

Ausfüllanleitung
zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz
(Seiten 2 bis 7)
sowie für das
strukturierte Behandlungsprogramm (DMP)
KHK
(Seiten 8 bis 13)

Stand der letzten Bearbeitung: 29.10.2018
(diagnoseübergreifender allgemeiner Datensatz)
Version 6.0
gültig ab 01.04.2019

und

24.05.2017
(indikationsspezifischer Datensatz)
Version 5.0
gültig ab 01.04.2018

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 entsprechenden Quartals 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.

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 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 das strukturierte Behandlungsprogramm

KHK

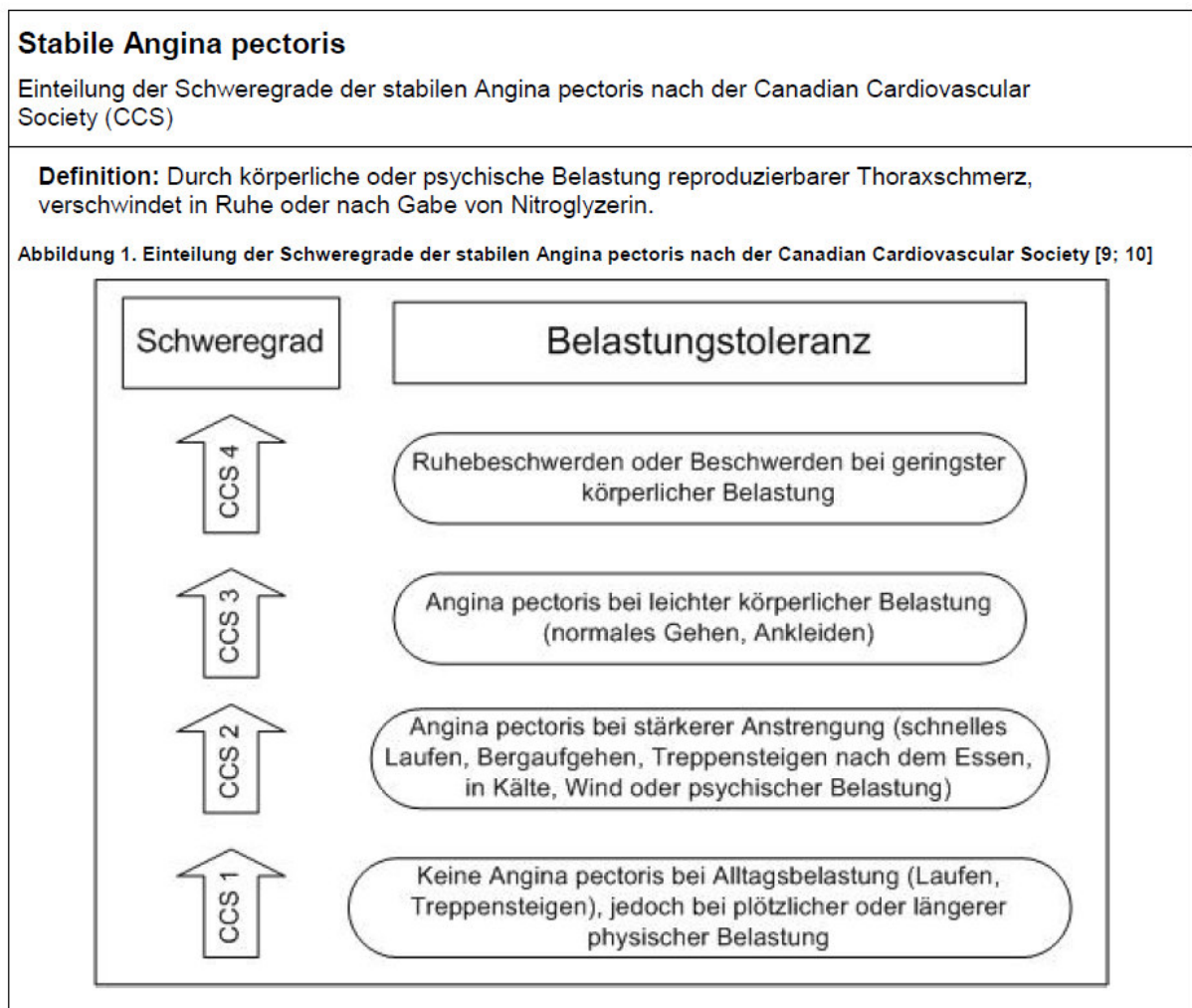
Anamnese- und Befunddaten

1. Angina pectoris

Eine Angabe ist verpflichtend.

Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient an einer stabilen Angina pectoris leidet oder nicht. Falls eine Angina pectoris vorliegt, geben Sie bitte einen Schweregrad der Belastungstoleranz an. Die Schweregradeinteilung erfolgt dabei nach der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society (CCS). Nachstehende Grafik zeigt die CCS-Einteilung. Diese bezieht sich ausschließlich auf die stabile Angina pectoris.

Eine instabile Angina pectoris als Ausprägung des akuten Koronarsyndroms ist im Dokumentationsfeld „Relevante Ereignisse“ zu dokumentieren.



Aus: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK – Langfassung, 2. Auflage, Version 1. 2013.

2. (weggefallen)

2a) LDL-Cholesterin

Eine Angabe ist verpflichtend.

Wenn Sie die Werte erhoben haben, tragen Sie bitte jeweils den Wert in mmol/l mit einer Nachkommastelle **oder** den Wert in mg/dl ohne Nachkommastelle ein. Wenn das LDL-Cholesterin nicht untersucht wurde, geben Sie bitte „Nicht bestimmt“ an.

Relevante Ereignisse (in der Vergangenheit oder seit letzter Dokumentation)

3. 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 keines der aufgeführten Ereignisse stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „Nein“ an.

4. Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind hier möglich.

Geben Sie bitte hier an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eine diagnostische oder therapeutische Intervention erfolgt ist.

Handelt es sich bei der zu erstellenden Dokumentation um eine **Erstdokumentation**, sind hier Interventionen aus der Vergangenheit einzubeziehen.

Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation**, sind jeweils nur die seit der letzten Dokumentation durchgeführten Interventionen zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation keine der aufgeführten Interventionen erfolgt sein, geben Sie bitte „Keine“ an.

5. Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation

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

Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund der KHK oder einer Herzinsuffizienz notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Zu jeder Wirkstoffgruppe ist eine Angabe erforderlich.

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. Die Angaben „**Nein**“ und „**Kontraindikation**“ sind gemeinsam möglich. Diese Angaben sind für die Qualitätssicherung notwendig.

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

6. Thrombozytenaggregationshemmer

Eine Angabe ist 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. Sofern eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt, geben Sie diese bitte auch an. 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.

7. Betablocker

Eine Angabe ist 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.

8. ACE-Hemmer

Eine Angabe ist 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 (z. B. ACE-Hemmer bedingter Husten) und eine Alternativtherapie mit AT1-Rezeptorantagonisten erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

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

Eine Angabe ist 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.

10. Sonstige Medikation

Eine Angabe „Ja“ oder „Nein“ ist verpflichtend.

Sollte Ihr Patient andere oder weitere Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder einer arteriellen Hypertonie erhalten, geben Sie dies bitte hier an. Hierzu zählen z. B. AT-1-Antagonisten, Nitrate (einschließlich Nitro-Sprays) oder Diuretika.

Schulung

11. 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.

12. 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 zu jeder Schulung 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 jeweils 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

13. KHK-bezogene Überweisung veranlasst

Eine Angabe ist verpflichtend.

Bitte geben Sie hier „Ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner KHK an einen mitbehandelnden Arzt überwiesen haben.

Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „Nein“ an.

13a) KHK-bezogene Einweisung veranlasst

Eine Angabe ist verpflichtend.

Bitte geben Sie hier „Ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner KHK in eine stationäre Einrichtung eingewiesen haben.

Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „Nein“ an.

14. (weggefallen)