

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: 29.10.2018
(diagnoseübergreifender allgemeiner Datensatz)
Version 6.0
gültig ab 01.04.2019

und

08.06.2017
(indikationsspezifischer Datensatz)
Version 5.1
gültig ab 01.07.2017

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 Ihren Patienten dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.
- Ein Ausdruck der Dokumentation kann 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 Ihrem Patienten jeweils einen Ausdruck des Datensatzes auszuhändigen. Der Ausdruck ist wichtig, damit Ihr Patient „seine“ Daten zu seiner eigenen Information, aber auch für Notdienstzwecke, Überweisungen oder ggf. für unerwartete Krankenhausaufenthalte zur Verfügung hat.

Sie, Ihre Patienten und alle mitbehandelnden 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 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.

Zur besseren Lesbarkeit wurde im Dokument die allgemeine Formulierung Patient verwendet. Damit sind sowohl weibliche als auch männliche und intersexuelle Patienten umfasst.

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“).

Welche Patienten können eingeschrieben werden?

DMP gibt es für die Indikationen

- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Asthma bronchiale
- COPD

Zielgruppe sind alle gesetzlich krankenversicherten Patienten, bei denen eine oder mehrere der vorstehenden Erkrankungen vorliegt. Die zuständige Krankenkasse muss einen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen KV abgeschlossen haben, und der Patient muss die Einschreibekriterien des Programms entsprechend der Vorgaben der RSAV bzw. der Richtlinien des G-BA erfüllen.

Übermittlung der Dokumentationsdaten

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/.

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 jeden Patienten vergeben Sie als behandelnder Arzt **genau eine** DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Zeichen (Zahlen und/oder Buchstaben) bestehen darf. Die Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden. Sie hat den Zweck, dass Sie Informationen aus den eingehenden Feedback-Berichten trotz Pseudonymisierung den 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 diesen Patienten für alle DMP verwenden. Auch können Sie die DMP-Fallnummer für denselben Patienten nach einer erfolgten Programmbeendigung bei einer Wiedereinschreibung erneut verwenden.

7a) Vertragsarzt- und

7b) Betriebsstätten-Nummer

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

Ähnliches gilt, wenn Sie als koordinierender Arzt an mehreren Betriebsstätten tätig sind. In diesem Fall ist jeweils die Betriebsstätten-Nummer anzugeben, in der die aktuelle Dokumentation erstellt wurde.

8. Krankenhaus-IK

Dieses Feld ist für niedergelassene 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. Dokumentation in Vertretung erstellt

Dieses Feld wird nicht in jeder DMP-Software angezeigt, da es keine gesetzlichen Vorgaben hierfür gibt. Folgender Hinweis gilt daher nur für den Fall, dass in Ihrer verwendeten DMP-Software dieses Feld enthalten ist: Sollten Sie die Dokumentation in Vertretung (z. B. Urlaubsvertretung) für den eigentlich vom Patienten gewählten koordinierenden Arzt ausstellen, geben Sie dies bitte hier an.

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 eines Patienten aktuell nur eine Indikation dokumentieren, wählen Sie bitte nur die Indikation aus, für die Sie die Dokumentation erstellen wollen.

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 diagnosebezogen 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 des teilnehmenden Patienten ist verpflichtend.

Allgemeine Anamnese- und Befunddaten

13. Körpergröße

Eine Angabe ist verpflichtend.

Geben Sie bitte die Körpergröße in Metern 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 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 Teilnehmern, 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 Patienten ist die Angabe verpflichtend.

Geben Sie hier bitte an, ob Ihr Patient Raucher ist. Neben dem Zigarettenraucher sind hier auch Pfeifen- und Zigarrenraucher zu erfassen. Machen Sie bitte genau eine Angabe.

17. Begleiterkrankungen

Eine Angabe ist verpflichtend; dabei sind Mehrfachnennungen möglich.

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

Behandlungsplanung

19. Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse

Die Angabe ist optional.

Sollte Ihr Patient Informationen zum Tabakverzicht, zu einer Ernährungsberatung oder auch zu körperlichem Training von seiner Krankenkasse wünschen, können Sie dies hier vermerken. Die Krankenkasse Ihres Patienten wird sich daraufhin mit 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 dem Patienten einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal festzulegen.

Datum der Erstellung

Eine Angabe ist verpflichtend.

Hier ist das Datum relevant, an dem die Dienstleistung erbracht wurde. 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

Die Angabe ist verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie hier den Echtwert, also den laut Labor bei 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 den Wert bitte im Feld „mmol/mol“ ohne Nachkommastelle an.

2. Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

Die Angabe ist 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.

Wenn dieser Wert nicht untersucht wurde, ist hier zur Vollständigkeit eine Angabe bei „Nicht untersucht“ zu machen.

2a) eGFR (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate)

Die Angabe ist verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Sofern Sie die eGFR bestimmt haben, geben Sie den Wert bitte ohne Nachkommastelle an. Sollten Sie die eGFR nicht bestimmt haben, ist hier zur Vollständigkeit eine Angabe bei „nicht bestimmt“ zu machen.

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

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

Hat 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.

1. Pulsstatus

Geben Sie bitte bei allen 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 Sie den Pulsstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

2. Sensibilitätsprüfung

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

Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z. B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest). Bitte geben Sie „unauffällig“ nur dann an, wenn an beiden Füßen keine Auffälligkeit besteht.

Sollten Sie die Sensibilitätsprüfung nicht durchgeführt haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

3. Weiteres Risiko für Ulcus

Geben Sie bitte bei allen 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.

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

Sollten Sie das Ulcus-Risiko nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

4. Ulcus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob ein Ulcus besteht.

Bei Vorliegen eines Ulcus ist genau eine Angabe zur Beschaffenheit des Ulcus - „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“ nur dann an, wenn an beiden Füßen kein Ulcus besteht.

Sollten Sie das Vorhandensein eines Ulcus nicht untersucht haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

5. (Wund)Infektionen

Geben Sie bitte bei allen 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“ nur dann an, wenn an beiden Füßen keine (Wund)Infektion besteht. Sollten Sie die Füße nicht auf das Vorliegen von (Wund)Infektionen untersucht haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht untersucht“.

3a) Injektionsstellen (bei Insulintherapie)

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 1 sowie bei 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 zur Vollständigkeit „nicht untersucht“ an.

3b) Intervall der künftigen Fußinspektion(en)

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

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

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

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

4. Spätfolgen

Die Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

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

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- Diabetische Nephropathie: Diabetesbedingte Nierenschädigung mit erhöhter Albuminausscheidung (> 30 mg/24 Stunden bzw. 20 mg/l Urin) und/oder eine Verminderung der glomerulären Filtrationsrate.
- Diabetische Neuropathie: Sensomotorische Polyneuropathie und/oder autonome diabetische Neuropathie.
- Diabetische Retinopathie: Diese liegt vor, wenn es aufgrund des Diabetes zu einer Schädigung der Netzhautgefäße gekommen ist und diese funduskopisch nachgewiesen wurde. Zu berücksichtigen sind nicht-proliferative und proliferative Retinopathie sowie eine Makulopathie.

Relevante Ereignisse (in der Vergangenheit oder seit letzter Dokumentation)

5. Relevante Ereignisse

Eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.
Bitte geben Sie an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit 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 Ereignisse seit der letzten Dokumentation zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „Keine der genannten Ereignisse“ an.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- Nierenersatztherapie: Hier ist die Dialyse zu dokumentieren.
- Erblindung: 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 Fußes 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.
- die Notwendigkeit der Fremdhilfe, um dies zu vermeiden.

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

7. Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation bei Diabetes mellitus Typ 1** möglich und hier verpflichtend.

Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Nichterreichens des angestrebten HbA1c-Wertes notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

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 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 machen Sie bei einem „Nein“ – wo möglich – zusätzlich eine Angabe bei „Kontraindikation“, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe der jeweiligen Wirkstoffgruppe 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 an, ob 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.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Glibenclamid und/oder Metformin durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe der jeweiligen Wirkstoffgruppe besteht. 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 Ihr Patient andere bzw. weitere orale Antidiabetika erhalten, ist dies hier zu dokumentieren. Hierzu zählen z. B. Präparate aus der Gruppe der Alpha-glucosidase-Hemmer, der Glitazone oder Glinide, der GLP-1-Rezeptoragonisten sowie Acarbose und Glimpirid.

Wenn 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. 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 eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers besteht 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. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers besteht. 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. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmers besteht und eine Alternativ-Therapie mit AT1-Rezeptorantagonisten erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

16. HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

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

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins besteht. 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. Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie hier an, ob Ihr Patient Thiaziddiuretika erhält. Hier ist ebenfalls die Gabe von Chlorthalidon zu erfassen. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Diuretikums besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Schulung

18. Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.

Wenn Sie 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) (Diabetes/Hypertonie) die Schulung(en) durchgeführt werden soll(en).

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

18a. Schulung schon vor Einschreibung in ein DMP bereits wahrgenommen.

Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient bereits vor seiner Teilnahme am DMP an einer Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung teilgenommen hat. Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- b) Schulungsmaßnahmen, die den 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, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt wurde(n). Eine erneute Teilnahme an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine 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 Ihrem Patienten beim letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich.

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

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „Nein“ an. **ACHTUNG: Diese Angabe führt bei zweimaliger Ablehnung innerhalb von zwölf Monaten zu einer Ausschreibung aus dem Programm!**

Die Ausprägung „War aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen **nachvollziehbarer Gründe** nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z. B. sein: fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und Ihrem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch an.

Eine Angabe in diesen Feldern („War aktuell nicht möglich“ / „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“) führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplanung

20. HbA1c-Zielwert

Eine Angabe ist verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation 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

Eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachangaben sind möglich.

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

Diese ist einschließlich einer Netzhautuntersuchung in Mydriasis in Abhängigkeit vom Risikoprofil ein- oder zweijährlich durchzuführen.

Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte die Untersuchung spätestens nach fünf Jahren Diabetesdauer, grundsätzlich jedoch ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.

Geben Sie bitte an, ob die Untersuchung seit der letzten Dokumentation bereits durchgeführt wurde oder ob Sie sie zum heutigen Dokumentationstermin veranlasst haben.

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

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend, Mehrfachnennungen sind möglich.

Sollten Sie aufgrund des Vorliegens eines Diabetischen Fußsyndroms für Ihren Patienten eine Behandlung bzw. Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst haben, geben Sie dies bitte hier an.

Falls Sie selbst zur Gruppe "qualifizierte Einrichtung für das Diabetische Fußsyndrom" und/oder „diabetologisch qualifizierter Arzt bzw. diabetologisch qualifizierte Einrichtung“ gehören, kreuzen Sie „Ja“ bitte auch an.

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

Fuß-Läsionen Wagner/Armstrong A 2-5, B 2-5, C 1-5 und D 1-5 und/oder bei Verdacht auf Charcot-Fuß und/oder bei fehlender Wundheilung. D.h. bei oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulcera (mit oder ohne (Wund)Infektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß.

23. Diabetesbezogene stationäre Einweisung

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend, Mehrfachnennungen sind möglich.

Sollten Sie für Ihren Patienten im Zusammenhang mit seiner Diabeteserkrankung eine stationäre Einweisung ausgestellt haben, geben Sie dies bitte hier an.