

**Ausfüllanleitung**  
**zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz**  
**für die strukturierten Behandlungsprogramme**  
**KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und 2,**  
**Asthma bronchiale und COPD**

Stand der letzten Bearbeitung: 07.04.2008  
Version 3.1

# 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 bei notwendigen Über- und Einweisungen als Begleitbrief dienen.

Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Feedback-Berichts, die Durchführung der Qualitätssicherung und für die Programmevaluation.

Die sorgfältige Eintragung der Daten ist daher überaus wichtig und für Sie, Ihre Patienten und alle mitbehandelnden Ärzte von Vorteil.

Die bisherigen Dokumentationen wurden vollständig überarbeitet, um die zunehmende Multimorbidität von Patienten auch in der Dokumentation besser abbilden zu können sowie den Dokumentationsaufwand insgesamt zu reduzieren. Des Weiteren hat der Gesetzgeber ab dem 01. Juli 2008 die ausschließliche elektronische Datenerfassung und -übermittlung vorgesehen, um die Datenqualität zu verbessern und die Verzahnung der Dokumentationen innerhalb der unterschiedlichen Indikationen herzustellen. Zudem wurden die Dokumentationsdaten auf diejenigen Daten beschränkt, die für eine effektive Qualitätssicherung genutzt werden können, Aussagen zum Krankheitsverlauf möglich machen und im Rahmen der Evaluation Anwendung finden.

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.

## **Allgemeine Fragen**

*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 erfüllen.

*Wann ist die Dokumentation vollständig?*

Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind. Ihre Praxissoftware unterstützt Sie bei der Feststellung der Vollständigkeit der Angaben. Bei der Erstellung einer Erstdokumentation ist zusätzlich Ihre Unterschrift auf der Versandliste erforderlich.

Die Dokumentation ist seit dem 01.07.2008 ausschließlich elektronisch zu erstellen. Denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrem Patienten jeweils einen Ausdruck der ausgefüllten Dokumentation auszuhändigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig ausgefüllten Dokumentationen und bei Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie erfolgen kann.

*Wie werden die Dokumentationen weitergeleitet und honoriert?*

Die Dokumentationen sind aus Ihrer Praxis elektronisch an die für Sie zuständige Datenstelle zu übermitteln. Dies kann auf direktem Wege über eine gesicherte Datenleitung oder aber über den Postversand eines Datenspeichers, wie etwa einer CD-ROM, erfolgen. Alternativ können die Daten in einigen Regionen auch online (z.B. auf einem Server der Datenstelle) erfasst werden.

Für Erstdokumentationen ist zusätzlich eine Versandliste zu unterschreiben. Diese Liste kann je nach vertraglicher Vereinbarung für Ihre KV-Region über die Praxis-Software erstellt werden oder Ihnen von der Datenstelle zur Verfügung gestellt werden. Welches Verfahren für Ihre Region vereinbart wurde, erfahren Sie in der Regel bei Ihrer KV. Beiden Verfahren gemein ist, dass die Liste von Ihnen zu unterschreiben und innerhalb von 10 Kalendertagen nach Erstellung an die Datenstelle zu übermitteln ist. Sofern in Ihrer Region vereinbart ist, dass die Versandliste von der Datenstelle erstellt wird, dürfen die darauf enthaltenen Angaben von Ihnen nicht verändert werden. Sofern Sie feststellen, dass Ihrerseits für mehr Versicherte Dokumentationsdatensätze an die Datenstelle übermittelt wurden, als Ihnen durch die Datenstelle über die Versandliste attestiert wird, setzen Sie sich bitte zwecks Klärung mit der Datenstelle in Verbindung.

Sollten die von Ihnen vorgenommenen Angaben in der Dokumentation unvollständig oder unplausibel sein, wird die Dokumentation in Kopie an Sie zur Korrektur zurückgeschickt. Wenngleich durch die Programmierung Ihrer PVS solche Fälle in der Regel vermieden werden, lassen sich gelegentliche Fehler im übermittelten Datensatz erfahrungsgemäß doch nicht sicher ausschließen. Die vollständige und plausible Dokumentation muss inklusive abgeschlossener Korrektur bzw. Vervollständigung der zuständigen Datenstelle innerhalb von 52 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes vorliegen. Bei Folgedokumentation ist eine Unterschrift grundsätzlich entbehrlich.

Wenn Sie noch Fragen zum Ausfüllen oder zur Handhabung der Dokumentation haben, wenden Sie sich bitte an die zuständige Stelle (z. B. Ihre KV oder die zuständige Datenstelle).

## **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 und muss daher auch für die Folgedokumentationen unverändert weitergeführt werden.

Nimmt Ihr Patient an mehreren DMP teil, können Sie die selbe DMP-Fallnummer für diesen Patienten für alle DMP verwenden.

Auch können Sie die DMP-Fallnummer für den selben Patienten nach einer erfolgten Programmbeendigung bei einer Wiedereinschreibung erneut verwenden.

## **Vertragsarzt- und 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 beschäftigt sind. In diesem Fall ist jeweils die Betriebsstätten-Nummer anzugeben, in der die aktuelle Dokumentation erstellt wurde.

## **Krankenhaus-IK**

Dieses Feld ist für den Fall vorgesehen, dass eine Einschreibung der Teilnehmer im Krankenhaus erfolgt. Das teilnehmende Krankenhaus fügt hier sein Institutionskennzeichen ein.

## **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.

## **Modul-Teilnahme (nur für DMP KHK)<sup>1</sup>**

Die Angabe zu diesem Parameter ist nur im Rahmen der Dokumentation zum DMP KHK verpflichtend.

---

<sup>1</sup> Text gilt erst ab der Einführung des Moduls Herzinsuffizienz

Nimmt Ihr Patient an einem DMP zu KHK teil, besteht die Möglichkeit, zusätzlich an einem Modul Herzinsuffizienz teilzunehmen. Diese Teilnahme ist hier zu dokumentieren.

Eine Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist möglich, wenn Ihr Patient bereits an einem DMP KHK teilnimmt und gleichzeitig bei ihm eine chronische Herzinsuffizienz mit einer LVEF von unter 40% vorliegt.

### **Geschlecht**

Eine Angabe zum Geschlecht des teilnehmenden Patienten ist verpflichtend.

### **Körpergröße**

Eine Angabe ist erforderlich.

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, ist eine „0“ einzutragen.

### **Körpergewicht**

Die Angabe ist erforderlich und erfolgt in Kilogramm.

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

### **Blutdruck**

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die an einem DMP zu Asthma bronchiale teilnehmen, ist die Angabe optional. Bei allen anderen Teilnehmern 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.

### **Raucher**

Eine Angabe ist erforderlich.

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.

### **Begleiterkrankungen**

Eine Angabe ist erforderlich; 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 hier aufgeführten oder gar keine Begleiterkrankungen vorliegen, geben Sie bitte „Keine der genannten Erkrankungen“ an.

## **Serum-Kreatinin**

Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 ist die Angabe verpflichtend. Das Serum-Kreatinin sollte bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 grundsätzlich mindestens einmal jährlich erhoben werden. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist dies nur bei persistierender pathologischer Urin-Albumin-Ausscheidung zur Berechnung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) erforderlich.

Geben Sie bitte den aktuellen Wert in mg/dl oder  $\mu\text{mol/l}$  an. Wurde der Wert nicht erhoben, ist zur Vollständigkeit die Angabe „nicht erhoben“ erforderlich.

Bei Patienten, für die die Dokumentation zu einem DMP KHK, Asthma bronchiale oder COPD erfolgt, ist die Angabe optional.

## **Vom Patienten gewünschte Informationsangebote**

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.

## **Dokumentationsintervall**

Eine Angabe ist erforderlich.

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 geplanten nächsten Dokumentationserstellung**

Die Angabe ist optional.

Als Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung gilt der Termin, der im Rahmen der regelmäßigen Dokumentation (jedes Quartal bzw. jedes zweite Quartal) mit dem Patienten vereinbart wird. Sollten Sie ein solches Datum vereinbaren, so tragen Sie es bitte ein.

## **Datum der Erstellung**

Eine Angabe ist erforderlich.

Hier ist das Datum der Erstellung der Dokumentation einzutragen. Es dient zur Feststellung, ob die Dokumentation im dafür geplanten Intervall ausgestellt wurde. Es kann durch Sie nach Abschluss der Dokumentation nicht mehr verändert werden.