

# **Ausfüllanleitung**

**zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz**

**für die strukturierten Behandlungsprogramme**

**KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und 2,**

**Asthma bronchiale, COPD,**

**chronische Herzinsuffizienz,**

**chronischer Rückenschmerz,**

**Depression und Osteoporose**

Gültig ab: 01.04.2021  
Stand der letzten Bearbeitung: 17.12.2020  
Version 7

# 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 Patientinnen und Patienten und alle mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzte von Vorteil.

Ab dem 01. Juli 2008 hat der Gesetzgeber die ausschließliche elektronische Datenerfassung und -übermittlung vorgesehen, um die Datenqualität zu verbessern und die Verzahnung der Dokumentationen innerhalb der unterschiedlichen Indikationen herzustellen. Zudem sind 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 (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 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.

Die Dokumentation ist ausschließlich elektronisch zu erstellen. Denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrer Patientin oder 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 erfolgen. Alternativ können die Daten in einigen Regionen auch online (z.B. auf einem Server der Datenstelle) erfasst oder aber über den Postversand eines Datenspeichers, wie etwa einer CD-ROM, übermittelt werden.

**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 oder Krankenkasse übermittelt wurde.** Dabei ist sicherzustellen, dass alle drei Ausfertigungen die jeweils notwendigen Unterschriften von Ihnen und der Patientin bzw. dem Patienten 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.

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.

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 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 und muss daher auch für die Folgedokumentationen unverändert weitergeführt werden.

Nimmt Ihre Patientin oder Ihr Patient an mehreren DMP teil, können Sie dieselbe DMP-Fallnummer für diese Patientin oder diesen Patienten für alle DMP verwenden.

Auch können Sie die DMP-Fallnummer für dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten nach einer erfolgten Programmbeendigung bei einer Wiedereinschreibung erneut verwenden.

## **Vertragsarzt- und Betriebsstätten-Nummer**

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

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

## **Krankenhaus- Institutionskennzeichen**

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

## **Dokumentation in Vertretung erstellt**

Sollten Sie die Dokumentation in Vertretung (z. B. Urlaubsvertretung) für den eigentlich vom Versicherten gewählten koordinierenden Arzt ausstellen, geben Sie dies bitte hier an.

## **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  
KHK und Chronische Herzinsuffizienz

Um die notwendigen Dokumentationsparameter aufzurufen, müssen Sie den jeweiligen Dokumentationstyp (z. B. Erst- oder Folgedokumentation) für die jeweils ausgewählte Indikation angeben. Dabei ist es möglich, die diagnosebezogen unterschiedlichen Dokumentationstypen zu kombinieren. So können Sie z. B. gleichzeitig eine

Erstdokumentation für das DMP KHK und eine Folgedokumentation zu Diabetes mellitus Typ 2 erstellen.

### **Geschlecht**

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

### **Körpergröße**

Eine Angabe ist verpflichtend.

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

### **Körpergewicht**

Die Angabe ist verpflichtend und erfolgt in Kilogramm (kg).

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 Patientinnen und Patienten über 18 Jahren, die an einem DMP Asthma teilnehmen, sowie bei allen Patientinnen und Patienten, die an mindestens einem der übrigen DMP teilnehmen, ist eine Angabe verpflichtend.

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

### **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.

### **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 hier aufgeführten oder gar keine Begleiterkrankungen vorliegen, geben Sie bitte „Keine der genannten Erkrankungen“ an.

### **Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse**

Die Angabe ist optional; dabei sind Mehrfachnennungen möglich.

Sollte Ihre Patientin oder 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 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.

## **Datum der Erstellung**

Eine Angabe ist verpflichtend.

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.