

PRÜFPAKET

BLANKOFORMULARBEDRUCKUNG

[KBV_ITA_AHEX_PRUEFPAKET_BFB]

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG
DEZERNAT DIGITALISIERUNG UND IT
IT IN DER ARZTPRAXIS
4. OKTOBER 2024
VERSION: 3.41
DOKUMENTENSTATUS: IN KRAFT

INHALT

1	ALLGEMEINES	6
1.1	Rechtsgrundlage	6
1.2	Zertifizierungsablauf	6
1.3	Zertifizierungsportal	7
1.4	Zertifizierungsdokumente	7
1.5	Prüfunterlagen	8
1.5.1	Verzeichnisstruktur	8
1.5.2	Einreichen von Prüfunterlagen als PDF-Dokumente	9
1.6	Prüfvorgaben	10
1.6.1	Prüfstammdateien	10
1.6.2	Vorbereitungen	10
1.6.3	Versichertendaten	10
1.6.4	Auflistung der Prüffälle	11
1.6.5	Praxisdaten/Arztstempel	11
1.6.6	Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)	12
1.6.7	Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)	13
1.6.8	Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)	14
2	PRÜFFÄLLE	15
2.1	Muster 02 – Verordnung von Krankenhausbehandlung	15
2.2	Muster 03 – Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung	15
2.3	Muster 04 – Verordnung einer Krankenbeförderung	15
2.4	Muster 05 – Abrechnungsschein	16
2.5	Muster 06 – Überweisungsschein	18
2.6	Muster 07 – Überweisung: Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen	18
2.7	Muster 08 – Sehhilfenverordnung	19
2.8	Muster 08A – Verordnung einer vergrößernden Sehhilfe	19
2.9	Muster 09 – Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten	19
2.10	Muster 10 und 10L - Überweisungsschein für Auftragsleistungen	20
2.11	Muster 10A – Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften	21
2.12	Muster 11 – Bericht für den medizinischen Dienst	21
2.13	Muster 12 – Verordnung häuslicher Krankenpflege	22
2.14	Muster 13 – Heilmittelverordnung	24
2.15	Muster 15 – Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe	25
2.16	Muster 19 – Notfall-/Vertretungsschein	26
2.17	Muster 20 – Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	26
2.18	Muster 21 – Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	26
2.19	Muster 22 – Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie	27
2.20	Muster 25 - Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V	27
2.21	Muster 26 – Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V	27
2.22	Muster 27 – Soziotherapeutischer Betreuungspl. gem. § 37a SGB V	28
2.23	Muster 28 – Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie	28
2.24	Muster 36 – Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V	28
2.25	Muster 39 – Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom	29

2.26	Muster 50 – Anfrage Zuständigkeit einer anderen Kasse	30
2.27	Muster 51 – Anfrage Zuständigkeit eines Sonstigen Kostenträgers	30
2.28	Muster 52 – Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	30
2.29	Muster 53 – Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeiten	30
2.30	Muster 55 – Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V	30
2.31	Muster 56 – Antrag auf Kostenübernahme	31
2.32	Muster 61 – Verordnung von medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	31
2.33	Muster 62A – Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	31
2.34	Muster 62B – Verordnung außerklinischer Intensivpflege	32
2.35	Muster 62C – Behandlungsplan für außerklinische Intensivpflege	33
2.36	Muster 63 – Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	34
2.37	Muster 64 – Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V	35
2.38	Muster 65 – Ärztliches Attest Kind	36
2.39	Muster 70 – Behandlungsplan	36
2.40	Muster 70 A – Folge-Behandlungsplan	37
<hr/>		
3	MUSTER PSYCHOTHERAPIEVEREINBARUNG (PTV)	38
3.1	Muster PTV 1 – Antrag auf Psychotherapie	38
3.2	Muster PTV2 – Angaben Therapeut*in	38
3.3	Muster PTV 11 – Ihre Individuelle information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde	40
3.4	Muster PTV12 – Anzeige einer Akutbehandlung	41
<hr/>		
4	MUSTER DER KV NORDRHEIN	42
4.1	Muster KV5 – Aerztlicher_Kurzbericht	42
4.2	Muster KV6 – AAPV_Anlage_3a	42
4.3	Muster KV7 – AAPV_Anlage_3b	42
4.4	Muster KV9 – AAPV_Anlage_2	43
4.5	Muster KV10 – AAPV_Anlage_3	43
<hr/>		
5	ÜBERGREIFENDE PRÜFFÄLLE	44
5.1	Übergreifender Prüffall – Nr. 10 – Helga Aufgelöst	45
5.2	Übergreifender Prüffall – Nr. 11 – Peter Pan	46
5.3	Übergreifender Prüffall – Nr. 12 – Sam Schulte	47
5.4	Übergreifender Prüffall – Nr. 13 – Angelika Schnell	48
5.5	Übergreifender Prüffall – Nr. 14 – Erna Mueller	49
5.6	Übergreifender Prüffall – Nr. 15 – Eike flüchtling	50
5.7	Übergreifender Prüffall – Nr. 16 – Andrea Ianz	51
5.8	Übergreifender Prüffall – Nr. 17 – Viktor Werner	52
5.9	Übergreifender Prüffall – Nr. 18 – Jonathan Ramirez-Sánchez-Leon	53
<hr/>		
6	TESTDATENVALIDIERUNG	54
<hr/>		
7	REFERENZIERTE DOKUMENTE	55

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Exemplarische Verzeichnisstruktur bei Einreichung aller Muster	8
Abbildung 2: Exemplarische Verzeichnisstruktur bei Einreichung der Muster 2, 4, 10 und 10L	9
Abbildung 3: Testdatenvalidierung – Exemplarische Verzeichnisstruktur bei Einreichung der Muster 2, 4, 10 und 10L	54

DOKUMENTENHISTORIE

Version	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
3.41	04.10.2024	KBV	Aktualisierung des Systemdatums sowie der Datumsangaben	Änderung an den Mustern	Alle
3.40	15.05.2024	KBV	Aktualisierung des Systemdatums Anpassung der Prüffälle für Muster 12 und 21	Änderung an den Mustern	Alle 22, 26
3.39	14.03.2024	KBV	Anpassung der Prüffälle für Muster 10	Änderung an den Mustern	20
3.38	15.05.2023	KBV	Anpassung der Abbildung der Verzeichnisstruktur Anpassung der Prüffälle für Muster 02, 13, 64 und 65	Korrektur der Prüffälle	8 15, 24, 35, 36
3.37	06.01.2023	KBV	Anpassung der Prüffälle für Muster 56 Klarstellung der Prüffälle für Muster 53	Änderung an den Mustern	31 30
3.36	15.12.2022	KBV	Aktualisierung der Grafik zur Einreichung der PDF-Dokumente	Fehlerhafte Ausweisung des Muster 62Ba	8, 32

1 ALLGEMEINES

Dieses Dokument beschreibt das allgemeine Vorgehen und beinhaltet Prüffälle für die Zertifizierung eines Zertifizierungsgegenstandes im Bereich der Blankoformularbedruckung.

Die Zertifizierungsrichtlinie der KBV, welche die Rechte und Pflichten des Antragstellers definiert, bildet den Rahmen der Zertifizierung und ist zu beachten.

Des Weiteren können dem Antrag auf Zertifizierung neben Zertifizierungskosten und Laufzeit der Zulassung weitere wichtige Informationen entnommen werden, die nicht Bestandteil dieses Prüfpaketes sind.

1.1 RECHTSGRUNDLAGE

Die Rechtsgrundlage für die Zertifizierung der Blankoformularbedruckung ergibt sich aus § 42 Abs. 1 S. 1 des BMV-Ä.

1.2 ZERTIFIZIERUNGSABLAUF

Die Blankoformularbedruckung umfasst mehrere Muster, die im Rahmen einer Ergebnisprüfung zertifiziert werden. Welche dieser Muster der Zertifizierungsgegenstand zur Unterstützung der Blankoformularbedruckung beinhalten muss, ist vom Einsatzgebiet des Zertifizierungsgegenstandes abhängig und demzufolge dem Antragsteller freigestellt. Allerdings sind alle Anforderungen zu den jeweiligen Mustern, die mit dem Antrag auf Zertifizierung beantragt wurden, vollständig und fehlerfrei umzusetzen.

Die Zertifizierung erfolgt mit Unterstützung des Zertifizierungsportals der KBV im Rahmen einer Ergebnisprüfung. Dabei ist folgendes Vorgehen einzuhalten.

1. Der Antragsteller muss im Zertifizierungsportal den entsprechenden Prüfvorgang initiieren. Nach Einleitung des Prüfvorganges wird im Zertifizierungsportal der Antrag auf Zertifizierung (Ergänzende Erklärung) mit den der KBV bisher bekannten Daten vorausgefüllt bereitgestellt. Dieser muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben als PDF-Dokument eingescannt über das Zertifizierungsportal bei der KBV eingereicht werden.
Antragsteller, die keine Benutzerdaten für das Zertifizierungsportal besitzen, müssen zunächst den Antrag auf Zertifizierung (Ergänzende Erklärung) eingescannt per Mail (pruefstelle@kbv.de) einreichen und erst nach Erhalt der Zugangsdaten den Prüfvorgang im Zertifizierungsportal initiieren und dort den vorab via Mail eingereichten Antrag auf Zertifizierung (Ergänzende Erklärung) hochladen.
2. Eine Verzeichnis- bzw. Ordnerstruktur mit den erstellten und für die Zertifizierung erforderlichen Prüfunterlagen muss als ZIP-Datei über das Zertifizierungsportal hochgeladen werden. Erst wenn alle Unterlagen vollständig eingereicht und von der Prüfautomatisierung des Zertifizierungsportals als fehlerfrei erkannt wurden, erfolgt eine manuelle Prüfung durch das Referat Zertifizierung.
3. Werden bei der Prüfung Fehler in den eingereichten Prüfunterlagen festgestellt, wird der Antragsteller mit einem Fehlerbrief aufgefordert, eine Korrekturlieferung im Zertifizierungsportal hochzuladen. Bei Vorliegen von schwerwiegenden Fehlern kann die KBV den Antragsteller zur Sichtprüfung auffordern.
4. Erst nach einem fehlerfreien Prüflauf (dieser schließt die manuelle Prüfung der eingereichten Unterlagen durch das Referat Zertifizierung mit ein) kann dem Zertifizierungsgegenstand die entsprechende Zulassung ausgesprochen werden.

HINWEIS

Nach Bestätigung des Eingangs und der Korrektheit des Antrages auf Zertifizierung bei der KBV oder des Fehlerbriefes beim Antragsteller, müssen der KBV innerhalb von vier Wochen die Prüfunterlagen vorliegen. Nach Ablauf dieser Frist, kann die KBV das Zertifizierungsverfahren einstellen. Zur Klärung der meistgestellten Fragen zur Zertifizierung in der Blankoformular-bedruckung haben wir ein FAQ-Dokument erstellt. Dieses finden Sie auf unserem FTP-Server unter https://update.kbv.de/ita-update/Blankoformulare/KBV_ITA_VGEX_FAQ_BFB.pdf

1.3 ZERTIFIZIERUNGSPORTAL

Das Zertifizierungsportal ist über <https://zertifizierungsportal2.kbv.de/> zu erreichen.

Die vorliegende Ergebnisprüfung besteht sowohl aus einer automatisierten als auch aus einer daran anschließenden manuellen Prüfung durch das Referat Zertifizierung.

Die Zugangsdaten können direkt über das Portal oder beim Referat Zertifizierung (pruefstelle@kbv.de) unter Angabe der System-ID (die letzten drei Stellen der Prüfnummer) oder des Systemnamens angefordert werden. Bitte beachten Sie, dass pro System bzw. System-ID nur ein Account vergeben wird.

Der Zertifizierungsprozess beginnt, sobald Sie das Zertifizierungsthema initiiert und den Antrag auf Zertifizierung (Ergänzende Erklärung) hochgeladen haben. Das Portal zeigt Ihnen in Form von Aufgaben (Menüpunkt: „Meine Aufgaben“) die nächsten Arbeiten an, die von Ihnen durchzuführen sind. Immer wenn Aktivitäten der Zertifizierungsstelle abgeschlossen wurden, wird für Sie eine neue Aufgabe generiert.

Alle erforderlichen **Prüfunterlagen** sind für die Zertifizierung zu übermitteln. Vor jedem Upload im Zertifizierungsportal muss die komplette vorgegebene **Verzeichnisstruktur** mit den von Ihnen erstellten Prüfunterlagen in Form einer ZIP-Datei archiviert werden.

Die in das Portal integrierte Prüfautomatisierung führt neben einer inhaltlichen Prüfung keine Prüfung auf Vollständigkeit der eingereichten Prüfunterlagen durch.

Solange fehlerhafte Dateien vorhanden sind oder die Lieferung als unvollständig eingestuft wird, werden Sie vom Zertifizierungsportal in Form einer neuen Aufgabe aufgefordert, den gemeldeten Fehler zu beheben bzw. die Lieferung zu vervollständigen.

Zwar werden auch unvollständige Lieferungen inhaltlich geprüft und entsprechende Fehlermeldungenbenachrichtigungen (sogenannte Log-Dateien im .html oder .xml -Format) erzeugt und Ihnen zur Verfügung gestellt, jedoch werden nur vollständige und fehlerfrei eingereichte Lieferungen durch das Referat Zertifizierung geprüft. Erst wenn alle Prüfunterlagen vorliegen und von der Prüfautomatisierung als fehlerfrei erkannt wurden, erfolgt die Prüfung durch das Referat Zertifizierung. Wird hierbei festgestellt, dass Dateien fehlerhaft sind, werden Sie aufgefordert eine Korrekturlieferung hochzuladen.

Für das vorliegende Zertifizierungsthema kann auch die Testdatenvalidierung des Zertifizierungsportals genutzt werden. Bitte beachten Sie, dass hierfür eine anschließende Prüfung durch das Referat Zertifizierung nicht stattfindet. Des Weiteren müssen für die Testdatenvalidierung die Hinweise in **Kapitel 6** berücksichtigt werden.

1.4 ZERTIFIZIERUNGSDOKUMENTE

Alle erforderlichen Unterlagen stehen im Internet zum Download unter <https://update.kbv.de/ita-update/> bereit. In diesem Zusammenhang berücksichtigen Sie bitte das vierte Kapitel **Referenzierte Dokumente**.

1.5 PRÜFUNTERLAGEN

In diesem Kapitel werden alle notwendigen Vorgaben definiert, die bei der Erstellung der einzureichenden Prüfunterlagen einzuhalten sind. Für die Zertifizierung werden als Nachweis, die in diesem Abschnitt beschriebenen Unterlagen über das Zertifizierungsportal erwartet.

- › Der Antrag auf Zertifizierung [Unterschrieben (ohne Zugangsdaten: per Mail)]
- › Die zu zertifizierenden Muster [Muster]
- › Die übergreifenden Prüffälle [Muster und Screenshot]

1.5.1 Verzeichnisstruktur

Die erstellten Muster sowie der Unterordner „Uebergreifend“, der die übergreifenden Prüffälle und Screenshots enthält, sind in einem ZIP-Archiv zu übermitteln. Das ZIP-Archiv muss die Bezeichnung „Zert_9_<SystemID>¹“ erhalten. Die Struktur des ZIP-Archives sollte alle Muster beinhalten, für die im Antrag auf Zertifizierung die Prüfung beantragt wurde. Wird eine vollständige Zertifizierung² angestrebt, sollte das Paket die folgende Form aufweisen:

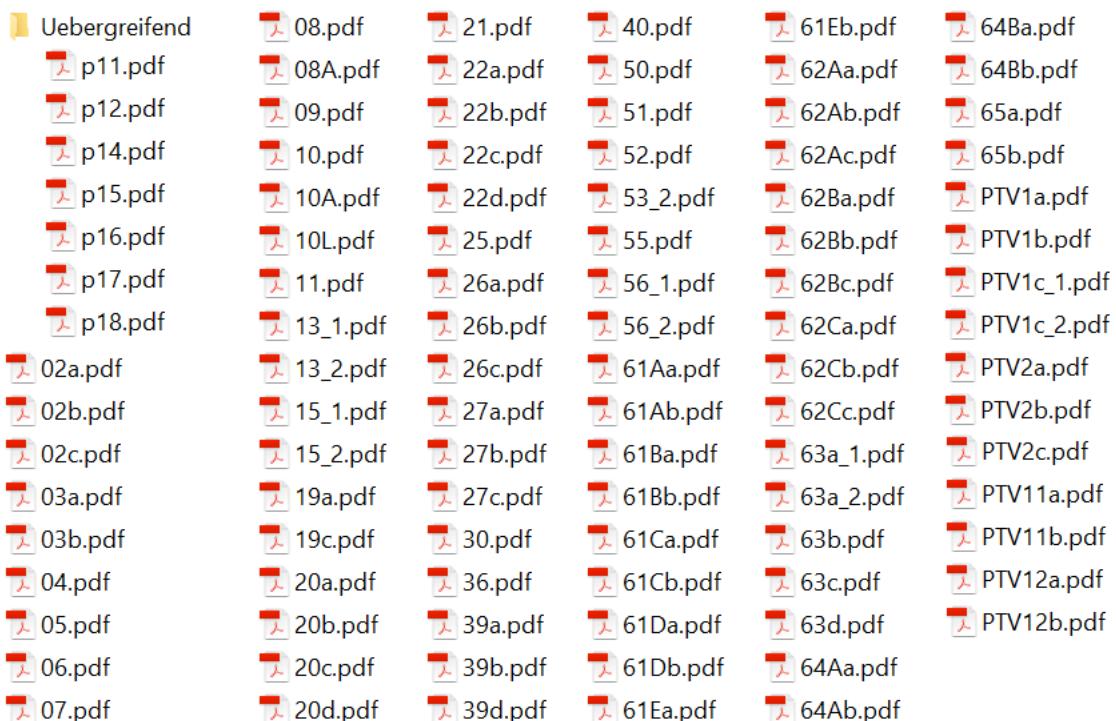


Abbildung 1: Exemplarische Verzeichnisstruktur bei Einreichung aller Muster

¹ Die SystemID ergibt sich aus den letzten drei Stellen der eigenen Prüfnummer.

² Gemeint ist die Beantragung der Prüfung der Muster 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 08A, 09, 10, 10L, 10A, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 36, 39, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 61, 62, 63, 64, 65, 70, 70A, KV5, KV6, KV7, KV9, KV10, PTV1, PTV2, PTV11 und PTV12

Muster, für die keine Prüfung beantragt wurde, dürfen nicht in der zip-Datei vorkommen.

Beispiel einer gültigen ZIP-Datei mit den beantragten Mustern „02, 04, 10 und 10L“:

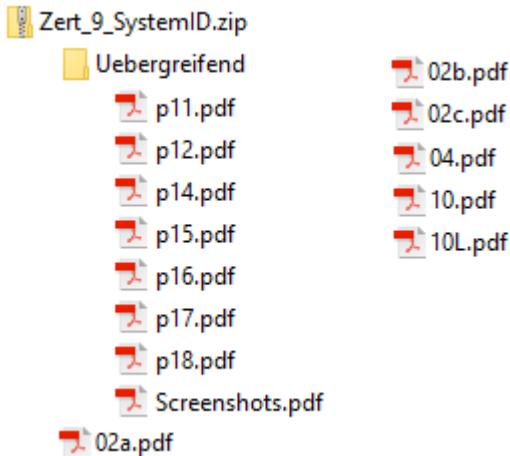


Abbildung 2: Exemplarische Verzeichnisstruktur bei Einreichung der Muster 2, 4, 10 und 10L

1.5.2 Einreichen von Prüfunterlagen als PDF-Dokumente

Jede Seite eines jeden Musters wird als separate PDF-Datei erwartet. Die übergreifenden Prüffälle im Ordner „Uebergreifend“ sind für jede Zertifizierung Pflichtprüffälle, unabhängig von der Zertifizierungsart. Die geforderten PDF-Dokumente müssen für jedes Muster direkt in dem Hauptverzeichnis abgelegt werden. Die erzeugten PDF-Dokumente müssen fehlerfrei gegen das aktuelle, von der KBV vorgegebene, Prüfschema validierbar sein.

Folgende Dateinamenskonvention ist für die PDF-Dokumente verbindlich:

- › <MusterNr.>.pdf Beispiel: „20a.pdf“, „20b.pdf“, „20c.pdf“ und „20d.pdf“ für das Muster „20“

Der Parameter „MusterNr.“ entspricht dem Kürzel für das jeweilige Muster (siehe dazu Abbildung 1; „20a.pdf“ entspricht Muster 20a, „20b.pdf“ entspricht Muster 20b, usw.). Die PDF-Dateien aus Abbildung 1, welche mit „_1“ bzw. „_2“ gekennzeichnet sind, enthalten die einzelnen Seiten der mehrseitigen Muster (bspw. Muster 13).

HINWEIS

Die eingereichten PDF-Dateien sind exakt so zu benennen, wie in Abbildung 1 zu sehen.

Folgende Dateinamenskonvention ist für die übergreifenden Prüffälle (siehe [Kapitel 5](#)) verbindlich:

- › p<Prüffall>.pdf Beispiel: „p11.pdf“ für den übergreifenden Prüffall 11

HINWEIS

Die übergreifenden Prüffälle realisieren Sie bitte auf Muster 10. Wenn für den Zertifizierungsgegenstand kein Muster 10 zertifiziert ist/wird, verwenden Sie bitte das Muster 6. Sollte dies auch nicht vorliegen, verwenden Sie für die übergreifenden Prüffälle bitte das Muster 2a.

Bei Verwendung der PCL- oder PCX-Dateien können die entsprechenden Muster mit einer Scan-Qualität von mindestens 600 dpi über das Zertifizierungsportal eingereicht werden.

1.6 PRÜFVORGABEN

1.6.1 Prüfstammdateien

Für die Zertifizierung müssen die für die Prüfung speziell entwickelten **Prüfstammdateien** verwendet werden. Zur eindeutigen Unterscheidung der Daten für den Echtbetrieb wird die Dateinamenserweiterung bzw. der Dateiname mit „PRF“ gekennzeichnet.

1.6.2 Vorbereitungen

- › Das Systemdatum wird auf den **15.11.2024-04.07.2024** gestellt, sofern bei den einzelnen Prüffällen kein anderes Datum angegeben wird.
- › Als KBV-Prüfnummer verwenden Sie für das Zertifizierungsverfahren bitte die Folgende: „**Y/9/2407/36/001**“.

Die musterspezifischen Prüffälle und die **übergreifenden Prüffälle** des Prüfpaketes müssen bearbeitet werden. Die übergreifenden Prüffälle sollen möglichst auf den zertifizierten Mustern 10, 6 oder 2a eingereicht werden. Bei einigen Prüffällen werden Screenshots von Fehlermeldungen des Systems bei fehlerhafter Eingabe erwartet.

Um einen Warnhinweis oder eine Fehlermeldung zu erzeugen, ist es bei manchen Prüffällen erforderlich, bewusst eine Fehleingabe zu produzieren oder einen Muss-Eintrag im ersten Schritt nicht vorzunehmen. Im zweiten Schritt müssen die hervorgerufenen Fehler korrigiert werden.

Jedes BFB-Formular wird einzeln geprüft. Zu diesem Zweck werden personen- und formular-spezifische Angaben vorgegeben. Diese Angaben müssen in den dafür bestimmten Feldern auf dem BFB-Formular bzw. gemäß Vorgabe³ im Barcode enthalten sein.

1.6.3 Versichertendaten

Die Versichertendaten der Testpatienten enthalten alle für den jeweiligen Prüffall nötigen Angaben zu den Daten des Versicherten und werden als XML-Dateien zur Verfügung gestellt. Die Archivdatei (VSD_5.2.0_Testfaelle_Vn.n.zip) enthält für jeden Prüffall in einem jeweils separaten Verzeichnis die folgenden XML-Dateien mit **Versichertenstammdaten**:

- › EF.VD = allgemeine Versicherungsdaten
- › EF.PD = persönliche Versichertendaten
- › EF.GVD = geschützte Versichertendaten

HINWEIS

Die einzusetzende XML-Datei ist dem Prüffall zu entnehmen, z.B. (XML_21). Die Prüffall-ID der XML-Datei wird von der Prüffall-ID des Prüffalls abweichen.

³ Siehe Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung [[EXT_ITA_VGEX_Vordruckvereinbarung_BFB](#)] und Technisches Handbuch Blankoformularbedruckung [[KBV_ITA_VGEX_Technisches_Handbuch_BFB](#)].

1.6.4 Auflistung der Prüffälle

Prüffälle als XML-Dateien

PRÜFFALL NR.	NAME	VERZEICHNISNAME
Musterspezifische Prüffälle		
1	Lija Malta	XML_36
2	Ingrid Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn	XML_37
3	Schaumbërg-von-und-zu-Schaumburg-und- Radéberg	XML_40
Übergreifende Prüffälle		
	Helga Aufgelöst	XML_38
11	Peter Pan	XML_39
12	Sam Schulte	Ersatzverfahren
13	Angelika Schnell	Ersatzverfahren
14	Erna Mueller	Ersatzverfahren
15	Eike Flüchtling	Ersatzverfahren
16	Andrea Lanz	Ersatzverfahren
17	Viktor Werner	Ersatzverfahren
18	Jonathan Leon Ramirez-Sánchez	XML_41

1.6.5 Praxisdaten/Arztstempel

DATEN DER ARZTPRAXIS	
Bezeichnung	Inhalt / Bedingung zum Inhalt
Betriebsstättennummer (BSNR):	398212400
BSNR-Bezeichnung:	Praxis Dr. med. Heribert Topp-Glücklich
Lebenslange Arztnummer (LANR):	776299002
Arztname:	Dr. med. Topp-Glücklich
Vorname:	Heribert
Strasse:	Musterstr. 1
PLZ/Ort:	64297 Darmstadt
Telefon:	06151 / 1111111
Telefax:	06151 / 2222222

1.6.6 Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3101	Name	Malta
3102	Vorname	Lija
3103	Geburtsdatum	03.01.1966
3104	Titel	Prof. Dr. Dr. med
3119	Versicherten_ID	M000119009
3107	Straße	Malta-Lija-Straße 123
3115	Anschriftenzusatz	LJA
3112	PLZ	LJA1234590
3114	Wohnsitzländercode	M
3113	Ort	Malta-Lija-Hausen
3116	WOP	38
3108	Versichertenart	5
3110	Geschlecht	W
4133	Versicherungsschutz Beginn	01.12.2013
4110	Versicherungsschutz Ende	01.01.2050
4111	Kostentraegerkennung	100609049
4134	Kostentraegername	LKK Mittel- und Ostdeutschland

1.6.7 Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3100	Namenszusatz	Erbprinzessin
3120	Vorsatzwort	von und zu der
3101	Name	Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn
3102	Vorname	Ingrid
3103	Geburtsdatum	31.01.2010
3104	Titel	Dr.
3119	Versicherten_ID	M310119802
3107	Straße	Anneliese- und Georg-von-Großcurth-Plaetzchen
3109	Hausnummer	149-C
3115	Anschriftenzusatz	5. OG - Hinterhof
3112	PLZ	60437
3114	Wohnsitzländercode	D
3113	Ort	Bad Homburg
3121	PostfachPLZ	10117
3122	PostfachOrt	Berlin
3123	Postfach	120264
3124	PostfachWohnsitzlaendercode	D
3116	WOP	72
3108	Versichertenart	3
3110	Geschlecht	W
4133	Versicherungsschutz Beginn	01.04.2012
4110	Versicherungsschutz Ende	01.04.2040
4111	Kostentraegerkennung	108416214
4134	Kostentraegername	AOK Bayern
4132	DMP_Kennzeichnung	06

1.6.8 Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3100	Namenszusatz	Grossherzog
3120	Vorsatzwort	von und zu der
3101	Name	Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg
3102	Vorname	Friedrich-Wilhelm-Karl-Gustav-Justus-Gotfried
3103	Geburtsdatum	12.07.1951
3104	Titel	Prof. habil. Dr. med
3119	Versicherten_ID	H030170228
3107	Straße	Pfaffenschlag bei Waidhofen an der Thaya Allee
3109	Hausnummer	155155133
3115	Anschriftenzusatz	33. Obergeschoss - Hinterhof, halbrechts
3112	PLZ	53639
3114	Wohnsitzländercode	D
3113	Ort	Königswinter
3121	PostfachPLZ	12489
3122	PostfachOrt	Berlin
3123	Postfach	124589
3124	PostfachWohnsitzländercode	D
3116	WOP	38
3108	Versichertenart	1
3110	Geschlecht	M
4133	Versicherungsschutz Beginn	01.01.2011
4110	Versicherungsschutz Ende	31.12.2034
4111	Kostentraegerkennung	101308719
4134	Kostentraegername	LKK Schlesw-Holst. und Hamburg
4132	DMP_Kennzeichnung	02

2 PRÜFFÄLLE

2.1 MUSTER 02 – VERORDNUNG VON KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Prüffälle: 02a, 02b und 02c

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Belegarztbehandlung	ja
Notfall	nein
Unfall	nein
BVG	nein
Diagnose	A09.0 V

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.2 MUSTER 03 – ZEUGNIS ÜBER DEN MUTMAßLICHEN TAG DER ENTBINDUNG

Prüffälle: 03a und 03b

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
voraussichtlicher Entbindungstermin	21.12.24
Untersuchungsdatum	15.11.24
Besondere Feststellungen	Testuntersuchung

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.3 MUSTER 04 – VERORDNUNG EINER KRANKENBEFÖRDERUNG

Prüffall: 04

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Zuzahlungspflicht	ja
Zuzahlungsfrei	nein
Unfall, Unfallfolge	nein
Arbeitsunfall, Berufskrankheit	nein
Versorgungsleiden	nein
Hinfahrt	ja
Rückfahrt	nein
voll-/Teilstationäre Krankenhausbehandlung	nein

FELDER	INHALT
vor-/Nachstationäre Behandlung	nein
ambulante Behandlung	nein
anderer Grund (z.B. Fahrten zu ...)	nein
anderer Grund (Freitextfeld)	
hochfrequente Behandlung - Dialyse Chemo Strahlen	nein
hochfrequente Behandlung - vergleichbarer Ausnahmefall	nein
dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung - vergleichbar mit b) und ...	ja
anderer Grund, für Fahrt mit KTW	nein
vom/am	17.11.24
x mal pro Woche	2
Bis voraussichtlich	30.11.24
Behandlungsstätte (Freitext)	Spaß-Arztpraxis, Entenhausen
Taxi/Mietwagen	nein
Rollstuhl	nein
Tragestuhl	nein
liegend	nein
KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	ja
KTW wegen (Freitext)	Krankheit wegen Langsamkeit
RTW	nein
NAW/NEF	nein
Andere	nein
andere (Freitext)	
Begründung/Sonstiges (Freitext)	Stiefmutter

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.4 MUSTER 05 – ABRECHNUNGSSCHEIN

Prüffall: 05

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Quartal Jahr	<automatisch>
Geschlecht	<automatisch>

HINWEIS

Formularspezifische Angaben:

Im Rahmen der Blankoformularbedruckung von Muster 5/E dürfen nur die Daten im Personalienfeld und im Feld für den Vertragsarztstempel ausgedruckt werden. Die abrechnungsrelevanten Felder müssen leer bleiben, da das Formular ausschließlich zum Verbleib in der Arztpraxis bestimmt ist. Die Abrechnung muss weiterhin elektronisch erfolgen. Das Muster 5/E enthält keinen Barcode.

2.5 MUSTER 06 – ÜBERWEISUNGSSCHEIN

Prüffall: 06

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Kurativ	nein
Präventiv	ja
Behandlung gem. §116b SGB V	Nein
Belegärztliche Behandlung	Nein
Quartal Jahr	<automatisch>
Geschlecht	<automatisch>
Überweisung an	Innere Medizin
Unfall	Nein
Ausführung von Auftragsleistungen	Nein
Konsiliaruntersuchung	Nein
Mit-/ Weiterbehandlung	Ja
AU bis	30.11.24
Eingeschränkter Leistungsanspruch gem. § 16 Abs. 3a SGB V	nein
Diagnose	A09.0 V, E10.11 G
Befund	€-Zeichensatztest
Auftrag	€-Zeichensatztest

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.6 MUSTER 07 – ÜBERWEISUNG: VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE ZUR ABKLÄRUNG SOMATISCHER URSAECHEN

Prüffall: 07

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Ausstellungsdatum	<automatisch>

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.7 MUSTER 08 – SEHHILFENVERORDNUNG

Prüffall: 08

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Menge und Art der Verordnung	Eine Menge von mehr als drei Lupen für zu Hause
Diagnose/Begründung	Schrumpsichtigkeit / Genauigkeit der Linien muss geprüft werden

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.8 MUSTER 08A – VERORDNUNG EINER VERGRÖßERNDEN SEHHILFE

Prüffall: 08A

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Menge und Art der Verordnung	Eine Menge von mehr als drei Lupen für zu Hause
Diagnose/Begründung	Schrumpsichtigkeit / Genauigkeit der Linien muss geprüft werden

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.9 MUSTER 09 – ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON MUTTERSCHAFTSGEGLD BEI FRÜHGEBURTEN

Prüffall: 09

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Geburtsdatum	10.11.24
Geburtsgewicht unter 2500 Gramm	nein
Geburtsgewicht 2500 g oder mehr, es besteht wesentliche erweiterte Pflegebedürftigkeit wegen verfrühter Beendigung der Schwangerschaft	ja
Totgeburt ab 500 Gramm und mit Anzeichen nach a) oder b)	nein
Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor	ja

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.10 MUSTER 10 UND 10L - ÜBERWEISUNGSSCHEIN FÜR AUFTRAGSLEISTUNGEN

Prüffälle: 10 und 10L

Personalien: Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDER	INHALT
Kurativ	ja
Präventiv	nein
SER	nein
Belegärztliche Behandlung	nein
Quartal Jahr	<automatisch>
Geschlecht	<automatisch>
Diagnose	J09 G, G00.0 V
Befund	kBB
Auftrag	€-Zeichensatztest
Abnahmedatum	15.11.24
Abnahmezeit	1234
Befundübermittlung eilt	Ja
Telefonnummer	06151 / 1111111
SER	nein

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

HINWEIS

Verwendung von Muster 10-L/E (10.2014)

Das Muster 10-L/E kann nur für den Fall genutzt werden, dass der erstbeauftragte Arzt den Auftrag auch mittels eines Barcodes kodiert und der ausführende Arzt mittels EDV abrechnet.

Bei Nutzung von Muster 10-L/E kann zusätzlich zum Barcode, der durch die KBV im Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung vorgegeben ist, ein durch die Laborauftragssysteme generierter Barcode im Bereich links vom Vertragsarztstempel aufgedruckt werden. Die Angaben für die Felder Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation und Auftrag müssen im Klartext lesbar über den Barcode des Anforderungssystems gedruckt werden. Um im Klartext die richtige Zuordnung zu gewährleisten, wird dem Text für Diagnose/Verdachtsdiagnose ein „D:“ vorangestellt, für Befund/Medikation ein „B:“ und dem Auftragstext ein „A:“.

2.11 MUSTER 10A – ANFORDERUNGSSCHEIN FÜR LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN BEI LABORGEMEINSCHAFTEN

Prüffall: 10A

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Kurativ/präventiv/belegärztl. Behandlung	Präventiv
Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen	F50.9 G, F51.3 V
Abnahmedatum	15.11.24
Abnahmezeit	0930
SSW	13
Auftrag	1 15 47 61
Freitext zu Auftrag 61	ÄuÖ€-Test

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.12 MUSTER 11 – BERICHT FÜR DEN MEDIZINISCHEN DIENST

Prüffall: 11

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Datum der letzten Untersuchung	11.11.24
Diagnose	A09.0 G
Mitbehandlung	Nein
Ausstellungsdatum	15.11.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.13 MUSTER 12 – VERORDNUNG HÄUSLICHER KRANKENPFLEGE

Prüffälle: 12a_1, 12a_2, 12b und 12c

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Verordnungsrelevante Diagnosen	S62.10 G L, S62.20 G L, S72.00 V B, S71.85 V L
Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen	Beweglichkeitsstörung im Arm, Bein und Hüftbereich
Erst-/Folgeverordnung	Folgeverordnung
SER	Ja
Vom	17.11.24
Bis	30.11.24
Medikamentengabe, Präparate	Scherzmittel
Herrichten der Medikamentenbox	Ja
Herrichten der Medikamentenbox (Häufigkeit)	Wtl. „12“
Herrichten der Medikamentenbox (Dauer)	1711 bis 1512
Medikamentengabe	Ja
Medikamentengabe (Häufigkeit)	Tgl. „03“
Medikamentengabe (Dauer)	1711 bis 1512
Infektionen	Ja
Herrichten	Ja
Intramuskulär/ subkutan	subkutan
Infektionen (Häufigkeit)	Mtl. „42“
Infektionen (Dauer)	1711 bis 1512
Blutzuckermessung	Erst- oder Neueinstellung
Blutzuckermessung (Häufigkeit)	Wtl. „12“
Blutzuckermessung (Dauer)	1711 bis 1512
Kompressionsbehandlung rechts/links/beidseits	Links
Kompressionsstrümpfe anziehen/ausziehen	Kompressionsstrümpfe anziehen
Kompressionsstrümpfe (Häufigkeit/Dauer)	Nein
Kompressionsstrümpfe (Häufigkeit)	Tgl. „03“
Kompressionsstrümpfe (Dauer)	1711 bis 1512
Kompressionsverbände anlegen/abnehmen	Kompressionsverbände anlegen und abnehmen
Kompressionsverbände (Häufigkeit/Dauer)	Nein
Kompressionsverbände (Häufigkeit)	Mtl. „42“

FELDER	INHALT
Kompressionsverbände (Dauer)	1711 bis 1512
Stützende und stabilisierende Verbände, Art	Armschlinge
Stützende und stabilisierende (Häufigkeit/Dauer)	Nein
Stützende und stabilisierende Verbände, Art (Häufigkeit)	Wtl. „03“
Stützende und stabilisierende Verbände, Art (Dauer)	1711 bis 1512
Wundart	Dekubitus
Lokalisation	Körperteil
aktuelle Größe	10, 8, 2
aktueller Grad	1
präparate, Verbandmaterialien	Pflaster mit Design einer Katze
Wundversorgung akut	Ja
Wundversorgung akut (Häufigkeit/Dauer)	Ja
Wundversorgung chronisch	Ja
Wundverbände chronisch (Häufigkeit)	Tgl. „03“
Wundverbände chronisch (Dauer)	1711 bis 1512
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege	Helfen beim anziehen und säubern des Patienten Dem Patienten durch Bewegungstherapie helfen
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege I (Häufigkeit)	Mtl. „42“
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege I (Dauer)	1711 bis 1512
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege II (Häufigkeit)	Wtl. „03“
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege II (Dauer)	1711 bis 1512
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige	Auftrag
Anzahl	3
Unterstützungspflege nach §37	Nein
Krankenhausvermeidungspflege	Ja
Grundpflege	Ja
Grundpflege (Häufigkeit/Dauer)	Nein
Grundpflege (Häufigkeit)	Tgl. „03“
Grundpflege (Dauer)	1711 bis 1512

FELDER	INHALT
Hauswirtschaftliche Versorgung	Ja
Hauswirtschaftliche Versorgung (Häufigkeit/Dauer)	Nein
Hauswirtschaftliche Versorgung (Häufigkeit)	Mtl. „42“
Hauswirtschaftliche Versorgung (Dauer)	1711 bis 1512
Weitere Hinweise	Weitere Hinweise zur Grundpflege

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.14 MUSTER 13 – HEILMITTELVERORDNUNG

Prüffälle: 13_1 und 13_2

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Gebührenpflichtig	ja
Heilmittelbereich	Physiotherapie
ICD-10-Code	S82.21 oder S82.21 G
Behandlungsrelevante Diagnose(n)	Fraktur des Tibiaschaftes mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
Diagnosegruppe	EX
Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog (buchstabencodiert)	a) b)
patientenindividuelle Leitsymptomatik	
Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog (Freitext)	Schädigung/Störung der Gelenkfunktion; Schädigung/Störung der Muskelfunktion
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Standardisierte Heilmittelkombination
Behandlungseinheiten	6
Ergänzendes Heilmittel	
Behandlungseinheiten	
Therapiefrequenz	1-3x wöch.
Therapiebericht	nein
Hausbesuch	ja
Dringlicher Behandlungsbedarf	nein
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise	Testuntersuchung

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.15 MUSTER 15 – OHRENÄRZTLICHE VERORDNUNG EINER HÖRHILFE

Prüffälle: 15_1 und 15_2

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Folgegerät	ja
Diagnose	H91.9 G
Hörhilfe notwendig	beiderseits
Unfall/ Unfallfolgen	nein
BVG	nein

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.16 MUSTER 19 – NOTFALL-/VERTRETUNGSSCHEIN

Prüffälle: 19a, 19b und 19c

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
ärztlicher Notfalldienst	ja
Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	nein
Notfall	nein
Unfall	nein
Diagnose	A09.0 G
Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis	30.11.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.17 MUSTER 20 – WIEDEREINGLIEDERUNG IN DAS ERWERBSEBEN

Prüffälle: 20a, 20b, 20c und 20d

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
zuletzt ausgeübte Tätigkeit	Auf der faulen Haut gelegen
Std. täglich	7

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.18 MUSTER 21 – KRANKENGELD BEI ERKRANKUNG EINES KINDES

Prüffälle: 21

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit vom	16.11.24
Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit bis einschließlich	30.11.24
Kita- oder Schulunfall / -folgen	Ja
sonstiger Unfall, Unfallfolgen	Nein
SER	Nein

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.19 MUSTER 22 – KONSILIARBERICHT VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE

Prüffälle: 22a, 22b, 22c und 22d

Personalien: Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.20 MUSTER 25 - ANREGUNG EINER AMBULANTEN VORSORGELEISTUNG IN ANERKANNten KURORTEN GEM. § 23 ABS. 2 SGB V

Prüffall: 25

Personalien: Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDER	INHALT
Schwächung der Gesundheit/Krankheitsverhütung	ja
Vermeidung d. Verschlimmerung behandlungsbed. Krankheiten	nein
Gefährdung d. gesundheitl. Entw. von Kindern	nein
In Behandlung seit	04.10.24
Letzte Untersuchung	15.10.24
Empfohlener Kurort	Ahrenshoop
Dauer (in Wochen)	02
Komplettkur	ja

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.21 MUSTER 26 – VERORDNUNG SOZIOTHERAPIE GEM. § 37A SGB V

Prüffälle: 26a, 26b und 26c

Personalien: Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDER	INHALT
Die Erkrankung besteht seit	04.01.24
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörung	Neuartig und stark Ausgeprägt

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.22 MUSTER 27 – SOZIOTHERAPEUTISCHER BETREUUNGSPL. GEM. § 37A SGB V

Prüffälle: 27a, 27b und 27c

Personalien: Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.23 MUSTER 28 – VERORDNUNG BEI ÜBERWEISUNG ZUR INDIKATIONSSTELLUNG FÜR SOZIOTHERAPIE

Prüffälle: 28a, 28b und 28c

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Diagnose (ICD-10)	F20.0
Die Erkrankung besteht seit	04.01.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.24 MUSTER 36 – EMPFEHLUNG ZUR VERHALTENSBEZOGENEN PRIMÄRPRÄVENTION GEM. § 20 ABS. 5 SGB V

Prüffall: 36

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Bewegungsgewohnheit/Ernährung /Stressmanagement/Suchtmittelkonsum/ Sonstiges	Ernährung Sonstiges: „Handlungsfeld“
Hinweise des behandelnden Arztes	Weitere Information für die Behandlung

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.25 MUSTER 39 – KREBSFRÜHERKENNUNG ZERVIX-KARZINOM

Prüffall: 39

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Alterskategorie	<automatisch>
Auftragsart	Abklärungsdiagnostik
Auftrag	Ko-Testung (Zyt.+HPV)
Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersu..	ja, zuletzt
Datum der letzten Untersuchung	13.06.23
Gruppe	Unauffällige Befunde bei auffälliger Anamnese
HPV-Impfung (vollständig/unvollständig/keine/unklar)	unklar
HPV-HR-Testergebnis	liegt vor
liegt vor (positiv/negativ/nicht verwertbar)	nicht verwertbar
Gynäkologische OP Strahlen- oder Chemotherap...	ja
Gyn. OP, Strahlen oder Chemotherapie des Genitales - Welche?	Chemotherapie
Gyn. OP, Strahlen oder Chemotherapie des Genitales - Wann?	10.12.23
Letzte Periode	20.10.24
Gravidität	nein
Ausfluss / pathologische Blutung	nein
IUP	nein
Einnahme von Ovulationshemmer / sonstige Hormonanwendung	ja
Klinischer Befund	auffällig
Erläuterungen	Zervixkarzinom, das die Gebärmuttergrenze überschritten hat, aber weder die Beckenwand noch das untere Drittel der Vagina erreicht

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.26 MUSTER 50 – ANFRAGE ZUSTÄNDIGKEIT EINER ANDEREN KASSE

Prüffall: 50

Personalien: Schaumbërg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radëberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.27 MUSTER 51 – ANFRAGE ZUSTÄNDIGKEIT EINES SONSTIGEN KOSTENTRÄGERS

Prüffall: 51

Personalien: Schaumbërg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radëberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.28 MUSTER 52 – ANFRAGE BEI FORTBESTEHEN DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Prüffall: 52

Personalien: Schaumbërg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radëberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.29 MUSTER 53 – ANFRAGE ZUM ZUSAMMENHANG VON ARBEITSUNFÄHIGKEITEN

Prüffall: 53_2

Personalien Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.30 MUSTER 55 – BESCHEINIGUNG EINER SCHWERWIEGENDEN CHRONISCHEN ERKRANKUNG GEM. § 62 SGB V

Prüffall: 55

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Seit (mindestens 4 Quartale zurückliegend)	04.01.23
behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n)	J45.9 G, L20.8 G, J31.0 G
Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich bis voraussichtlich	0625

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.31 MUSTER 56 – ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Prüffall: 56_1, 56_2

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.32 MUSTER 61 – VERORDNUNG VON MEDIZINISCHER REHABILITATION / PRÜFUNG DES ZUSTÄNDIGEN REHABI-LITATIONSTRÄGERS

Prüffälle: 61Aa, 61Ab, 61Ba, 61Bb, 61Ca, 61Cb, 61Da, 61Db, 61Ea und 61Eb

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Lernen und Wissensanwendung	keine Beeinträchtigungen
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	keine Beeinträchtigungen
Kommunikation	keine Beeinträchtigungen
Mobilität	
Transfer Bett I Stuhl bzw. Rollstuhl	Personelle Hilfe nötig
Stehen I Gehen	Nicht durchführbar
Treppensteigen	Einschränkungen
Sonstige	Sonstige Angaben zur Mobilität „Einschränkungen“
Selbstversorgung	keine Beeinträchtigungen
Häusliches Leben	Einschränkungen
Interpersonelle Aktivitäten	Personelle Hilfe nötig
Bedeutende Lebensbereiche	keine Beeinträchtigungen
Gemeinschaftsleben und soziales Leben	Einschränkungen

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.33 MUSTER 62A – ERGEBNIS DER ERHEBUNG DES BEATMUNGSENTWÖHNUNGS- BZW. DEKANÜLIERUNGSPOTENZIALS GEMÄß AKI-RICHTLINIE DES G-BA

Prüffälle: 62Aa, 62Ab und 62Ac

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung	Entblockungsversuche
Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik	Frosch im Hals, Sekret- Speichelmanagement
Ergebnis der Erhebung (Potenzial liegt vor)	zur Beatmungsentwöhnung

FELDER	INHALT
Ergebnis der Erhebung (Potenzial kann perspektivisch vorliegen)	zur Dekanülierung
Ergebnis der Erhebung (Potenzial liegt nicht vor)	Nein
Ergebnis der Erhebung (Ergebnis der Erhebung festgestellt am)	15.11.24
Ergebnis der Erhebung (Erneute Erhebung geplant am)	30.11.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.34 MUSTER 62B – VERORDNUNG AUßERKLINISCHER INTENSIVPFLEGE

Prüffälle: 62Ba_1, 62Ba_2, 62Bb und 62Bc

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
vom	17.11.24
bis	17.12.24
Erstverordnung	Ja
Folgeverordnung	Nein
Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie	Nein
Klinischer Status (Beatmung, seit)	Ja
Klinischer Status (Beatmung, seit)	08.10.24
Klinischer Status (Beatmungsform)	nicht invasiv
Klinischer Status (Beatmungsdauer)	8 Stunden pro Tag
Klinischer Status (Spontanatmungszeit)	16 Stunden pro Tag
Klinischer Status (Tracheostoma, seit)	Nein
Klinischer Status (Endotracheale Absaugpflicht)	Nein
Klinischer Status (Sonstige vitale Funktionseinschränkungen)	Nein
Klinischer Status (Bewusstseinsstörung)	Nein
Klinischer Status (Mitwirkung bei AKI)	uneingeschränkt
Klinischer Status (Kommunikation Verständigung)	eingeschränkt
Klinischer Status (Orientierung vorhanden, zu)	Ort, Zeit, Person, Situation

FELDER	INHALT
Klinischer Status (Mobilität vorhanden)	bis an die Bettkante in den Rollstuhl
Klinischer Status (Orale Ernährung)	ja
Erforderlicher Leistungsumfang der AKI	12 Stunden je Tag
Weitere Hinweise (Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht ...)	Nein
Weitere Hinweise (Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität)	sind weiterhin angezeigt

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.35 MUSTER 62C – BEHANDLUNGSPLAN FÜR AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE

Prüffälle: 62Ca, 62Cb und 62Cc

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

FELDER	INHALT
Therapieziele (MRE-Besiedelung)	ja
Therapieziele (MRE-Besiedelung, folgender Keim)	Pseudomonaden
Therapieziele (Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI)	Logopädie
Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege (Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter)	Blutdruck (Venen und Arterien), Puls, Sauerstoffsättigung im Blut, CO2 Gehalt im Blut, Körpertemperatur
Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege (Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement)	Nein
Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege (Sekretmanagement)	Ja
Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege (Sekretmanagement Absauggerät)	nein
Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege (Sekretmanagement Inhalationsgerät)	ja
Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege (Sekretmanagement Inhalationsgerät Häufigkeit pro Tag)	3
Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege (Sekretmanagement Inhalationsgerät Medikament/Substanz)	Atrovent

FELDER	INHALT
Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege (Dysphagiemanagement)	Nein
Medizinische Behandlungspflege (Leistung)	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung
Medizinische Behandlungspflege (Leistung)	Stomabehandlung
Medizinische Behandlungspflege (Leistung)	An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen
Medizinische Behandlungspflege (Häufigkeit, tgl.)	3
Medizinische Behandlungspflege (Häufigkeit, tgl.)	1
Medizinische Behandlungspflege (Häufigkeit, tgl.)	3

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.36 MUSTER 63 – VERORDNUNG SPEZIALISIERTER AMBULANTER PALLIATIVVERSORGUNG (SAPV)

Prüffälle 63a_1, 63a_2

Personalien: Schaumbërg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radëberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.37 MUSTER 64 – VERORDNUNG MEDIZINISCHER VORSORGE FÜR MÜTTER ODER VÄTER GEMÄß § 24 SGB V

Prüffalle: 64Aa, 64Ab, 64Ba und 64Bb

Personalien: Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDER	INHALT
Vorsorgerelevante Gesundheitsstörung	Kopfschmerzen
Vorsorgerelevante Erkrankung	Nicht näher bezeichnete Adipositas, Grad oder Ausmaß nicht näher bezeichnet Abhängigkeitssyndrom durch Alkoholgebrauch
Vorsorgerelevante Erkrankung (Diagnose)	E66.99 G und F10.2 V
Kurze Angabe zur Anamnese	Alkohol, Allergien
Vorübergehende Beeinträchtigung der	Kopfschmerzen
Kontextfaktoren, die für die	Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule, Erziehungsschwierigkeiten, finanzielle Sorgen, allein erziehend
Kontextfaktoren, die für die (andere Kontextfaktoren)	Gutachtenerstellung
Bisherige ärztliche/psycho	Kopfschmerztabletten
Heilmittel zur Erreichung des	Ja
Bisherige andere Maßnahmen	Reduzierung von Schnaps
Vorsorgeziele in Bezug auf die	Zurückgewinnung des Gesundheitszustands
Empfohlene Leistungsform:	Vater-Kind-Leistung
Angaben zu Kindern (Name des Kindes)	Teufel Beelzebub
Angaben zu Kindern (Geburtsdatum)	06.06.16
Angaben zu Kindern (s. Attest Kind)	Nein
Angaben zu Kindern (Belastete Mutter-/)	Ja
Angaben zu Kindern (Psychosoziale Gründe)	Ja
Anforderungen an die Einrichtung (ja, folgende)	Ja
Anforderungen an die Einrichtung (Freitext)	Ganz spezielle Einrichtung
Die Leistung ist vor (ja, Erläuterung)	Ja
Die Leistung ist vor (Freitext)	Sonst Hausarrest
Sonstiges	ist reisefähig
Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer	06151 / 1111111
Ausstellungsdatum	15.11.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.38 MUSTER 65 – ÄRZTLICHES ATTEST KIND

Prüffall: 65a, 65b

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Kurze Angaben zur Anamnese	Psychische und Verhaltensstörungen
Gesundheitsstörungen	Übergewicht
Erkrankungen (Diagnoseschlüssel ICD-10-GM)	E66.99 G und F90.0 V
Weitere relevante Informationen	Verzogenes Kleinkind
Bisherige Krankenbehandlung und andere	Verhaltenstherapie und Sport
Empfohlene Intervention während der Maßnahme	10-km-Lauf
Anforderungen an die Einrichtung (ja, folgende)	Ja
Anforderungen an die Einrichtung (Freitext)	Ausschließlich Kohlenhydratarme Nahrung
Ausstellungsdatum	15.11.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

2.39 MUSTER 70 – BEHANDLUNGSPLAN

Prüffälle: 70a und 70b

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

HINWEIS

In den Barcode werden die Angaben des jeweiligen Personalienfeldes codiert, welches zum Zeitpunkt der Formularerstellung gefüllt ist. Im Zweifelsfalle sind die Inhalte des ersten Personalienfeldes (Frau Malta) in den Barcode zu codieren.

2.40 MUSTER 70 A – FOLGE-BEHANDLUNGSPLAN

Prüffälle: 70Aa und 70Ab

Personalien: Malta (Siehe XML Verzeichnisname: XML_36)

Alle Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

HINWEIS

In den Barcode werden die Angaben des jeweiligen Personalienfeldes codiert, welches zum Zeitpunkt der Formularerstellung gefüllt ist. Im Zweifelsfalle sind die Inhalte des ersten Personalienfeldes (Frau Malta) in den Barcode zu codieren.

3 MUSTER PSYCHOTHERAPIEVEREINBARUNG (PTV)

Für die Muster zur Psychotherapievereinbarung sind die Regelungen im Handbuch Blankoformularbedruckung (PTV) [KBV_ITA_VGEX_Hanbuch_BFB_PTV] zu beachten. Die Musterbeispiele sind ebenfalls in dem benannten Dokument aufgeführt. Die Muster können auch einzeln umgesetzt werden.

HINWEIS

Über die hier aufgeführten Prüffälle hinaus sind die übergreifenden Prüffälle [Kapitel 5] ebenfalls zu bearbeiten.

Die folgenden Muster zur PTV können zertifiziert werden:

- PTV 1
- PTV 2
- PTV 11
- PTV 12

3.1 MUSTER PTV 1 – ANTRAG AUF PSYCHOTHERAPIE

Prüffälle: PTV1a, PTV1b, PTV1c_1 und PTV1c_2

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig	Ja
Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für / als	Verhaltenstherapie & Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie
Ich beantrage die Psychotherapie als	Erstantrag
Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?	Ja, und zwar am 01.07.24 und ggf. am 13.07.21
Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?	Ja
Ausstellungsdatum	15.11.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

3.2 MUSTER PTV2 – ANGABEN THERAPEUT*IN

Prüffälle: PTV2a, PTV2b und PTV2c

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Chiffre Patient*in	<automatisch>
Diagnose(n) ICD-10 - GM endständig	F60.9 G, F20.9 V, F28 A
Psychotherapie	Für Kinder und Jugendliche (KiJu)
AP, ST , TP oder VT	Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie (TP)
Therapieart (kurz oder Langzeit)	Langzeittherapie (LZT) & Fortführung
Einzel, Gruppen oder Kombi	Kombinationsbehandlung mit & überwiegend Einzeltherapie
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt	12 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35201; 35203
Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt	12 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35201; 35203
Bei Anträgen auf LZT angeben	Ja, mit voraussichtlich 12 Therapieeinheiten
Bisheriger Behandlungsumfang	150 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Einzelbehandlung 35401, 35402, 35405, 35415
Name	Dr. Stellungnahme
Datum des Gutachtens	15.10.24
Erklärung Therapeut*in	Ja, Ich führe die beantragte Psychotherapie ...
Ausstellungsdatum	15.11.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

3.3 MUSTER PTV 11 – IHRE INDIVIDUELLE INFORMATION ZUR PSYCHOTHERAPEUTISCHEN SPRECHSTUNDE

Prüffälle: PTV11a und PTV11b

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde	Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) festgestellt
ICD-10 - GM endständig	F60.9 G, F20.9 V, F28 A
Diagnose(n)/Verdachtsdiagnosen (im Klartext ...)	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet; Schizophrenie, nicht näher bezeichnet; sonstige nichtorganische psychotische Störungen
Empfehlungen zum weiteren Vorgehen	Stationäre Behandlung; Krankenhausbehandlung; Fachärztliche Abklärung
Fachärztliche Abklärung (Fachgebiet)	Facharzt für Kardiologie
nähere Angaben zu den Empfehlungen	Termin sollte Nachmittags vorgenommen werden
Name mit behandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt	Dr. Hausarzt
Straße	Hausarztstraße
PLZ	10623
Ort	Berlin
Ausstellungsdatum	15.11.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

3.4 MUSTER PTV12 – ANZEIGE EINER AKUTBEHANDLUNG

Prüffälle: PTV12a und PTV12b

Personalien: Schimmelpfennig-Hammerschmidt Federmannssohn (Siehe XML Verzeichnisname: XML_37)

FELDER	INHALT
Akutbehandlung für	Kinder/Jugendliche
Beginn am	17.11.24
Diagnose(n)	F60.9 G, F20.9 V, F28 A
Ja, und zwar am	ja 04.10.24
und ggf. am	18.10.24
in anderer Praxis	Ja
Ausstellungsdatum	15.11.24

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

4 MUSTER DER KV NORDRHEIN

4.1 MUSTER KV5 – AERZTLICHER_KURZBERICHT

Prüffall: KV05

Personalien: Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDER	INHALT
Befunde	Röntgen, CT (Anzukreuzen) Sonstiges: Allgemeine Untersuchung
Mitgegebene Unterlagen	Bilder, Arztbrief

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

4.2 MUSTER KV6 – AAPV_ANLAGE_3A

Prüffall: KV06

Personalien: Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDER	INHALT
Bewegungsgewohnheit/Ernährung /Stressmanagement/Suchtmittelkonsum/ Sonstiges	Ernährung Sonstiges: „Handlungsfeld“
Hinweise des behandelnden Arztes	Weitere Information für die Behandlung

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

4.3 MUSTER KV7 – AAPV_ANLAGE_3B

Prüffall: KV07

Personalien: Schaumbürg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radéberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDER	INHALT
Aufnahme in die AAPV	15.11.2024 Wiederaufnahme
Hauptdiagnose (Datum Erstdiagnose)	11.2024
Schmerztherapie erforderlich	ja

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

4.4 MUSTER KV9 – AAPV_ANLAGE_2

Prüffall: KV09

Personalien: Schaumbërg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radëberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDER	INHALT
Aufnahme in die AAPV	15.11.2024 Wiederaufnahme
Patient betreut als	QPA

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

4.5 MUSTER KV10 – AAPV_ANLAGE_3

Prüffall: KV10

Personalien: Schaumbërg-von-und-zu-Schaumburg-und-Radëberg (Siehe XML Verzeichnisname: XML_40)

FELDER	INHALT
Beendigung der AAPV-Versorgung	15.11.2024 Überleitung in die SAPV-Vollversorgung

Alle weiteren Formularfelder können beliebig ausgefüllt werden.

5 ÜBERGREIFENDE PRÜFFÄLLE

Die folgenden Prüffälle sind zusätzlich bei jedem Zertifizierungsverfahren mit einzureichen.

Die übergreifenden Prüffälle realisieren Sie bitte auf Muster 10. Wenn für den Zertifizierungsgegenstand kein Muster 10 zertifiziert ist/wird, verwenden Sie bitte das Muster 6. Sollte dies auch nicht vorliegen, verwenden Sie für die übergreifenden Prüffälle bitte das Muster 2a.

Jegliche Fehler-, Warn- und Hinweismeldungen sind durch Screenshots zu dokumentieren (siehe Kapitel 2).

Wenn es sich bei Ihrem System um ein System ohne Arztpatientenkontakt (APK) handelt, dann erfassen Sie bitte alle folgenden Prüffälle ausschließlich im Ersatzverfahren.

Sofern es bei den einzelnen Prüffällen nicht anders angegeben ist, gelten die nachstehenden Annahmen für die folgenden Prüffälle:

FELDER	INHALT
Systemdatum	15.11.2024

HINWEIS

Der Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB) mit der Feldkennung 4106 ist 00 (Primärabrechnung), außer bei Prüffall 13.

5.1 ÜBERGREIFENDER PRÜFFALL – NR. 10 – HELGA AUFGELÖST

FELDER	INHALT
Anforderungskatalog KVDT:	P2-230
Ergebnis:	Screenshot: Systemseitig erfolgt ein Fehlermeldung, dass der Kostenträger aufgelöst ist.

Personalien: Aufgelöst (Siehe XML Verzeichnisname: XML_38)

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3101	Name	Aufgelöst
3102	Vorname	Helga
3103	Geburtsdatum	29.05.1982
3119	Versicherten_ID	A290582778
3107	Straße	Marktstrasse
3109	Hausnummer	45
3112	PLZ	30159
3114	Wohnsitzländercode	D
3113	Ort	Hannover
3116	WOP	17
3108	Versichertartenart	1
3110	Geschlecht	W
4133	Versicherungsschutz Beginn	01.01.2012
4111	Kostentraegerkennung	101389294
4134	Kostentraegername	Braunschweiger Kasse

5.2 ÜBERGREIFENDER PRÜFFALL – NR. 11 – PETER PAN

FELDER	INHALT
Anforderungskatalog KVDT:	P2-260
Ergebnis:	Screenshot (Systemseitig erfolgt ein Warnhinweis, dass das vorliegende IK ungültig ist.) und Muster mit Personalienfeld

Personalien: Pan (Siehe XML Verzeichnisname: XML_39)

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3101	Name	Pan
3102	Vorname	Peter
3103	Geburtsdatum	00.00.1972
3119	Versicherten_ID	P223331978
3107	Straße	Siebengebirgsstraße
3109	Hausnummer	59
3112	PLZ	53639
3114	Wohnsitzländercode	D
3113	Ort	Königswinter
3116	WOP	38
3108	Versichertenart	1
3110	Geschlecht	M
4133	Versicherungsschutz Beginn	01.01.2012
4111	Kostentraegerkennung	101377508
4134	Kostentraegername	Techniker-Krankenkasse LV Schlesw.-H.

5.3 ÜBERGREIFENDER PRÜFFALL – NR. 12 – SAM SCHULTE

FELDER	INHALT
Anforderungskatalog KVDT:	P2-275
Ergebnis:	Screenshots der Stammdatenergänzung nach P2-275 erstellen und Muster mit Personalienfeld

Personalien: Im Ersatzverfahren zu erfassen

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3101	Name	Schulte
3102	Vorname	Sam
3103	Geburtsdatum	07.07.1959
3119	Versicherten_ID	S070759117
3107	Straße	Friedrichstraße
3109	Hausnummer	22
3112	PLZ	24939
3114	Wohnsitzländercode	D
4131	BesonderePersonengruppe	06
4132	DMP_Kennzeichnung	09
3113	Ort	Flensburg
3108	Versichertartenart	1
3110	Geschlecht	M
4104	Abrechnungs-VKRN	24401
4111	Kostentraegerkennung	109567890
	Bedruckungsname	BKK zum Testen
4121	Gebührenordnung	BMÄ (2006 = 1)

5.4 ÜBERGREIFENDER PRÜFFALL – NR. 13 – ANGELIKA SCHNELL

FELDER	INHALT
Anforderungskatalog KVDT:	P2-285
Ergebnis:	Screenshot: Systemseitig erfolgt ein Fehlermeldung, dass der Kostenträger aufgelöst ist.

Personalien: Im Ersatzverfahren zu erfassen

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3101	Name	Schnell
3102	Vorname	Angelika
3103	Geburtsdatum	18.01.1982
3119	Versicherten_ID	S180182139
3107	Straße	Am Berg
3109	Hausnummer	15
3112	PLZ	41836
3113	Ort	Hückelhoven
3108	Versichertartenart	3
3110	Geschlecht	W
4111	Kostentraegerkennung	103121013
4106	KTAB	07

5.5 ÜBERGREIFENDER PRÜFFALL – NR. 14 – ERNA MUELLER

FELDER	INHALT
Ergebnis:	Muster mit Personalienfeld

Personalien: Im Ersatzverfahren zu erfassen

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3101	Name	Mueller
3102	Vorname	Erna
3103	Geburtsdatum	15.01.1970
3105	Versichertennummer	240819500
3107	Straße	Herbert-Lewin-Platz ohne Hausnummer
3112	PLZ	12489
3114	Wohnsitzländercode	D
3113	Ort	Berlin
3108	Versichertartenart	5
3110	Geschlecht	W
4111	Kostentraegerkennung	100013805

5.6 ÜBERGREIFENDER PRÜFFALL – NR. 15 – EIKE FLÜCHTLING

FELDER	INHALT
Anforderungskatalog KVDT:	P2-325 P2-410 P2-430
Ergebnis:	Screenshot §§ 4 und 6 AsylbLG und Muster mit Personalienfeld

Personalien: Im Ersatzverfahren zu erfassen

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3101	Name	Flüchtling
3102	Vorname	Eike
3103	Geburtsdatum	00.00.1960
3119	Versicherten_ID	M240819600
3107	Straße	Ringstraße
3109	Hausnummer	10
3112	PLZ	12489
3114	Wohnsitzländercode	D
3113	Ort	Berlin
3116	WOP	72
3108	Versichertarten	1
3110	Geschlecht	X
4111	Kostentraegerkennung	109577507
4131	BesonderePersonengruppe	09

5.7 ÜBERGREIFENDER PRÜFFALL – NR. 16 – ANDREA LANZ

FELDER	INHALT
Ergebnis:	Muster mit Personalienfeld

Personalien: Im Ersatzverfahren zu erfassen

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3101	Name	Lanz
3102	Vorname	Andrea
3103	Geburtsdatum	01.01.1999
3107	Straße	Piazza del Venezia
3112	PLZ	00184
3114	Wohnsitzländercode	I
3113	Ort	Rom
3108	Versichertenart	1
3110	Geschlecht	D
4111	Kostentraegerkennung	109580001
4131	BesonderePersonengruppe	07
4124	SKT-Zusatzangabe	AL00001960

5.8 ÜBERGREIFENDER PRÜFFALL – NR. 17 – VIKTOR WERNER

FELDER	INHALT
Anforderungskatalog Formularbedruckung	P7-45
Ergebnis:	Muster mit Personalienfeld

Personalien: Im Ersatzverfahren zu erfassen

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3100	Namenszusatz	Frhr. Gr
3120	Vorsatzwort	in't
3101	Name	Werner
3102	Vorname	Viktor
3103	Geburtsdatum	23.05.1974
3107	Straße	Hauptstraße
3109	Hausnummer	123456789
3115	Anschriftenzusatz	Hinterhof
3112	PLZ	14469
3114	Wohnsitzländercode	D
3113	Ort	Potsdam
3116	WOP	83
3108	Versichertenart	1
3110	Geschlecht	M
4111	Kostentraegerkennung	106380003
4131	BesonderePersonengruppe	06
4132	DMP_Kennzeichnung	04
4123	Personenkreis	01
4124	SKT-Zusatzangabe	123456789012345

5.9 ÜBERGREIFENDER PRÜFFALL – NR. 18 – JONATHAN RAMIREZ-SANCHÉZ-LEON

FELDER	INHALT
Ergebnis:	Muster mit Personalienfeld

Personalien: Jonathan Ramirez-Sánchez-Leon (Siehe XML Verzeichnisname: XML_41)

FELDNR.	FELDBEZEICHNUNG	INHALT
3120	Vorsatzwort	dos santos
3101	Name	Ramirez-Sánchez-Leon
3102	Vorname	Jonathan
3103	Geburtsdatum	00.00.1939
3104	Titel	Dr.
3119	Versicherten_ID	R010439556
3114	Wohnsitzländercode	MEX
3113	Ort	Mexicali
3116	WOP	46
3108	Versichertenart	1
3110	Geschlecht	M
4133	Versicherungsschutz Beginn	01.09.2003
4110	Versicherungsschutz Ende	01.09.2030
4111	Kostentraegerkennung	109519005
4134	Kostentraegername	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

6 TESTDATENVALIDIERUNG

Alle in den vorherigen Kapiteln beschriebenen Prüffälle können in der Testdatenvalidierung des Zertifizierungsportals genutzt werden. Die übermittelten Testdaten werden auf Vollständigkeit und Korrektheit automatisiert geprüft. Eine manuelle Prüfung der eingereichten Unterlagen durch das Referat Zertifizierung findet nicht statt, demzufolge ist der Ordner „Übergreifend“ im Gegensatz zur Zertifizierung nicht Gegenstand der Testdatenvalidierung. Nachdem das Thema ausgewählt wurde, kann die Verzeichnisstruktur mit den Prüfunterlagen hochgeladen werden. An die angegebene E-Mail-Adresse werden die Testergebnisse gesendet.

Das zip-Archiv muss mit „Test_9_<SystemID>“ benannt werden. Die Struktur des zip-Archives sollte alle zu testenden Muster beinhalten. Wird eine vollständige Prüfung angestrebt, muss die Verzeichnisstruktur die folgende Form aufweisen:

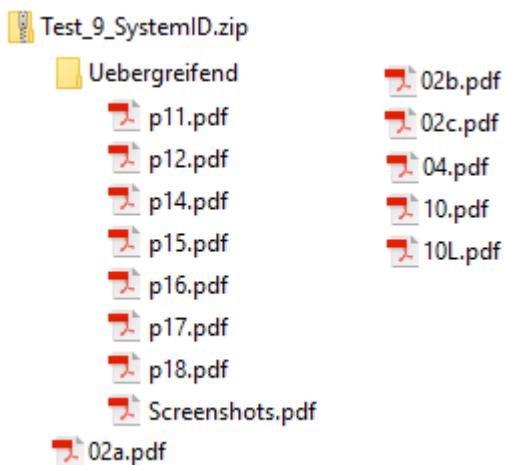


Abbildung 3: Testdatenvalidierung – Exemplarische Verzeichnisstruktur bei Einreichung der Muster 2, 4, 10 und 10L

Bereiche, die nicht getestet werden, dürfen nicht in der .zip-Datei vorkommen.

7 REFERENZIERTE DOKUMENTE

Alle erforderlichen Dokumente, die für die Bearbeitung der Prüffälle notwendig sind, stehen im Internet zum Download unter <https://update.kbv.de/ita-update/> bereit. Sie benötigen grundsätzlich die folgenden Dateien und Unterlagen in der jeweils aktuellen Version:

Allgemeine Informationen	
KBV_ITA_RLEX_RiLi_Zert	Zertifizierungsrichtlinie der KBV
Datensatz- und Schnittstellenbeschreibung	
KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT	Datensatzbeschreibung KVDT
KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_SDKV	Datensatzbeschreibung KV-Spezifika-Stammdaten
KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_SDPLZ	Datensatzbeschreibung PLZ-Stammdaten
KBV_ITA_VGEX_Schnittstelle_SDICD	Datensatzbeschreibung ICD-Stammdaten
KBV_ITA_VGEX_Schnittstelle_SDKT	Datensatzbeschreibung Kostenträger-Stammdaten
Stammdateien (nur für Prüfverfahren geeignet)	
74E15101.sdicd.prf.zip	modifizierte ICD-10-GM-Stammdaten
74E13101.sdkv.prf.zip	modifizierte KV-Spezifika-Stammdaten (KV Hessen)
74E16101.sdkt.prf.zip	modifizierte Kostenträger-Stammdaten
74E13101.sdplz.prf.zip	modifizierte PLZ-Stammdaten
Blankoformularbedruckung (BFB)	
KBV_ITA_VGEX_Technisches_Handbuch_BFB	Technisches Handbuch Blankoformularbedruckung
KBV_ITA_VGEX_Handbuch_BFB_PTV	Handbuch Blankoformularbedruckung PTV
KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung	Anforderungskatalog Formularbedruckung
Blankoformularbedruckung	Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung Anlage 2a
Erläuterungen zur Vordruck-Vereinbarung	Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung
KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK	Technische Anlage zu Anlage 4a (BMV-Ä/EKV)

KBV_ITA_FMEX_AAZ_BFB	Antrag auf Zertifizierung Blankoformularbedruckung
Muster.zip.XKM	PCL- / PCX - Dateien der BFB- Formulare
VSD_5.2.0_Testfaelle_Vn.n⁴.zip	eGK-XML Dateien
Kassenärztliche Vereinigung-Datentransfer (KVDT)	
KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_ICD-10	Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM
KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_KVDT	Anforderungskatalog KVDT

Ansprechpartner:

Dezernat Digitalisierung und IT

IT in der Arztpraxis

Tel.: 030 4005-2077, pruefstelle@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

pruefstelle@kbv.de, www.kbv.de

⁴ n.n= in der jeweils aktuellen Version