

**Ausfüllanleitung**  
**zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz**  
(Seiten 2 bis 7)  
**sowie für das**  
**strukturierte Behandlungsprogramm (DMP)**  
**Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2**  
(Seiten 8 bis 17)

Stand der letzten Bearbeitung: 17.12.2020  
(diagnoseübergreifender allgemeiner Datensatz)  
Version 7.0  
gültig ab 01.04.2021

und

16.02.2021  
(indikationsspezifischer Datensatz)  
Version 6  
gültig ab 01.07.2021

auf Basis der mit dem BVA 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 und Ihren Patientinnen und Patienten jeweils einen Ausdruck des Datensatzes auszuhändigen. Der Ausdruck ist wichtig, damit Ihre Patientin bzw. Ihr Patient „ihre“ bzw. „seine“ Daten zu ihrer bzw. seiner eigenen Information, aber auch für Notdienstzwecke, Überweisungen oder ggf. für unerwartete Krankenhausaufenthalte zur Verfügung hat.

Sie, Ihre Patientinnen und Patienten und alle mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzte werden davon profitieren. 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
- vier **diagnosespezifischen** Teilen (für KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale und COPD).

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 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

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

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 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:

- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronischer Rückenschmerz
- Depression
- Osteoporose

## 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/dokumente-im-dmp/dmp-dokumentationen-online/](http://www.dmp-bayern.de/dokumente-im-dmp/dmp-dokumentationen-online/).

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 Dokumentationszeitraums ausschöpfen. Danach ist eine 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 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, der die aktuelle Dokumentation erstellt.

Ähnliches gilt, wenn Sie als koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt an mehreren Betriebsstätten tätig 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 Teilnehmer 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 „origin dttm“.

## **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 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 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, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

### 14. Körpergewicht

Die Angabe ist verpflichtend und erfolgt in Kilogramm (kg) als ganze Zahl ohne Nachkommastellen.

Ist das Körpergewicht, z. B. auf Grund einer Amputation, nicht zu erheben, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

### 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.

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 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 oder 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 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 die strukturierten Behandlungsprogramme**  
**Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2**



## Anamnese- und Befunddaten

### 1. HbA1c-Wert

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Bitte geben Sie hier den Echtwert, also den laut Labor bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten gemessenen Wert an. Sofern Sie eine Werteangabe als Prozentangabe haben, geben Sie diesen Wert mit einer Stelle hinter dem Komma an.

Wenn Sie eine Werteangabe in mmol/mol vorliegen haben, geben Sie bitte den ganzzahligen Wert im Feld „mmol/mol“ ohne Nachkommastelle an.

#### 1a) Pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 1** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Die Bestimmung der Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) muss jährlich erfolgen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll die Untersuchung nach fünf Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.

Als pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio ist ein Wert größer 30 mg/g Albumin/Kreatinin zu bewerte. Geben Sie in diesem Fall bitte „Ja“ an.

Grundsätzlich müssen erstmalig pathologische Befunde nach ca. 2 bis 4 Wochen wiederholt werden.

Wurde dieser Wert nicht ermittelt, geben Sie bitte „Nicht untersucht“ an.

#### 2. Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Hierunter sind sowohl die Makro- als auch die Mikroalbuminurie und/oder die Proteinurie ab einer Eiweißausscheidungsrate > 30 mg/24 Stunden (20mg/l Urin) zu verstehen. Geben Sie in diesem Fall bitte „Ja“ an.

Wenn dieser Wert nicht untersucht wurde, geben sie bitte „Nicht untersucht“ an.

#### 2a) eGFR (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate)

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Sofern Sie die eGFR bestimmt haben, geben Sie den ganzzahligen Wert bitte ohne Nachkommastelle in „ml/min/1,73 m<sup>2</sup> KOF“ an. Sollten Sie die eGFR nicht bestimmt haben, ist hier eine Angabe bei „Nicht bestimmt“ zu machen.

### 3. Fußstatus (Fragenkomplexe „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“ und „Fußstatus“)

Regelmäßig bzw. bei 5 Jahren Diabetesdauer mindestens einmal jährlich erfolgen Inspektion und Palpation beider Füße hinsichtlich Hautstatus, Muskelatrophie, Deformitäten und Temperatur sowie die Untersuchung des Schuhwerks. Es soll auch nach Hyperkeratosen, Mykosen und Fußdeformitäten gesucht werden.

Die jeweiligen Angaben zu den Fragekomplexen „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulcus“, „Ulcus“ und „(Wund)Infektion“ sind nur dann **verpflichtend**, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient **das 18. Lebensjahr vollendet** hat. Bei **jüngeren** Patientinnen und Patienten sind die Angaben **optional**.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet, muss jedoch zu jedem Fragekomplex eine Angabe erfolgen.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, muss nur der schwerer betroffene Fuß dokumentiert werden. Es muss zu jedem Parameter, d.h. „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulcus“, „Ulcus“ und „(Wund)Infektion“ jeweils eine Angabe gemacht werden.

#### 1. Pulsstatus

Geben Sie bitte **bei allen** Patientinnen und Patienten, **die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, an, ob der Pulsstatus auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „unauffällig“ nur dann an, wenn **an beiden Füßen keine Auffälligkeit** besteht.

Sollten an beiden Füßen Schädigungen vorliegen, müssen im Weiteren nur Befunde des schwerer betroffenen Fußes dokumentiert werden.

Bitte geben Sie „auffällig“ an, wenn an mindestens einem Fuß Auffälligkeiten des Pulsstatus bestehen.

Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung an dem betroffenen Fuß notwendig. Diese Befunde sind bis zu einer Befundänderung z. B. nach rekonstruktiven Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ungestörten Durchblutung in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ an, wenn der Pulsstatus an beiden Füßen nicht untersucht wurde.

#### 2. Sensibilitätsprüfung

Geben Sie bitte **bei allen** Patientinnen und Patienten, **die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, an, ob die Sensibilitätsprüfung auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „unauffällig“ nur dann an, wenn **an beiden Füßen keine Auffälligkeit** besteht.

Sollten an beiden Füßen Schädigungen vorliegen, müssen im Weiteren nur Befunde des schwerer betroffenen Fußes dokumentiert werden.

Bitte geben Sie „**auffällig**“ an, wenn an mindestens einem Fuß eine Sensibilitätsstörung besteht.

Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z. B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest).

Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung an dem betroffenen Fuß notwendig. Diese Befunde sind bis zu einer Befundänderung in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „**nicht untersucht**“ an, wenn eine Sensibilitätsstörung an beiden Füßen nicht durchgeführt wurde.

### 3. Weiteres Risiko für Ulcus

Geben Sie bitte bei allen Patientinnen und Patienten, **die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, an, ob ein weiteres Risiko für die Entstehung eines Ulcus besteht. Hierzu zählen die **Fußdeformität**, die **Hyperkeratose mit Einblutung**, der **Zustand nach einem vorherigen Ulcus** und auch der **Zustand nach einer Amputation** (z. B. des Vorfußes). Mehrfachangaben sind möglich.

Bitte beachten Sie bei Mehrfachnennungen, dass neben der Angabe „nicht untersucht“ oder „nein“ keine weitere Angabe gemacht werden kann.

Sollten an beiden Füßen Auffälligkeiten oder Schädigungen vorliegen, müssen im Weiteren nur Befunde des schwerer betroffenen Fußes dokumentiert werden.

Bitte geben Sie „**nein**“ an, wenn an beiden Füßen kein Risiko für ein Ulcus besteht.

Bitte geben Sie „**nicht untersucht**“ an, wenn die Untersuchung auf Ulcus-Risiken an beiden Füßen nicht durchgeführt wurde.

### 4. Ulkus

Geben Sie bitte bei allen Patientinnen und Patienten, **die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, an, ob ein Ulkus besteht. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bei Vorliegen eines Ulkus ist genau eine Angabe zur Beschaffenheit des Ulkus - „**oberflächlich**“ oder „**tief**“ - erforderlich. Bei Vorliegen mehrerer Ulzerationen ist der schwerste Befund zu dokumentieren.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, ist nur der schwerer betroffene Fuß zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „**nein**“ an, wenn an beiden Füßen kein Ulkus besteht.

Bitte geben Sie „**nicht untersucht**“ an, wenn Sie das Vorhandensein eines Ulkus an beiden Füßen nicht untersucht haben.

### 5. (Wund)Infektionen

Geben Sie bitte bei allen Patientinnen und Patienten, die **das 18. Lebensjahr vollendet** haben, an, ob eine (Wund)Infektion an einem oder beiden Füßen vorliegt. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „**nein**“ an, wenn an beiden Füßen keine (Wund)Infektion besteht.

Bitte geben Sie „**nicht untersucht**“ nur dann an, wenn Sie das Vorliegen von (Wund)Infektionen an beiden Füßen nicht untersucht haben.

### 3a) Injektionsstellen (bei Insulintherapie)

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 1 sowie bei Patientinnen und Patienten mit einer Insulintherapie bei Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Geben Sie bitte an, ob die Insulin-Injektionsstellen „Auffällig“ oder „Unauffällig“ sind. Zu den Injektionsstellen zählen auch die Applikationsstellen bei einer Insulin-Pumpentherapie.

Sollten Sie die Injektionsstellen nicht untersucht haben, geben Sie bitte „Nicht untersucht“ an.

### 3b) Intervall für künftige Fußinspektionen

Die Angabe ist **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtend**. Genau eine Angabe ist zulässig.

Je nach Risiko-Status ist mindestens einmal jährlich eine vollständige Untersuchung beider Füße (ggf. der Amputationsstümpfe) durchzuführen. Bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko soll die Prüfung häufiger erfolgen.

Anhand der folgenden Kriterien ist die künftige Frequenz der Fußinspektion, einschließlich Kontrolle des Schuhwerks, festzulegen:

Befund(e)	Untersuchungs-Intervall
keine sensible Neuropathie	mindestens jährlich
sensible Neuropathie	mindestens alle 6 Monate
sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Risiken wie Fußdeformitäten (ggf. infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z.n. Ulcus, Z.n. Amputation	alle 3 Monate oder häufiger

Bitte geben Sie an, ob Sie beabsichtigen, die nächste Fußinspektion „Jährlich“, „alle 6 Monate“ oder „alle 3 Monate oder häufiger“. Das Untersuchungs-Intervall kann von dem Dokumentations-Intervall abweichen.

## 4. Spätfolgen

Die Angabe ist optional. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

Machen Sie bitte hier eine Angabe, wenn bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eine oder mehrere der aufgeführten Spätfolgen vorliegen.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- Diabetische Nephropathie: Diabetesbedingte Nierenschädigung mit pathologischer Albuminausscheidung (> 30 mg/24 Stunden bzw. 20 mg/l Urin) oder pathologischer Albumin-Kreatinin-Ratio (> 30 mg Albumin/g Kreatinin) mit oder ohne Verminderung der glomerulären Filtrationsrate.
- Diabetische Neuropathie: Sensomotorische Polyneuropathie und/oder autonome diabetische Neuropathie.
- Diabetische Retinopathie: Funduskopisch nachgewiesene nicht proliferative oder proliferative diabetische Retinopathie und/oder diabetische Makulopathie.

## **Relevante Ereignisse (in der Vergangenheit oder seit letzter Dokumentation)**

### **5. Relevante Ereignisse**

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

Bitte geben Sie an, ob bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eines der aufgeführten Ereignisse eingetreten ist.

Handelt es sich um eine **Erstdokumentation**, sind hier **Ereignisse aus der Vergangenheit** einzubeziehen.

Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation**, sind jeweils **nur neu eingetretene Ereignisse seit der letzten Dokumentation** zu berücksichtigen.

Geben Sie bitte „Keine der genannten Ereignisse“ an, wenn zum Zeitpunkt der Erstdokumentation kein Ereignis bestanden hat oder – im Falle einer Folgedokumentation – im Zeitraum zwischen der letzten Dokumentation (Erst oder Folgedokumentation) bis zur aktuellen Folgedokumentation kein neues Ereignis eingetreten ist.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- Nierenersatztherapie: Hier ist die Dialyse gemeint.
- Erbblindung: Hier ist die Erblindung im gesetzlichen Sinn mit einer verbleibenden Sehschärfe von höchstens 0,02 auf dem besseren Auge gemeint. Diese muss Folge des Diabetes sein.
- Amputation: Eine Amputation soll dann angegeben werden, wenn diese aufgrund eines diabetischen Fußsyndromes notwendig wurde. Hierunter sind alle Arten der Amputation, also sowohl die Zehen-, die Vorfuß- als auch die Unter- oder Oberschenkelamputation zu verstehen.
- Herzinfarkt: Gemeint ist hier der durch EKG und/oder biochemische Marker nachgewiesene Infarkt.
- Schlaganfall: Gemeint ist der primär ischämische Hirninfarkt.

### **6. Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation**

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

Geben Sie bitte die Anzahl von Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation an. Eine schwere Hypoglykämie ist bei Erwachsenen durch die Notwendigkeit der Fremdhilfe, z. B. durch intravenöse Gabe von Glukose oder eine parenterale Gabe von Glukagon definiert.

Bei Kindern ist eine schwere Hypoglykämie definiert durch

- Bewusstlosigkeit und/oder
- Krampfanfall bzw.
- der Notwendigkeit der Fremdhilfe, um dies zu vermeiden.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis vorgekommen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

7. (weggefallen)

## 8. Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation

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

Geben Sie bitte die Anzahl aller notfallmäßig vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2) notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

## Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe eine Angabe. Bitte geben Sie bei einem „Nein“ – wo möglich – zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen den Wirkstoff zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig. Bei Verwendung von Kombinationspräparaten oder Kombinationstherapien geben Sie bitte jeweils die einzelnen Wirkstoffe an (z.B. „Metformin“ und zusätzlich eine Angabe bei „Sonstige antidiabetische Medikation“).

Die Angaben für die **Folgedokumentation** können – je nach Praxissoftware – direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

## 9. Insulin oder Insulin-Analoga

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. (Bei einem Diabetes mellitus Typ 1 ist eine Insulin-Therapie Voraussetzung für eine Einschreibung und wird daher hier nicht noch einmal erfasst). Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn eine Therapie mit Humaninsulin oder Insulin-Analoga durchgeführt wird.

## 10. Glibenclamid/

## 11. Metformin

Diese Angaben sind nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachangaben sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Glibenclamid und/oder Metformin durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von Glibenclamid und/oder Metformin zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## 12. Sonstige antidiabetische Medikation

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Glibenclamid und Metformin gehören als Monotherapie zu den vorrangig zu verordnenden oralen Antidiabetika. Sollte Ihre Patientin oder Ihr Patient andere bzw. weitere orale Antidiabetika erhalten, ist dies hier zu dokumentieren. Hierzu zählen z. B. Präparate aus der Gruppe der Alpha-Glucosidasehemmer, der Glitazone oder Glinide, der GLP-1-Rezeptoragonisten sowie Acarbose und Glimepirid.

Wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient keine sonstigen oralen Antidiabetika erhält, geben Sie bitte „Nein“ an.

## 13. Thrombozytenaggregationshemmer

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird. Hierbei ist u. a. die Gabe von ASS oder Clopidogrel gemeint. Sie können auch angeben, ob eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers zurückzuführen ist und/oder eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt.

Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## 14. Betablocker

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers zurückzuführen ist.

Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## 15. ACE-Hemmer

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmers (hierzu zählt auch der ACE-Hemmer-Husten) zurückzuführen ist und/oder die Gabe eines ARB (Angiotensin-Rezeptor-Blocker) erfolgt.

Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## 16. HMG-CoA-Reduktase-Hemmer

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins zurückzuführen ist.

Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## 17. Thiaziddiuretika, einschließlich Chlorthalidon

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** erforderlich. Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie hier an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient Thiaziddiuretika erhält. Hier ist ebenfalls die Gabe von Chlorthalidon zu erfassen.

Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von Thiaziddiuretika oder Chlorthalidon zurückzuführen ist.

Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## Schulung

### 18. Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Wenn Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten **aktuell (am Tage der Konsultation)** die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) (Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung) durchgeführt werden soll(en).

Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus. In diesem Fall geben Sie bitte erneut an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) (Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung) empfohlen wurde.

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie bitte „Keine“ an.

### 18a. Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen.

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer Erstdokumentation möglich und ist hier verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient bereits vor ihrer bzw. seiner Teilnahme am DMP an einer Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung teilgenommen hat.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie



- b) Schulungsmaßnahmen, die Ihre Patientin oder Ihren Patienten durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt haben, auf der Basis eigener Entscheidungen den Diabetes und/oder die arterielle Hypertonie bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen des Diabetes und/oder der arteriellen Hypertonie zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie bitte an, welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt wurde(n), wobei auch für beide Schulungen gleichzeitig Angaben gemacht werden können. Eine erneute Teilnahme an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine Diabetes- oder Hypertonie-Schulung wahrgenommen, dokumentieren Sie dies bitte mit der Angabe „Keine“.

## 19. Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Eine Angabe ist verpflichtend.

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten beim letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.

Bitte machen Sie sowohl zur Diabetes-Schulung als auch zur Hypertonie-Schulung genau eine Angabe.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient seit der letzten Dokumentation an einer Schulung teilgenommen, machen Sie bitte die Angabe „Ja“.

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 vorherigen Dokumentation mindestens eine Schulung empfohlen haben, aber die Patientin oder der Patient die empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „Nein“ an.

**Bitte beachten Sie:** Diese Angabe kann bei wiederholter Angabe zum Ausschluss der Patientin bzw. des Patienten aus dem Programm führen!

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

## **Behandlungsplanung**

### **20. HbA1c-Zielwert**

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation der Patientin oder des Patienten (z. B. bestehende Folge- und Begleiterkrankungen) ist zu dokumentieren, ob der aktuell gemessene HbA1c-Wert im Rahmen der Zielvereinbarungen seit dem letzten Dokumentationstermin erreicht oder noch nicht erreicht wurde.

### **21. Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation**

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachangaben sind möglich.

Die Angaben zur Netzhautuntersuchung beziehen sich ausschließlich rückblickend auf den Zeitraum seit der letzten Dokumentation, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.

Eine Netzhautuntersuchung in Mydriasis ist in Abhängigkeit vom Risikoprofil ein- oder zweijährlich durchzuführen.

Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll die Untersuchung nach fünf Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.

Geben Sie bitte an, ob die Untersuchung seit der letzten Dokumentation „Durchgeführt“, „Nicht durchgeführt“ oder von Ihnen „Veranlasst“ wurde.

### **22. Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung ist mindestens erforderlich bei:

Fuß-Läsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulcera (mit oder ohne (Wund)Infektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß.

Die Angabe „Ja“ soll erfolgen, wenn eine Behandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung erfolgt oder wenn Sie selbst zur Gruppe der für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Ärzte gehören und die Patientin oder den Patienten daher nicht überweisen, sondern selber behandeln.

Sollten Sie aufgrund des Vorliegens eines Diabetischen Fußsyndroms für Ihre Patientin oder Ihren Patienten eine Behandlung bzw. Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst haben, geben Sie dies bitte mit „Veranlasst“ an.

Sollte keine Behandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung erfolgen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

### **23. Diabetesbezogene stationäre Einweisung**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eine stationäre Einweisung auf Grund des Diabetes erfolgt ist. Erfolgte keine stationäre Einweisung, geben Sie bitte „Nein“ an.

Sollten Sie eine stationäre Behandlung wegen des Diabetes veranlasst haben, geben Sie bitte „Veranlasst“ an.