entsprechende vorgedruckte Formularsatz mit zwei Durchschlägen (erhältlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen) oder ein Ausdruck aus der Praxissoftware in dreifacher Ausfertigung, mit Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt, verwendet werden.

In der KV-Region Bremen wurde vereinbart, die neuesten indikationsspezifischen Formulare zu verwenden (Asthma, COPD, Diabetes, KHK: Version 11.03.2008; Brustkrebs: Version 14.05.2008). Indikationsübergreifende und ältere Formulare sollten nicht verwendet werden.

Bremer und Bremerhavener Ärzte schicken das Original mit den Unterschriften an folgende Adresse:

INTER-FORUM Data Services GmbH  
Abteilung DMP-HB

Postfach 50 06 62  
04305 Leipzig

Für telefonische Rückfragen steht Ihnen die Hotline-Nummer (0341) 2 59 20 43 von montags bis freitags von 8:00 Uhr bis 18:30 Uhr zur Verfügung.

Ein Durchschlag der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist für die Archivierung in Ihrer Praxis gedacht und einer für den Patienten (mit Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt).

Die Datenstelle INTER-FORUM prüft die erhaltenen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen und führt folgendes Verfahren durch:

- eine Kopie unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllter TE/EWEs wird zur Korrektur an Sie zurückgeschickt,
- die Datenstelle benachrichtigt Sie, falls Sie andere als die vereinbarten Vordrucke benutzt haben,
- alle TE/EWEs (Originale und von Ihnen korrigierte Bögen) werden an die zuständigen Krankenkassen weitergeleitet.

## 5.2 Erst- und Folgedokumentationen

Erst- und Folgedokumentationen dürfen ab 1. Juli 2009 für alle Diagnosen nur noch elektronisch erstellt und übermittelt werden.

Dazu gibt es drei Möglichkeiten:

- Erstellung der Dokumentation mit Hilfe einer Praxissoftware und postalische Versendung der Daten auf einem Datenträger an die Datenstelle (Adresse wie beim Versand der TE/EWE, siehe 5.1).
- Erstellung der Dokumentation mit Hilfe einer Praxissoftware und Online-Übertragung der Daten über das Portal der KV
  - Verfahrensbeschreibung: siehe Benutzerhandbuch auf der Homepage der KV Bremen, Link: <http://www.kvhb.de/pdf/zg/benutzerhandbuch.pdf>
- DMPonline-Datenerfassung auf dem Server der Datenstelle. Zur Nutzung dieses Verfahrens ist eine Anmeldung bei der Datenstelle erforderlich. Nähere Informationen sind auf der Internetseite von DMPonline eingestellt. <https://dmponline.inter-forum.de>

Hinweis: Jede Praxissoftware führt eine Plausibilitätsprüfung der erfassten Daten durch. Sollten Angaben unvollständig oder unplausibel sein, erfolgt ein Hinweis. Wird die fehlerhafte Angabe nicht korrigiert, ist eine Speicherung und/oder Versendung des Datensatzes ggf. nicht möglich.

Auch im Rahmen der DMPonline-Datenerfassung erfolgt eine Plausibilitätsprüfung.

Erstdokumentationen sind nur gültig, wenn Sie das Erstelldatum mit Ihrer Unterschrift bestätigen haben.

Dazu gibt es im Bereich der KV Bremen das Versandlistenverfahren: Der Arzt erhält in regelmäßigen Abständen Versandlisten mit allen von ihm erstellten Erstdokumentationen sowie ein Bestätigungsschreiben, das er unterschrieben an die Datenstelle zurückschicken muss.

- Einzelheiten zum Versandlistenverfahren sind auf der Homepage der KV Bremen unter folgendem Zugriff dokumentiert: <http://www.kvhb.de/pdf/dmp/edmp-verfahrensbeschr.pdf>

Für unvollständige und fehlerhafte Erst- und Folgedokumentationen führt die Datenstelle ein Korrekturverfahren durch. Im Fehlerfall erhalten Sie einen Papierausdruck des fehlerhaften Datensatzes, den Sie korrigiert (und im Fall der Erstdokumentation unterschrieben) an die Datenstelle zurücksenden müssen. Eine Beschreibung des Korrekturverfahrens ist in der o.g. Beschreibung auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung enthalten.

Damit der Patient weiß, welche Daten von ihm weitergeleitet wurden, erhält er von Ihnen immer einen Ausdruck der Erst- oder Folgedokumentation.

## **6. Der Einschreibevorgang**

### **6.1 Initiative zur Einschreibung eines Versicherten**

In einigen Fällen hat die Krankenkasse den Versicherten über das jeweilige Behandlungsangebot bereits informiert, so dass dieser von sich aus den Wunsch äußert, am Programm teilzunehmen.

Andererseits sollten Sie auch selbst Patienten ansprechen, die nach Ihrer Einschätzung die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und von dem Programm profitieren können.

### **6.2 Aufklärung des Patienten vor Einschreibung**

Je nach Informationsstand Ihrer Patienten sollten Sie diese vor Einschreibung über folgende Punkte aufklären:

- Ziele des Programms
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Erhebung von Daten
- Aktive Teilnahme des Versicherten (z.B. Wahrnehmung regelmäßiger Arzttermine, Besuch von Schulungen)
- Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft
- Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligter Fachleute

Alle wichtigen Informationen sind in der Anlage zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Information zum Datenschutz, Patienteninformation) schriftlich festgehalten.

### **6.3 Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe auch Punkt 5.1) ist ein Formular, das von Ihnen und von Ihrem Patienten unterschrieben werden muss und folgendes beinhaltet:

- Erklärung des Patienten, dass er die Programmbedingungen kennt und am Programm teilnehmen möchte
- Erklärung des Patienten, dass er Sie als koordinierenden Arzt wählt
- Erklärung des Patienten, dass er über die Verarbeitung und Nutzung seiner Daten im Rahmen des Programms informiert wurde und darin einwilligt

- Ihre Erklärung, dass der Patient die Einschreibevoraussetzungen erfüllt (ärztliche Diagnosesicherung, Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitwirkung, Möglichkeit des Patienten, von der Einschreibung zu profitieren)

Bitte achten Sie darauf, dass das Formular vollständig ausgefüllt ist:

- Die Daten für den oben links befindliche „Kasten“ mit den Angaben zur Person und zur Krankenkasse werden durch Einlesen der Krankenversichertenkarte in der Praxissoftware gespeichert und können ausgedruckt werden.
- Für den Sonderfall, dass der Versicherte bei seiner gesetzlichen Krankenversicherung „Kostenerstattung“ gewählt hat und daher keine Krankenversichertenkarte besitzt, können diese Daten in Ihrer Praxissoftware auch manuell eingegeben werden.
- Arzt- und Betriebsstättennummer müssen vorhanden und beide müssen im Leistungserbringerverzeichnis (siehe Punkt 3.1) zu finden sein.
- Im Diabetes-Formular muss angekreuzt sein, ob Typ 1 oder Typ 2 zutrifft.
- Die Datumsangaben müssen lesbar und plausibel sein.
- Beide Unterschriften müssen vorhanden sein.

## 6.4 Erstdokumentation

Zur vollständigen Einschreibung gehört neben der TE/EWE auch die Erstdokumentation, die elektronisch erstellt und versendet, per Versandlistenverfahren von Ihnen bestätigt und ggf. korrigiert wird (siehe 5.2).

Dabei müssen die vertraglich vereinbarten Fristen eingehalten werden.

Wenn die Dokumentation, eventuelle Korrekturen sowie das Versandlistenbestätigungsschreiben nicht innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationsquartals in der Datenstelle vorliegen, sind die Dokumentationsdaten ungültig. D.h., dass keine Einschreibung zustande kommt und Sie auch keine Vergütung für die Dokumentation erhalten.

## 6.5 Aktionen der Krankenkasse bei erfolgreicher Einschreibung

Wenn TE/EWE und Erstdokumentationsdaten vollständig, plausibel und fristgerecht übermittelt wurden, die Angaben in diesen beiden Dokumenten zusammenpassen und die Teilnahmevoraussetzungen von Arzt, Versichertem und Krankenkasse erfüllt sind, bestätigt die Krankenkasse dem Arzt und dem Versicherten die erfolgreiche Einschreibung.

# 7 Behandlung des Patienten nach der Einschreibung

## 7.1 Aufgaben des Arztes

Als koordinierender Arzt haben Sie die Aufgabe sicherzustellen,

- dass die Behandlung kontinuierlich erfolgt,
- dass die Behandlung sich an den medizinischen Grundlagen und Programmvorgaben orientiert, wie sie in den krankheitsspezifischen Broschüren dokumentiert sind,
- dass gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele vereinbart, überprüft und ggfs. verändert werden
- dass in dem Fall, dass andere Ärzte oder nichtärztliche Therapeuten und Berater in die Therapie einbezogen werden, eine Abstimmung erfolgt.

Je nach vereinbartem Dokumentationsintervall bestellen Sie den Patienten mindestens viertel- oder halbjährlich; dabei erstellen Sie auch eine Folgedokumentation. Damit keine Termine versäumt werden, erhalten Sie von der Datenstelle Listen mit anstehenden Folgedokumentationen (Folgedokumentationsreminder)

Anhand der Feedback-Berichte der Gemeinsamen Einrichtung können Sie überprüfen, inwieweit die vereinbarten Qualitätsziele für die strukturierte Behandlung bei Ihren Patienten schon erreicht wurden.

## 7.2 Aufgaben des Versicherten

- Je nach vereinbartem Dokumentationsintervall nimmt der Versicherte mindestens viertel- oder halbjährliche Arzttermine wahr.
- Der Versicherte besucht die empfohlenen Schulungen.
- Der Versicherte befolgt die Empfehlungen des Arztes, so dass vereinbarte Ziele (z.B. Blutdruck senken) erreicht werden können.

Wenn für zwei aufeinander folgende Dokumentationsintervalle keine plausible fristgerechte Folgedokumentation vorliegt oder innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt wurden, wird der Versicherte gemäß der gesetzlichen Vorgabe aus dem Programm ausgeschrieben.

Sonderfall Brustkrebs: Die anstelle von Schulungen im Behandlungsprogramm Brustkrebs vorgesehenen Patienteninformationen sind freiwillig, Nichtteilnahme führt nicht zum Programmausschluss.

## 7.3 Aufgaben der Krankenkasse

- Die Krankenkasse unterstützt den Versicherten mit Informationen zu seiner Erkrankung und zum Programm.
- Sie erinnert den Versicherten an anstehende Arzttermine und Schulungen.
- Zum Teil bietet sie weitere Serviceleistungen an.

Für diese Aufgaben kann die Krankenkasse einen Dienstleister beauftragen.

## 7.4 Folgedokumentation

Wie die Erstdokumentation wird auch die Folgedokumentation elektronisch erstellt und versendet. Da eine Folgedokumentation auch ohne Unterschrift gültig ist, entfällt aber in diesem Fall das Versandlistenverfahren.

Wie unter Punkt 5.2 beschrieben, führt die Datenstelle eine Plausibilitätsprüfung und ein Korrekturverfahren für die erhaltenen Datensätze durch.

Bei der Versendung der Datensätze sowie ggf. der Korrekturbögen müssen die vertraglich vereinbarten Fristen eingehalten werden.

Wenn die Dokumentationsdaten und ggf. die Korrektur nicht innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationsquartals in der Datenstelle vorliegen, ist die Dokumentation ungültig und wird nicht vergütet.

Wenn dies in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationsintervallen passiert, führt es automatisch zur Ausschreibung des Versicherten (siehe 7.2).

Achtung: Für die kontinuierliche Programmteilnahme nach der Einschreibung zählen nur Folgedokumentationen! Eine erneute Erstdokumentation im Programmverlauf ersetzt keine Folgedokumentation, vielmehr wird die Folgedokumentation als fehlend gewertet.

## **7.5 Wechsel des koordinierenden Arztes**

Wenn ein bereits eingeschriebener Patient Sie als neuen koordinierenden Arzt wählen möchte, müssen Sie lediglich die nächste anstehende Folgedokumentation erstellen. Durch die Betriebsstätten- und Arztnummer in den Dokumentationsdaten erfahren Datenstelle und Krankenkasse, wen sie zukünftig als koordinierenden Arzt ansprechen müssen.

Im Sinne einer kontinuierlichen Behandlung sollten Sie außerdem die bisherigen Patientenunterlagen von der Vorgängerpraxis anfordern.

## **7.6 Beendigung der Teilnahme**

Die Teilnahme eines Versicherten an einem DMP kann aus verschiedenen Gründen beendet werden:

- Der Versicherte hat Arzt- oder Schulungstermine nicht wahrgenommen (siehe Punkt 7.2)
- Die dem DMP zugrunde liegende Diagnose liegt nicht (mehr) vor.
- Der Versicherte hat seine DMP-Teilnahme bei der Krankenkasse gekündigt.
- Sonderfall Brustkrebs: Es gibt keine Fernmetastasen und es ist seit 5 ½ Jahren kein neuer Tumor (Primärtumor, kontralateraler Brustkrebs oder lokoregionäres Rezidiv) aufgetaucht.

In diesen Fällen schreibt die Krankenkasse den Versicherten aus dem Programm aus und teilt dies dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt mit.

Nach der Ausschreibung sind Folgedokumentationen nicht mehr gültig. Es kann jedoch eine erneute Einschreibung vorgenommen werden, falls die Voraussetzungen vorliegen.

## **8 Sonderfälle**

### **8.1 Notwendigkeit einer erneuten Einschreibung**

Sonderfall Brustkrebs:

Wenn Rezidive / kontralateraler Brustkrebs / Metastasen vor dem 1. Juli 2006 aufgetaucht sind, konnten sie im damaligen Folgedokumentationsformular nicht erfasst werden.

In solchen Fällen wird die Krankenkasse die Versicherte ausschreiben.

Wenn Sie die Mitteilung über die Ausschreibung erhalten, können Sie die Patientin bei Vorliegen der Voraussetzungen direkt wieder neu einschreiben.

Das gleiche gilt, wenn ein Rezidiv erst nach der 5 ½-Jahres-Frist auftaucht. Auch hier ist eine erneute Einschreibung (nach vorheriger Ausschreibung durch die Krankenkasse) unumgänglich.

## **8.2 Abforderung archivierter Unterlagen durch die Krankenkasse**

Regelmäßig führen die Prüfdienste der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Prüfung der DMP-Einschreibungen und Dokumentationen durch. Dazu müssen die Datenstellen und die Krankenkassen Datensätze und Unterlagen zur Verfügung stellen.

In einem speziellen Fall sind auch Ärzte betroffen:

Ärzte, die zwischen dem 1. Oktober 2004 und dem 31. März 2006 Dokumentationen elektronisch übermittelt haben, gingen dabei nach dem vertraglich vereinbarten Archivierungsverfahren vor. D.h., ein unterschriebener Ausdruck der jeweiligen Erst- oder Folgedokumentation wurde in der Arztpraxis archiviert.

Falls archivierte Dokumentationen in der Prüfstichprobe enthalten sind, benötigt die Prüfbehörde Kopien der unterschriebenen Ausdrucke. Diese fordert die Krankenkasse bei Ihnen ab, das genaue Verfahren wird in einem Anschreiben erläutert.