

## Mindestanforderungen zur Erstellung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (ambulanter Sektor)

Gültig ab: 01.04.2019

Stand: 06.09.2018

### Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V [1. Ebene]

A2 = Vertraglich eingebundener (pneumologisch) qualifizierter Facharzt (Strukturqualität ist zu definieren; muss über die der „normalen“ Hausärzte hinausgehen) oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist [1. Ebene, Ausnahmefälle]

B = Pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist

### Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen

- Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt, z. B. ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung mit der Abrechnungsgenehmigung für die EBM-Ziffer 13650.
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A2“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.

### Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht

19 = Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE; Nachfolgemodell COBRA)

28 = Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell (C2)

29 = COPD-Patientenschulung ATEM (C3)

### Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärzte der Versorgungsebenen „A1“ und „A2“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden.
- Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebene „B“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis**	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Versorgungsebene*	Berechtigung*

\* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und Berechtigungen sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen innerhalb des Feldes ist ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen.  
Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

\*\* Die zusätzlichen Angaben „Telefon“, „Fax“ und „E-Mail“ sind keine Pflichtangaben im Sinne der Mindestanforderungen, daher werden sie in diesem Muster nicht aufgeführt. Die Angaben können nach der Angabe „Kreis“ ergänzt werden (vgl. Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme).

# **Technische Anlage**

**zur**

## **Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

**Version: 02**  
**Gültig ab: 01.04.2019**  
**Stand: 06.09.2018**

**Autoren: Verbände und Vertreter der  
Krankenkassen auf Bundesebene**

## Inhalt

0	Grundlage .....	3
1	Austauschformate .....	3
2	Dateiaufbau.....	3
2.1	Allgemeines .....	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei .....	4
	Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen .....	5
	Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN .....	6

## 0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesversicherungsamtes an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden DMP-Leistungserbringerverzeichnisse. Mit der Übermittlung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Krankenkassen über die an einem DMP teilnehmenden Ärzte. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesversicherungsamtes erfordern ggf. eine Anpassung der Datensatzbeschreibung.

In den Datensätzen wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte bzw. Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Leistungserbringerverzeichnissen unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse.

## 1 Austauschformate

Die DMP-Leistungserbringerverzeichnisse sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Excel-Format (xlsx-Datei) zur Verfügung zu stellen. Mehrfachnennungen innerhalb eines Feldes sind mit einem Komma ohne Leerzeichen zu trennen.

## 2 Dateiaufbau

### 2.1 Allgemeines

In der unter 2.2 aufgeführten Tabelle wird der formale Aufbau der Excel-Datei definiert:

Unter den Spalten „Spalte“ und „Spaltenbezeichnung“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile '1' vorgegeben.

Die Spalte „Anz. Stell.“ gibt die Menge der zu verwendenden Stellen vor. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. '5') die erforderliche Anzahl Stellen angibt; drei Punkte und eine Zahl (z.B. '...35') die maximale Stellenbelegung.

Muss-Datenelemente sind in der Spalte „Feld-Art“ 'M' und Kann-Datenelemente als Feld-Art 'K' gekennzeichnet.

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe 'N' = numerisch oder 'AN' = alphanummerisch. Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ 'N') sind die Zeichen '0' - '9' zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Als Inhalt von alphanummerischen Feldern (Feld-Typ 'AN') sind die Zeichen 'A' - 'Z', '.', ',' und die Zeichen '0' - '9' zulässig.

## 2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/Überschrift	Anz. Stell.	FeldTyp	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	AN	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	AN	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	K	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: „Vorwahl/Rufnummer“ Sofern die Telefonnummer nicht bereitgestellt wurde, ist eine „0“ einzutragen.
L	Fax	...25	AN	K	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, <u>muss</u> das Feld gefüllt werden.
P	Versorgungsebene*	...15	AN	M	Angabe zur ärztlichen Qualifikation gemäß der Schlüsseltable in Anhang 1 Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“ Bei Mehrfachnennungen ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.
17	Berechtigung*, ***	...45	AN	M	Angabe zu den berechtigten Tätigkeiten im Rahmen des DMP gemäß der Schlüsseltable in Anhang 2 Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben. Bei zusätzlichen Angaben für Schulungsberechtigungen (Mehrfachnennungen) ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

\* Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen, z. B.:

LANR	[...]	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsebene	Berechtigung
123456701	[...]	01.04.2015	31.12.2015	A1	01
123456701	[...]	01.01.2016		A1	01,19

## Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen
<p>A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität (1. Ebene)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“</li><li>• Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn ein vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V die Qualifikation der 2. Ebene erfüllt, z. B. ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung mit der Abrechnungsgenehmigung für die EBM-Ziffer 13650.</li><li>• Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „A2“ ist nicht zulässig.</li><li>• Ärzte der Versorgungsebene „A1“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.</li></ul>
<p>A2 = Vertraglich eingebundener (pneumologisch) qualifizierter Facharzt (Strukturqualität ist zu definieren, muss über der der „normalen“ Hausärzte liegen) oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist (1. Ebene, Ausnahmefälle)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A2“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.</li><li>• In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden.</li><li>• Ärzte der Versorgungsebene „A2“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.</li></ul>
<p>B = Pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“</li><li>• Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt, z. B. ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung mit der Abrechnungsgenehmigung für die EBM-Ziffer 13650.</li><li>• Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „B“ und „A2“ ist nicht zulässig.</li><li>• Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebene „B“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.</li></ul>

## Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	möglich für folgende Indikationen	Schulung im Rahmen von DMP durchführbar bis
01	Arzt koordiniert	alle	
02	Arzt koordiniert nicht	alle	
19	Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE; Nachfolgemodell COBRA)	COPD	
28	Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell (C2)	COPD	
29	COPD-Patientenschulung ATEM (C3)	COPD	



**Anleitung zur Führung der Leistungserbringerlisten**  
(Technische Anlagen der Krankenkassenvertreter auf Bundesebene /  
Musterleistungserbringerlisten des BVA)

Allgemein

Alle in den Technischen Anlagen bzw. den vom BVA erstellten Musterleistungserbringerlisten geforderten Angaben im Leistungserbringerverzeichnis sind – sofern in der jeweiligen Technischen Anlage nicht als Kann-Angabe mit einem K gekennzeichnet – notwendig. Die Verzeichnisse müssen für jeden Arzt/ jede Ärztin vollständig ausgefüllt werden. Dabei ist jede Zeile in der Excel-Liste mit allen erforderlichen Angaben zu füllen. Ansonsten ist ein maschinelles Auslesen der Datei nur unzureichend möglich. Die ärztliche Qualifikation wird ausschließlich über die Versorgungsebene, die Tätigkeit im Rahmen des DMP über die Berechtigungsschlüssel definiert. (Beispiel für die Indikation Asthma: Versorgungsebene B1 kombiniert mit Berechtigungsschlüssel 01 weist den Facharzt aus, der – wenn auch nur für einzelne Versicherte – koordinierend tätig ist). Es sollen die in den Technischen Anlagen oder in den Musterleistungserbringerverzeichnissen angegebenen Schlüssel für Versorgungsebenen und Berechtigungen genutzt werden. Abweichungen – bspw. eine andere Nummerierung der Schulungen oder Umformatierungen – sind eindeutig kenntlich zu machen und dem Empfänger die Entsprechung in der jeweiligen Technischen Anlage bzw. der Leistungserbringerliste mitzuteilen.

LANR

Es ist die seit 2008 geltende 9stellige lebenslange Arztnummer einzutragen.

Adressangaben

Die Adressangaben sind für alle teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen aller Betriebsstätten vollständig anzugeben. Ohne Kenntnis der Adressangaben ist eine Prüfung der regionalen Verteilung der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen nicht möglich. Die Leistungserbringerverzeichnisse sind auch Grundlage für die Information der Versicherten über die teilnehmenden Leistungserbringer. Ohne die Anschrift der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen ist die rechtlich vorgesehene Information der Ärztinnen und Ärzte sowie der Versicherten jedoch unzureichend. Zudem ist die Adressangabe für die Kommunikation zwischen Krankenkassen und Arzt/ Ärztin bzw. Datenstelle und Arzt/ Ärztin erforderlich, z.B. für die Erstellung von Arzt-Remindern. Weitergehende Angaben (Telefon-/Faxnummer/Emailadresse) sind in den

Technischen Anlagen vorgesehen. In den Musterleistungserbringerverzeichnissen des BVA können sie ergänzt werden.

#### Teilnahmezeiträume (Beginn-/ Ende der Teilnahme)

Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes/ einer Ärztin sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen. Ohne die Beendigung der bisherigen Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination kommt es zu unerwünschten Doppelnennungen. Alle Angaben sind zu historisieren. Da der Prüfdienst rückwirkend prüft, müssen die Verzeichnisse die Angaben zur koordinierenden Tätigkeit der Ärzte und Ärztinnen mindestens für die letzten sieben vollständigen Kalenderjahre lückenlos abbilden. Abgelaufene Zeiträume dürfen daher nicht unmittelbar gelöscht oder überschrieben, sondern müssen in der Folge mindestens sechs weitere Jahre im Verzeichnis ausgewiesen werden.

#### Versorgungsebenen

Hier ist die Versorgungsebene einzutragen, in der ein Arzt/ eine Ärztin am DMP teilnimmt. Die alleinige Bezugnahme auf die §§ 3 und 4 des DMP-Vertrags ist dabei zu unspezifisch und daher unzureichend. Grundsätzlich ist hier nur eine Angabe möglich, da sich die Angaben zur Qualifikation regelmäßig gegenseitig ausschließen. Bei den Indikationen Asthma bronchiale, COPD, Diabetes mellitus Typ 2 sowie KHK können ausnahmsweise gemeinsam für denselben Arzt/ dieselbe Ärztin Mehrfachnennungen von Versorgungsebenen erfolgen (Asthma: A1/B1, COPD und Diabetes mellitus Typ 2: A1/B, KHK: A/B, B/C), bspw. wenn durch Zusatzqualifikationen der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt, wie der Allgemeinmediziner, welcher die Qualifikation zum Diabetologen DDG erworben hat. Im Gegensatz hierzu ist bei fachärztlich tätigen Internisten, die neben ihrer Tätigkeit in der 2. Versorgungsebene auch in Ausnahmefällen koordinierend tätig werden wollen keine Mehrfachnennung von A1 und B1 bzw. B möglich. Vielmehr sind hier die zweite Versorgungsebene und der Berechtigungsschlüssel 01 zu kodieren. In die sogenannte „Zwischenebene“ (Versorgungsebene A2) sollen ausschließlich fachärztlich tätige Internisten eingetragen werden, welche die Qualifikation für die 2. Versorgungsebene nicht erfüllen. Diese Ärzte/ Ärztinnen nehmen somit ausschließlich

in Ausnahmefällen allein als koordinierende Ärzte/ Ärztinnen teil. Für den Fall, dass in ihrer regionenspezifischen Vertragsgestaltung eine Konstellation vorliegt, die die gemeinsame Angabe weiterer Versorgungsebenen zulässt, ist dies gegenüber der die Leistungserbringer-verzeichnisse zusammenstellenden Stelle mitzuteilen.

Eine Besonderheit liegt auch bei den an den strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmenden Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin vor, da diese grundsätzlich Hausärzte gemäß § 73 SGB V sind. Für die Prüfung der Schwellenwerte ist es jedoch notwendig zwischen Ärzten/ Ärztinnen, die Erwachsene behandeln und Ärzten/ Ärztinnen die Kinder und Jugendliche behandeln, zu unterscheiden. Bei Diabetes mellitus Typ 1 bedeutet dies, dass Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin nicht mit A kodiert werden dürfen. Bei Asthma bronchiale können Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin nur mit A\_K oder B\_K kodiert werden. Die grundsätzliche Koordinierungstätigkeit bildet sich bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin der 2. Versorgungsebene (Versorgungsebene B\_K) über den Berechtigungsschlüssel 01 ab.

#### Berechtigungen

Die Angaben zu den Berechtigungen sind für jede DMP-Indikation vollständig einzutragen. Die Angaben sind zusätzlich zur Versorgungsebene erforderlich. Es ist unzureichend, wenn bspw. Schulungsberechtigungen oder bei Diabetes mellitus besondere Fachkenntnisse nur für eine Indikation ausgewiesen werden, wenn der Arzt/ die Ärztin an Programmen für mehrere Indikationen teilnimmt und die Qualifikationen auch für diese Programme gelten. Eine koordinierende Funktion des Arztes/ der Ärztin ist immer auszuweisen. Ohne die entsprechende Kennzeichnung kann der Nachweis der Berechtigung zur Erstellung der Dokumentation ansonsten – auch gegenüber den Prüfdiensten – nicht geführt werden. Die alleinige Bezugnahme auf die §§ 3 und 4 des DMP-Vertrags ist dabei unzureichend, da sie keine Rückschlüsse auf eine koordinierende Tätigkeit der Fachärzte zulässt. Die Berechtigungs-schlüssel 01 (Arzt koordiniert) und 02 (Arzt koordiniert nicht) schließen sich beim selben Arzt/bei derselben Ärztin (Kombination BSNR/LANR) aus. Die ärztliche Qualifikation wird ausschließlich über die Versorgungsebene definiert. Die Berechtigungsschlüssel 01 und 02 dienen ausschließlich zur Bestimmung der koordinierenden Funktion des Arztes/ der Ärztin. Die koordinierende Funktion von Fachärzten ist bei den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Brustkrebs die Regel. Grundsätzlich besteht aber auch bei den Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, KHK, Asthma bronchiale und COPD die Möglichkeit, dass der Facharzt koordiniert. Es kommt hierbei jeweils auf die Erklärung des Arztes/ der Ärztin – in der Regel in der ärztlichen Teilnahmeerklärung am DMP – an.

