

Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die
Empfehlung zur Neufassung der Dokumentation
von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V
und zur Einschreibung von Versicherten

vom 13. September 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 13. September 2007 beschlossen, dem Bundesministerium für Gesundheit folgende Anforderungen an die Dokumentation von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 S. 2 Nr. 5 SGB V sowie die Voraussetzungen für die Einschreibung der Versicherten nach § 137f Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB V zu empfehlen:

I.

Die Inhalte der Anlagen 2a und 2b (Dokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 2), 6a und 6b (Dokumentation DMP Koronare Herzkrankheit), 8a und 8b (Dokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 1), 10a und 10b (Dokumentation DMP Asthma bronchiale) sowie 12a und 12b (Dokumentation DMP Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) zu §§ 28b bis 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) werden durch die Vorgaben für den indikationsübergreifenden Datensatz gemäß Anlage 1 dieses Beschlusses und die Vorgaben für die indikationsspezifischen Datensätze gemäß Anlagen 2 bis 5 dieses Beschlusses ersetzt.

II.

Die gemäß Anlagen 1 bis 5 zu erfassenden Daten werden ausschließlich zur Erfüllung der gemäß §§ 28b bis 28g RSAV vorgeschriebenen Aufgaben genutzt. Zu diesem Zweck werden die Daten vollständig an die zuständigen Datenstellen bzw. Krankenkassen übermittelt. Ein Teildatensatz für die Erfüllung unterschiedlicher Aufgaben wird nicht gebildet.

III.

Die Datenerfassung und -übermittlung erfolgt ab 1. April 2008 ausschließlich auf elektronischem Wege.

IV.

Die Einschreibung der Versicherten erfolgt aufgrund der schriftlichen Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin in Verbindung mit der Dokumentation gemäß Anlagen 1 und 2, 1 und 3, 1 und 4 oder 1 und 5.

V.

Der Beschluss tritt am 13. September 2007 in Kraft.

Siegburg, den 13. September 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Anlagen 1 bis 5 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Empfehlung zur Neufassung der Dokumentation von strukturierten
Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V und zur Einschreibung von
Versicherten: **Datensatz für die elektronische DMP-Dokumentation**

Anlage 1:

Datensatz für die indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name des Versicherten	Familiename, Vorname
3	Geburtsdatum des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträger	Name der Krankenkasse
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK / Diabetes mellitus Typ 1 / Diabetes mellitus Typ 2 / Asthma bronchiale / COPD
11	Modul-Teilnahme ¹	Chronische Herzinsuffizienz ² : Ja / Nein
12	Geschlecht	Männlich / Weiblich
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck ³	mm Hg
16	Raucher	Ja / Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie / Fettstoffwechselstörung / Diabetes mellitus / KHK / AVK / Schlaganfall / Chronische Herzinsuffizienz / Asthma bronchiale / COPD / Keine der genannten Erkrankungen
18	Serum-Kreatinin ⁴	mg/dl / µmol/l / nicht bestimmt
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote	Tabakverzicht / Ernährungsberatung / Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
21	Nächste Dokumentationserstellung geplant am (optionales Feld)	TT.MM.JJJJ

¹ Nur bei DMP KHK auszufüllen

² Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40%

³ Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen

⁴ Bei KHK, Asthma bronchiale und COPD nur optional auszufüllen

Anlage 2:

Datensatz für die indikationsspezifische Dokumentation: **Koronare Herzkrankheit (KHK)**

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Angina pectoris	Typisch / Atypisch / Nein
2	Serum-Elektrolyte ^{5, 6}	Bestimmt / Nicht bestimmt
Relevante Ereignisse		
3	Akutes Koronarsyndrom ⁷	Herzinfarkt / Andere Form des akuten Koronarsyndroms / Nein
4	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention ⁷	Koronarangiographie / Koronartherapeutische Intervention ⁸ / Keine
5	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation ^{9, 10}	Anzahl
Medikamente		
6	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
7	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation
8	ACE-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation ¹¹
9	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
10	Sonstige Medikation ^{12, 13}	Ja / Nein
Schulung		
11	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine
12	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
13	KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst ⁹	Ja / Nein
14	Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen? ⁶	Ja / Nein / Nicht erforderlich

⁵ Natrium und Kalium im Serum

⁶ Nur bei Modul Chronische Herzinsuffizienz

⁷ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

⁸ PTCA oder Bypass-Operation

⁹ Einschließlich Herzinsuffizienz

¹⁰ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

¹¹ Gilt auch für ACE-Hemmer-Husten

¹² Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder eines arteriellen Hypertonus

¹³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß RSAV-Text hingewiesen werden.

Anlage 3:

Datensatz für die indikationsspezifische Dokumentation: **Diabetes mellitus Typ 1 und 2**

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	HbA1c-Wert	Wert in %
2	Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung	Nicht untersucht / Nein / Ja
3	Fußstatus	Pulsstatus: Unauffällig / Auffällig / Nicht erhoben Sensibilitätsprüfung: Unauffällig / Auffällig / Nicht durchgeführt Fußstatus: Unauffällig / Auffällig / Nicht erhoben Wenn Fußstatus auffällig: ¹⁴ Wagner-Stadium: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 Armstrong-Klassifikation: A / B / C / D
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie / Diabetische Neuropathie / Diabetische Retinopathie
Relevante Ereignisse		
5	Relevante Ereignisse ¹⁵	Nierenersatztherapie / Erblindung / Amputation / Herzinfarkt / Keine der genannten Ereignisse
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation ¹⁶	Anzahl
7	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Stationäre Aufenthalte wegen Nicht-erreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation ¹⁶	Anzahl
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation ¹⁶	Anzahl
Medikamente		
9	Insulin oder Insulin-Analoga	Ja / Nein
10	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid	Ja / Nein / Kontraindikation
11	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin	Ja / Nein / Kontraindikation
12	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige orale antidiabetische Medikation ¹⁷	Ja / Nein
13	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
14	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation
15	ACE-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
17	Sonstige antihypertensive Medikation ¹⁸	Ja / Nein

¹⁴ Angabe des schwerer betroffenen Fußes

¹⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

¹⁶ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

¹⁷ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß RSAV-Text hingewiesen werden.

¹⁸ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Einschließlich Diuretika

Schulung		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
20	Zielvereinbarung HbA1c	Aktuellen Wert: Halten / Senken / Anheben
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung	Durchgeführt / Nicht durchgeführt / Veranlasst
22	Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Nein / Zur qualifizierten Einrichtung für das diabet. Fußsyndrom / Zum diabetologisch qualifizierten Arzt bzw. zur diabetologisch qualifizierten Einrichtung / Sonstige

Anlage 4:

Datensatz für die indikationsspezifische Dokumentation: **Asthma bronchiale**

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Häufigkeit von Asthma-Symptomen ¹⁹	Täglich / Wöchentlich / Seltener als wöchentlich / Keine
2	Aktueller Peak-Flow-Wert	Wert / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation ²⁰	Anzahl
Medikamente		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein / Systemische Glukokortikosteroide / Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
Schulung		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja / Nein / Nicht durchführbar
12	Asthmabezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

¹⁹ Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

²⁰ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

Anlage 5:

Datensatz für die indikationsspezifische Dokumentation:

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktueller FEV1-Wert (alle 6 bis 12 Monate)	X,XX Liter / Nicht durchgeführt
Relevante Ereignisse		
2	Häufigkeit von Exazerbationen ²¹ seit der letzten Dokumentation ²²	Anzahl
3	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen COPD seit der letzten Dokumentation ²²	Anzahl
Medikamente		
4	Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
5	Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
6	Lang wirksame Anticholinergika	Bei Bedarf / Dauermedikation / Keine / Kontraindikation
7	Inhalationstechnik überprüft	Ja / Nein
8	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Nein / Theophyllin / Inhalative Glukokortikosteroide / Systemische Glukokortikosteroide / Andere
Schulung		
9	COPD-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
10	Empfohlene Schulung wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
11	COPD-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein

²¹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: „Exazerbation“ (z.B. „akute Verschlechterung der Symptomatik, die eine Veränderung der Medikation erfordert“) in der Ausfüllanleitung definieren.

²² Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.