

Ausfüllanleitung
zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz
(Seiten 2 bis 7)
sowie für das
strukturierte Behandlungsprogramm (DMP)
Osteoporose
(Seiten 8 bis 15)

Stand der letzten Bearbeitung: 22.02.2023
(diagnoseübergreifender allgemeiner Datensatz)
Version 9.0
gültig ab 01.10.2023

und

07.06.2021
(indikationsspezifischer Datensatz)
Version 1.0

auf Basis der mit dem BAS abgestimmten
Ausfüllanleitungen

Ausfüllanleitung

Vorbemerkung

Die Dokumentation stellt ein Kernelement zur Umsetzung der Disease-Management-Programme dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten erfüllt die Dokumentation weitere wichtige Funktionen:

- Sie bildet den Verlauf der Erkrankung ab und kann als **Checkliste** bezüglich medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen dienen.
- Sie stellt einen Informationsspeicher für Sie und Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.
- Ein Ausdruck der Dokumentation kann Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten bei notwendigen Über- und Einweisungen oder auch im Notfall als Begleitinformation dienen.
- Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Feedback-Berichts, die Durchführung der Qualitätssicherung und für die Programmevaluation.

Auf Grund dieser vielfältigen Aufgaben ist es außerordentlich wichtig, die Dokumentationen sorgfältig und **vollständig** zu erstellen. Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind. Die von Ihnen eingesetzte und von der KBV zertifizierte Software unterstützt Sie dabei. Bitte berücksichtigen Sie die jeweiligen Erläuterungen Ihres Software-Anbieters.

Denken Sie bitte auch daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig und plausibel erstellten Dokumentationen und Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie möglich ist.

Es gibt eine **indikationsübergreifende Dokumentation** für alle DMP außer Brustkrebs. Die Dokumentation besteht aus

- einem **allgemeinen** Teil sowie
- fünf **diagnosespezifischen** Teilen (für KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale, COPD und Osteoporose).

Durch eine indikationsübergreifende Dokumentation wird die zunehmende Multimorbidität von Patientinnen und Patienten auch in der Dokumentation besser abgebildet und der Dokumentationsaufwand insgesamt reduziert. Zudem sind die Dokumentationsdaten auf diejenigen Daten beschränkt, die für eine effektive Qualitätssicherung genutzt werden können, Aussagen zum Krankheitsverlauf ermöglichen und im Rahmen der Evaluation Anwendung finden.

Die nachstehenden Aufzählungsziffern (ab Seite 4) entsprechen der jeweils angegebenen laufenden Nummer auf der Dokumentation.

Hinweise zur Datenerfassung

Für alle DMP-Indikationen sind zunächst die in einer Praxis-Verwaltungs-Software (PVS) bereits hinterlegten administrativen Daten, Daten zu allgemeiner Anamnese und zu bekannten Befunden sowie Daten zum Behandlungsplan zu dokumentieren. Im Weiteren kommen dann diagnosespezifische Daten, wie z. B. der HbA1c-Wert beim Diabetes oder Angaben zur Medikation, hinzu.

Die Auswahl und Zusammenführung der Daten erfolgt durch die Dokumentationssoftware. Sie als dokumentierende Ärztin bzw. als dokumentierender Arzt erhalten die notwendigen Dokumentationsparameter durch die Vorauswahl der von Ihnen zu dokumentierenden Indikationen (siehe auch Erläuterungen zu „Einschreibung wegen“). Es entfällt die Notwendigkeit der nach Indikationen getrennten Dokumentation.

Welche Patienten können eingeschrieben werden?

DMP gibt es für die Indikationen:

- Adipositas
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Asthma bronchiale
- COPD
- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronischer Rückenschmerz
- Depression
- Osteoporose
- Rheumatoide Arthritis

Zielgruppe sind alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten, bei denen eine oder mehrere der vorstehenden Erkrankungen vorliegt. Die zuständige Krankenkasse muss einen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgeschlossen haben und die Patientin oder der Patient muss die Einschreibekriterien des Programms entsprechend der Vorgaben der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) und der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen.

Aktuell ist eine Einschreibung in die nachstehenden DMP nicht möglich, da für diese Indikationen noch keine vertraglichen Regelungen vereinbart wurden:

- Adipositas
- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronischer Rückenschmerz
- Depression
- Rheumatoide Arthritis

Übermittlung der Dokumentationsdaten

Bitte beachten Sie, dass für die Weiterleitung der Daten und die gültige Teilnahme Ihrer Patientin oder Ihres Patienten es zwingend erforderlich ist, dass zusätzlich zur vollständigen Erstdokumentation die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von Ihnen beiden unterschrieben und unmittelbar an die zuständige Datenstelle übermittelt wurde.

Dabei ist sicherzustellen, dass alle drei Ausfertigungen die jeweils notwendigen Unterschriften tragen (bei Ausdruck aus der PVS: drei Seiten mit Originalunterschriften, bei Verwendung der Formularvordrucke: Erste Seite mit Originalunterschriften, zweite und dritte Seite als Durchschlag). Neben dem Exemplar, das an die Datenstelle zu versenden ist, erhält ein Exemplar die Patientin oder der Patient und ein Exemplar verbleibt bei Ihnen in der Patientenakte.

Bitte erstellen Sie die Dokumentationen so früh wie möglich im Quartal und leiten Sie die vollständigen und plausiblen Erst- und Folgedokumentationen möglichst umgehend online (mit gesicherter Datenleitung) an die Datenstelle.

Einen Leitfaden zum Übermitteln von Dokumentationsdaten finden Sie unter www.dmp-bayern.de/sicherheit/.

Sämtliche Reminderprozesse und auch Ihre Vergütung laufen einfacher und sicherer ab, wenn die Dokumentationen bereits Mitte des Quartals in der Datenstelle vorliegen. Nur im Ausnahmefall sollten Sie die **10 Tage Übermittlungsfrist** für den Eingang der Daten in der Datenstelle plus **42 Tage Korrekturfrist** nach Ende des entsprechenden Quartals ausschöpfen. Danach ist die Dokumentation **unwiederbringlich verfristet**.

Die Erstellung der Dokumentation muss (per Behandlungsdatum (service_tmr) im Datensatz) unbedingt aus dem jeweiligen Quartal stammen, um auch für dieses Quartal gültig zu sein.

Die Adresse der Datenstelle lautet:

**Arbeitsgemeinschaft DMP-Datenstelle Bayern
Postfach 21 01 40
80671 München**

Servicetelefon: 089 32733-2600

(Montag bis Donnerstag 07:30 Uhr - 17:00 Uhr und Freitag 07:30 Uhr - 12:00 Uhr)

Administrative Daten

1. DMP-Fallnummer

Für jede Patientin und jeden Patienten vergeben Sie als behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt **genau eine** DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Zeichen (Zahlen und/oder Buchstaben) bestehen darf. Die Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin oder einen Patienten verwendet werden. Sie hat den Zweck, dass Sie Informationen aus den eingehenden Feedback-Berichten trotz Pseudonymisierung der richtigen Patientin bzw. dem richtigen Patienten zuordnen können. Sie muss daher auch für die Folgedokumentationen unverändert weitergeführt werden. Um Fehler zu vermeiden (z. B. doppelte Vergabe einer Nummer), sollte Ihr Software-Anbieter hier eindeutige Lösungen vorhalten.

Nimmt Ihre Patientin oder Ihr Patient an mehreren DMP teil, können Sie dieselbe DMP-Fallnummer für diese Patientin oder diesen Patienten für alle DMP verwenden. Auch können Sie die DMP-Fallnummer für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten nach einer erfolgten Programmbeendigung bei einer Wiedereinschreibung erneut verwenden.

7a) Vertragsarzt-Nummer

7b) Betriebsstätten-Nummer

Bitte geben Sie sowohl Ihre (lebenslange) Arzt- als auch Ihre Betriebsstätten-Nummer an. Sind für Ihre Praxis mehrere Ärztinnen oder Ärzte als koordinierende Leistungserbringer zugelassen, geben Sie bitte jeweils die Arzt-Nummer derjenigen Ärztin oder desjenigen Arztes an, die/der die aktuelle Dokumentation erstellt.

Ähnliches gilt, wenn Sie als koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt an mehreren Betriebsstätten beschäftigt sind. In diesem Fall ist (neben Ihrer Arztnummer) jeweils die Betriebsstätten-Nummer anzugeben, in der die aktuelle Dokumentation erstellt wurde.

8. Krankenhaus-Institutionskennzeichen

Dieses Feld ist für niedergelassene Ärztinnen oder Ärzte ohne Bedeutung. Es ist für den Fall vorgesehen, dass eine Einschreibung der Patientinnen bzw. der Patienten im Krankenhaus erfolgt. Das teilnehmende Krankenhaus fügt hier sein Institutionskennzeichen ein. In Bayern ist dies lediglich im DMP Brustkrebs vorgesehen.

9. Datum

Dieses Datum entspricht dem „origination dtm“.

10. Einschreibung wegen / Angabe zum Dokumentationstyp

Über diese Eingabe werden automatisch die zu dokumentierenden indikationsbezogenen Parameter aufgerufen. Die gleichzeitige Angabe und damit parallele Dokumentation mehrerer Indikationen ist dabei möglich. Möchten Sie bei einer Mehrfachteilnahme einer Patientin oder eines Patienten aktuell nur eine Indikation dokumentieren, wählen Sie bitte nur die Indikation aus, für die Sie die Dokumentation erstellen wollen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Teilnahme für folgende Indikationen ausgeschlossen ist:

Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2
Asthma bronchiale und COPD

Um die notwendigen Dokumentationsparameter aufzurufen, müssen Sie den jeweiligen Dokumentationstyp (z. B. Erst- oder Folgedokumentation) für die jeweils ausgewählte Indikation angeben. Dabei ist es möglich, die diagnosebezogen unterschiedlichen Dokumentationstypen zu kombinieren. So können Sie z. B. gleichzeitig eine Erstdokumentation für das DMP KHK und eine Folgedokumentation zu Diabetes mellitus Typ 2 erstellen.

11. (weggefallen)

12. Geschlecht

Eine Angabe zum Geschlecht der teilnehmenden Patientin oder des teilnehmenden Patienten ist verpflichtend.

Allgemeine Anamnese- und Befunddaten

13. Körpergröße

Eine Angabe ist verpflichtend.

Geben Sie bitte die Körpergröße in Metern (m) mit zwei Stellen hinter dem Komma an. Ist die Körpergröße, z. B. auf Grund einer Amputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

14. Körpergewicht

Die Angabe ist verpflichtend und erfolgt in Kilogramm als numerische Angabe ohne Kommastelle (kg).

Ist das Körpergewicht, z. B. auf Grund einer Amputation, nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

15. Blutdruck

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die an einem DMP zu Asthma bronchiale teilnehmen, ist die Angabe optional. Bei allen Personen über 18 Jahren, die an DMP Asthma teilnehmen, sowie bei allen Patientinnen und Patienten, die in mindestens einem der übrigen DMP eingeschrieben sind, ist eine Angabe verpflichtend.

Bei Kindern und Jugendlichen unter 11 Jahren, die an einem DMP zu Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmen, ist die Angabe optional. Bei allen Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 11. Lebensjahr, die an einem DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmen, ist die Angabe verpflichtend.

Bei allen Patientinnen und Patienten, die an mindestens einem der übrigen DMP teilnehmen, ist eine Angabe verpflichtend.

Geben Sie hier bitte den aktuellen systolischen und diastolischen Blutdruckwert in mmHg an. Bei starken Schwankungen mehrfach erhobener Werte geben Sie bitte den Mittelwert an.

16. Raucher

Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ist die Angabe optional. Bei allen anderen Patientinnen und Patienten ist die Angabe verpflichtend.

Geben Sie hier bitte an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient Raucher ist. Neben dem Zigarettenrauchen sind hier auch Pfeifen- und Zigarrenrauchen sowie der Konsum von e-Zigaretten zu erfassen. Machen Sie bitte genau eine Angabe.

17. Begleiterkrankungen

Eine Angabe ist verpflichtend; dabei sind Mehrfachnennungen möglich.

Hier geben Sie bitte an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient eine oder mehrere der aufgeführten Begleiterkrankungen hat. Sollte(n) bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten andere als die aufgeführten oder gar keine Begleiterkrankungen vorliegen, geben Sie bitte „**Keine der genannten Erkrankungen**“ an.

18. (weggefallen)

Behandlungsplanung

19. Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse

Die Angabe ist optional. Dabei sind Mehrfachnennungen möglich.

Sollte Ihre Patientin oder Ihr Patient Informationen zum Tabakverzicht, zu einer Ernährungsberatung oder auch zu körperlichem Training von seiner Krankenkasse wünschen, können Sie dies hier vermerken. Die Krankenkasse Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten wird sich daraufhin mit ihr oder ihm in Verbindung setzen.

20. Dokumentationsintervall

Eine Angabe ist verpflichtend.

Das Dokumentationsintervall ist in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus unter Berücksichtigung von Begleit- und Folgeerkrankungen, individuell von Ihnen in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten, einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal festzulegen.

21. (weggefallen)

22. Datum der Erstellung

Eine Angabe ist verpflichtend.

Hier ist das Datum relevant, an dem die Dienstleistung erbracht wurde („service tmr“). Bitte beachten Sie dabei die **Quartalszuordnung** – die Dokumentation **muss ein Datum aus dem Quartal tragen, für das sie gültig sein soll!** Es kann durch Sie nach Abschluss der Dokumentation nicht mehr verändert werden. Das Datum aus der Kopfzeile ist für die Einschreibung nicht relevant.

Bitte bedenken Sie, dass eine Patientin/ein Patient bereits mit dem **zweiten aufeinanderfolgend fehlenden Folgedokumentationsdatensatz** aus dem DMP **ausgeschrieben** werden muss. Er kann zwar umgehend erneut teilnehmen, doch es ist eine neue Teilnahmeerklärung des Patienten und eine neue Erstdokumentation notwendig!

Ausfüllanleitung

**zum indikationsspezifischen Datensatz für das
strukturierte Behandlungsprogramm
Osteoporose**

Stand der letzten Bearbeitung: 07.06.2021
Version: 1.0

Anamnese- und Befunddaten

Die Osteoporose ist eine **systemische Skeletterkrankung**, die durch eine **niedrige Knochenmasse und eine mikroarchitektonische Verschlechterung des Knochengewebes** charakterisiert ist, mit einem konsekutiven Anstieg der Knochenfragilität und der **Neigung zu Frakturen**. Sind bereits Frakturen als Folge der Osteoporose aufgetreten, liegt eine manifeste Osteoporose vor.

Osteoporosebedingte Fraktur in den letzten 12 Monaten

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig. Bei einer Folgedokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten rückblickend **in den letzten 12 Monaten vor der Einschreibung eine ausschließlich osteoporosebedingte Fraktur** eingetreten ist.

Sollte in den letzten 12 Monaten keine osteoporosebedingte Fraktur eingetreten sein, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

Bitte geben Sie ebenfalls „Nein“ an, wenn zwar eine Fraktur vorlag, diese aber aller Wahrscheinlichkeit nach, nicht im Zusammenhang mit der Osteoporose steht. In diesen Fällen ist eine Angabe zu „Lokalisation der osteoporosebedingten Fraktur“ nicht erforderlich.

Neu aufgetretene osteoporosebedingte Fraktur seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig. Bei einer Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten **seit der letzten Dokumentation** eine im Wesentlichen durch die **Osteoporose bedingte Fraktur neu** eingetreten ist.

Sollte seit der letzten Dokumentation keine osteoporosebedingte Fraktur eingetreten sein, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an. Bitte geben Sie ebenfalls „Nein“ an, wenn zwar eine Fraktur vorlag, diese aber aller Wahrscheinlichkeit nach, nicht im Zusammenhang mit der Osteoporose steht. In diesen Fällen ist eine Angabe zu „Lokalisation der osteoporosebedingten Fraktur“ nicht erforderlich.

Lokalisation der osteoporosebedingten Fraktur

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur erforderlich und hier verpflichtend, wenn in Feld „Osteoporosebedingte Fraktur in den letzten 12 Monaten“ in der Erstdokumentation oder in Feld „Neu aufgetretene osteoporosebedingte Fraktur seit der letzten Dokumentation“ in einer Folgedokumentation die Angabe „Ja“ erfolgt ist.

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Eine Mehrfachnennung ist möglich.

Ist in der aktuellen Dokumentation keine osteoporosebedingte Fraktur angegeben worden, ist hier keine Angabe möglich.

Bitte geben Sie die **Lokalisation der osteoporosebedingten Fraktur** bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten an. Mögliche Lokalisationen der Frakturen können im Bereich des proximalen Femurs, der Wirbelkörper (singuläre oder multiple), des Beckens, des Humerus oder des Radius sein. Sollte keine dieser Angabe auf die Lokalisation der aufgetretenen osteoporosebedingten Fraktur zutreffen, geben Sie bitte „Andere“ an.

Stürze in den letzten 6 Monaten

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Eine numerische Angabe ohne Nachkommastelle ist erforderlich.**

Bei der Folgedokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Geben Sie in diesem Feld bitte rückblickend die **Anzahl aller Stürze in den letzten 6 Monaten** vor der Einschreibung Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten in dieses DMP an. Dabei liegt es im Ermessen Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten und Ihnen, welche Stürze als anamnestisch relevant zu bewerten sind. Traten keine Stürze auf, geben Sie bitte eine „0“ an. Eine Angabe kleiner als „0“ und größer als „99“ ist nicht möglich.

Stürze seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Eine numerische Angabe ohne Nachkommastelle ist erforderlich.**

Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Das DMP Osteoporose soll unter anderem dazu beitragen, durch die Vermeidung von Stürzen osteoporosebedingte Frakturen zu reduzieren.

Geben Sie in diesem Feld bitte die **Anzahl aller Stürze** rückblickend seit der letzten Dokumentation an. Dabei liegt es im Ermessen Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten und Ihnen, welche Stürze als anamnestisch relevant zu bewerten sind. Trat seit der letzten Dokumentation kein Sturz auf, geben Sie bitte eine „0“ an. Eine Angabe kleiner als „0“ und größer als „99“ ist nicht möglich.

Sonstige Befunde und nichtmedikamentöse Behandlung

Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 70 Jahre: erhöhtes Sturzrisiko

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur erforderlich und in diesem Fall verpflichtend, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient **70 Jahre** alt oder älter ist. **Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Ist Ihre Patientin oder Ihr Patient jünger als 70 Jahre alt, ist hier keine Angabe möglich.

Um das Sturzrisiko Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten zu ermitteln, kann ab einem Lebensalter von 70 Jahren im Rahmen des Geriatrischen Basisassessments ein Sturzassessment durchgeführt werden.

Hierzu bieten sich bei Patientinnen oder Patienten mit klinischen oder anamnestischen Anhaltspunkten für eine Einschränkung von Muskelkraft oder Koordination einfach durchzuführende Untersuchungen wie der Timed „up & go“- oder „Chair Rising“-Test an. Letzterer sollte mit der Überprüfung des Tandem-Stand-Tests kombiniert werden.

Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten ein **erhöhtes Sturzrisiko** vorliegt. Sollte kein erhöhtes Sturzrisiko vorliegen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit erhöhtem Sturzrisiko oder Stürzen: Sturzprophylaxemaßnahme empfohlen

Eine Angabe zu diesem Feld ist im Rahmen einer **Erstdokumentation** nur dann erforderlich und hier verpflichtend, wenn im Feld „Stürze in den letzten 6 Monaten“ eine Angabe größer als Null oder im Feld „Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 70 Jahre: erhöhtes Sturzrisiko“ die Angabe „Ja“ erfolgt ist.

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Eine Angabe zu diesem Feld ist im Rahmen einer **Folgedokumentation** nur dann erforderlich und hier verpflichtend, wenn im Feld „Stürze seit der letzten Dokumentation“ eine Angabe größer als Null oder im Feld „Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 70 Jahre: erhöhtes Sturzrisiko“ die Angabe „Ja“ erfolgt ist.

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Sind in der aktuellen Dokumentation weder Stürze noch ein erhöhtes Sturzrisiko angegeben, ist hier keine Angabe möglich.

Sturzprophylaxemaßnahmen sind Maßnahmen zur Förderung der Koordination, der Reaktionsfähigkeit, des Gleichgewichts, der Kraftsteigerung und zur Reduktion der Sturzangst.

Wenn Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten aufgrund eines erhöhten Sturzrisikos oder bei Zustand nach einem oder mehrerer Stürze die Teilnahme an einer **Sturzprophylaxemaßnahme empfohlen** haben, geben Sie bitte „Ja“ an.

Besteht bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten trotz bereits empfohlener Sturzprophylaxemaßnahme weiterhin ein erhöhtes Sturzrisiko, sprechen Sie die Empfehlung zur Teilnahme an einer Sturzprophylaxemaßnahme erneut aus und geben ebenfalls „Ja“ an.

Sollten Sie bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten trotz eines erhöhten Sturzrisikos oder trotz stattgehabten Sturz/Stürzen keine Teilnahme an einer Sturzprophylaxemaßnahme empfohlen haben (z. B. weil eine Teilnahme aus nachvollziehbaren Gründen nicht möglich ist), geben Sie bitte „Nein“ an.

Regelmäßiges körperliches Training

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Weisen Sie regelmäßig auf die Bedeutung von körperlichen Aktivitäten (Bewegung im Alltag, wie Treppensteigen oder Radfahren und körperliches Training) hin und empfehlen und motivieren Sie Ihre Patientin oder Ihren Patienten zur Teilnahme an geeigneten Trainingsmaßnahmen.

Körperliches Training kann regelmäßiges sportliches Training (beispielsweise im Rahmen von Funktionstraining oder Rehabilitationssport), regelmäßiges Krafttraining oder auch eine Maßnahme zur Sturzprophylaxe inklusive Eigenaktivitäten sein. Neben Kraft- oder Widerstandstraining werden auch Kombinationen mit Übungen zu Ausdauer, Kondition und Gleichgewicht (Jogging, Walking Aerobic, Tai-Chi oder Treppensteigen), empfohlen. Die Erhaltung der Knochenmasse mit resultierender Frakturdektion kann nur durch regelmäßig durchgeführtes Widerstandstraining (high-impact-training/Krafttraining) erreicht werden, dies setzt jedoch eine ausreichende körperliche Belastungsfähigkeit voraus.

Funktionstraining oder Rehabilitationssport sind einem langfristigen Einsatz von Physiotherapie (insbesondere passive Maßnahmen) vorzuziehen.

Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient regelmäßig körperliches Training durchführt.

Sollte aus einem für Sie nachvollziehbaren Grund regelmäßiges körperliches Training nicht möglich gewesen sein (z.B. aufgrund einer Komorbidität), geben Sie bitte „Nicht möglich“ an.

Sollte Ihre Patientin bzw. Ihr Patient aus einem für Sie nicht nachvollziehbaren Grund kein regelmäßiges körperliches Training durchgeführt haben, geben Sie bitte ausschließlich die Antwort „Nein“ an.

Medikamentöse Behandlung

Aktuelle osteoporosespezifische Medikation

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Allen Patientinnen und Patienten soll eine **osteoporosespezifische Therapie** angeboten werden.

Hierfür stehen folgende antiresorptive und osteoanabole Therapien zur Verfügung.

Antiresorptive Therapie:

- Bisphosphonate: Alendronat, Risedronat, Zoledronat, Ibandronat
- Denosumab

- selektiver Östrogenrezeptor-Modulator (SERM): Raloxifen

Osteoanabole Therapie:

- Teriparatid (rH-Parathormon 1-34)

Zudem wird unterschieden zwischen Therapeutika mit persistierender Wirkung wie den Bisphosphonaten, deren Effekt auch nach Beendigung der Therapie erhalten bleibt, und Therapeutika mit schnell reversibler Wirkung (Denosumab, Teriparatid und Raloxifen), bei denen nach Beendigung der Therapie der Therapieerfolg schnell wieder verloren gehen kann. Für die individuelle Auswahl der Medikamente sollen die möglichen Neben- und Zusatzwirkungen, vorliegende Komorbiditäten, die nachgewiesene Wirkungsdauer auch nach Absetzen des Präparates, die Einnahmemodalität, die Patientenpräferenzen und der Zulassungsstatus berücksichtigt werden.

Solange Frauen eine Hormonersatztherapie (HRT) mit Östrogenen und Gestagenen oder nur mit Östrogenen (bei Zustand nach Gebärmutterentfernung) erhalten, ist in der Regel keine zusätzliche osteoporosespezifische Therapie erforderlich.

Geben Sie hier bitte an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient **aktuell eine osteoporosespezifische Medikation** mit „Bisphosphonat“, „Denosumab“, „Raloxifen“ oder „Teriparatid“ erhält.

Erfolgt aktuell keine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie, geben Sie bitte „Keine osteoporosespezifische Medikation“ an.

Erhält Ihre Patientin aktuell eine Hormonersatztherapie (HRT) mit Östrogenen und Gestagenen oder nur mit Östrogenen, geben Sie bitte „Patientin mit Hormonersatztherapie“ an.

Dauer der osteoporosespezifischen Medikation

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Eine spezifische Osteoporosetherapie soll **in der Regel mindestens drei Jahre andauern**, kann aber auch in Abhängigkeit vom individuellen Frakturrisiko lebenslang notwendig sein. Bei einer Therapie mit Teriparatid, welche auf 24 Monate begrenzt ist, ist auch hier die antiresorptive Anschlusstherapie zu berücksichtigen.

Bitte machen Sie hier eine Angabe zur **Dauer der Einnahme** der osteoporosespezifischen Medikation bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten.

Wurde die **osteoporosespezifische Medikation** bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten zum Zeitpunkt der Dokumentation **bereits beendet**, geben Sie hier bitte an, ob diese „Vor dem abgeschlossenen 3. Jahr abgebrochen“ oder ob diese „Nach drei Jahren abgeschlossen“ wurde. Wurde die osteoporosespezifische medikamentöse Therapie regulär „Nach drei Jahren abgeschlossen“ geben Sie dies bitte auch in den Folgedokumentationen so an.

Besteht aktuell eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie, geben Sie bitte an, ob sie „Aktuell andauernd, seit weniger als drei Jahren“ oder „Aktuell andauernd, Fortführung über drei Jahre hinaus“ erfolgt.

Wurde zu keinem Zeitpunkt -weder in der Vergangenheit noch aktuell- eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie durchgeführt, geben Sie bitte „Keine osteoporosespezifische Medikation durchgeführt“ an.

Bitte geben Sie ebenfalls „Keine osteoporosespezifische Medikation durchgeführt“ an, wenn Ihre Patientin eine Hormonersatztherapie (HRT) mit Östrogenen und Gestagenen oder nur mit Östrogenen erhält.

Schulungen

Bitte machen Sie jeweils eine Angabe zu den folgenden drei Dokumentationsfeldern zu Schulungen:

Schulung bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen

Eine Angabe in diesem Feld ist nur im Rahmen der **Erstdokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Bei der Folgedokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Schulung teilgenommen hat oder nicht.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- Schulungsmaßnahmen, die der Befähigung Ihrer Patientin oder Ihres Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen dienen.

Eine erneute Teilnahme an einer Schulung im Rahmen des DMP ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Wenn Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einer Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Ja“ an. Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus und geben hier „Ja“ an.

Sollten Sie keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Nein“ an.

Empfohlene Schulung wahrgenommen

Die Angaben zur Schulung beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf eine Schulung, die Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend.

Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient im Dokumentationszeitraum an einer Schulung teilgenommen, geben Sie bitte „Ja“ an.

War die Teilnahme an einer Schulung innerhalb des Dokumentationszeitraums aus nachvollziehbaren Gründen nicht möglich, geben Sie hier bitte „War aktuell nicht möglich“ an. Solche Gründe können z.B. fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt der Patientin oder des Patienten oder private Gründe sein. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten.

Sollten Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten bei der vorhergehenden Dokumentation eine Schulung empfohlen haben, die Patientin bzw. der Patient die Schulung aber ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, geben Sie bitte „Nein“ an.

Bitte beachten Sie: Diese Angabe kann bei wiederholter Angabe zum Ausschluss der Versicherten oder des Versicherten aus dem Programm führen!

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ an.

Die Angaben „Ja“, „War aktuell nicht möglich“ und „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ führen nicht zum Ausschluss der Patientin oder des Patienten aus dem Programm.