

**Tragende Gründe**  
**zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über die Neufassung der Dokumentation**  
**von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten**  
**nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V**

vom 13. September 2007

**Inhaltsverzeichnis**

<b>I.</b>	<b>Gesetzliche Grundlagen</b>	<b>2</b>
<b>II.</b>	<b>Eckpunkte und Verfahrensablauf</b>	<b>2</b>
<b>III.</b>	<b>Würdigung von Stellungnahmen</b>	<b>5</b>
<b>IV.</b>	<b>Änderungen aufgrund des Anwendungstests</b>	<b>11</b>
<b>V.</b>	<b>Sonstige Änderungen</b>	<b>12</b>

## **I. Gesetzliche Grundlagen**

Auf Grundlage von § 137f Abs. 2 SGB V empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP), die im Rahmen einer Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V umgesetzt werden. Nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V sind im Rahmen dieser Empfehlungen auch Anforderungen an die Dokumentation der Programme zu benennen. Eine Voraussetzung für die Zulassung eines DMP ist, dass im Programm Erst- und Folgedokumentationen vorgesehen sind, die in den entsprechenden Anlagen zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt werden.

Die Dokumentation darf ausschließlich für die Zwecke der Behandlung gemäß den Anforderungen nach § 28b (Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien), für die Qualitätssicherung nach § 28c, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d, die Schulung von Versicherten und Leistungserbringern nach § 28e und die Evaluation der Programme nach § 28f der RSAV genutzt werden. Die Versicherten müssen in die mit der Programmtteilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten einwilligen.

Eine weitere Voraussetzung für die Zulassung eines DMP ist, dass die Sicherung der Diagnose, die zur Teilnahme am Programm führt, schriftlich durch den behandelnden Arzt bestätigt wird. Gemäß § 28d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV müssen in diesem Zusammenhang auch die Einschreibekriterien dokumentiert werden. Die Dokumentation ist nach einer Übergangsfrist spätestens ab 1. April 2008 generell auf elektronischem Wege zu übermitteln.

## **II. Eckpunkte und Verfahrensablauf**

Im Mai 2006 hat sich eine Arbeitsgruppe „Bürokratieabbau“ im BMG u.a. mit der Vereinfachung der gesetzlichen Bestimmungen im Zusammenhang mit der Durchführung von DMP befasst. Neben Maßnahmen, die nicht an den G-BA adressiert sind, wurden insbesondere drei Vorschläge formuliert, in die der G-BA direkt oder mittelbar involviert ist:

- Die Dokumentation der DMP soll vollständig auf eine elektronische Dokumentation umgestellt werden.
- Die Einschreibedokumentation soll vereinfacht und reduziert werden, so dass künftig eine einzige indikationsübergreifende Dokumentation zur Erhebung administrativer

Daten und zur Diagnosesicherung ausreicht und eine Routinedokumentation medizinischer Daten in der Erstdokumentation entfallen kann. In der Folgedokumentation sollen nur Daten erhoben werden, die für eine aussagefähige Qualitätssicherung und Evaluation unabdingbar sind.

- Es soll angestrebt werden, die Trennung der Datensätze in einen Kurz- und Langdatensatz aufzuheben.

Der erste Vorschlag wurde durch den Gesetzgeber bereits aufgegriffen, indem die RSAV im Rahmen des GKV-WVG hinsichtlich der elektronisch zu übermittelnden Dokumentation angepasst wurde. Die Voraussetzungen für die praktische Umsetzung der elektronischen Dokumentation sind allerdings durch die im G-BA beteiligten Trägerorganisationen auf Grundlage der durch den Unterausschuss DMP erarbeiteten Neufassung der Dokumentation zu schaffen. Diese Neufassung der Dokumentation wird mit dem zweiten und dritten Vorschlag der AG „Bürokratieabbau“ an den G-BA adressiert.

In seiner Sitzung am 5. Juli 2006 hat der Unterausschuss DMP die Arbeitsgruppe „DMP-Dokumentation“ mit der Neufassung der Dokumentation beauftragt. Grundlage war die Bekanntgabe des BMG vom 29. Juni 2006, mit der der Gesetzgeber die Beschlüsse des G-BA vom 16. Mai 2006 bestätigt hat, die der Entwicklung von DMP-Modulen sowie der Berücksichtigung von Multimorbidität und der Erarbeitung von Maßnahmen zur Reduktion des Verwaltungsaufwandes im Zusammenhang mit DMP dienen. Insoweit konnte festgestellt werden, dass die diesbezüglichen Beschlüsse des G-BA auch mit der Zielvorgabe der Vereinfachung der DMP-Dokumentation in Einklang stehen. Aus der Komplexität der verschiedenen DMP-Prozesse ergibt sich, dass die Weiterentwicklung von DMP und die Vereinfachung administrativer Abläufe Hand in Hand gehen und entsprechend aufeinander abgestimmt werden müssen. In diesem Sinne verfolgt der Unterausschuss DMP die Zielsetzung, die bestehenden Programme entsprechend den Bestimmungen der RSAV zu aktualisieren und zugleich die Programme um modulare Komponenten bei Komorbidität zu erweitern. Zusätzlich sollen die Dokumentation indikationsübergreifend vereinfacht und dabei die unterschiedlichen Aspekte der Weiterentwicklung der Programme bereits bei der Umstellung der Dokumentation ab 2008 berücksichtigt oder zumindest vorausschauend eingeplant werden.

Die Arbeitsgruppe „DMP-Dokumentation“ des Unterausschusses DMP hat von Juli bis Dezember 2006 in acht Sitzungen unter Beteiligung von medizinischen Fachexperten die

Dokumentationsanforderungen der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) überarbeitet. Dabei wurde die Dokumentation auf diejenigen Parameter begrenzt, die der Einschreibung, der Erfassung von für die Versorgung wichtigen Komorbiditäten, der Behandlungsplanung sowie der Qualitätssicherung und der Evaluation der Programme dienen.

Es wurden Parameter für die indikationsübergreifende Dokumentation zusammengefasst und ergänzend indikationsspezifische Parameter benannt. Erforderlichenfalls kann die Dokumentation (z.B. bei Integration neuer DMP-Module) mit geringem Aufwand angepasst werden. Für die Teilnahme am DMP-Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ bei Einschreibung in das DMP KHK wurde bereits eine Dokumentationsmöglichkeit im indikationsübergreifenden Datensatz vorgesehen und der indikationsspezifische Datensatz für das DMP KHK so angelegt, dass die erforderlichen Parameter für die chronische Herzinsuffizienz miterfasst werden können. Die für das DMP-Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ vorgegebenen Ergänzungen werden jedoch erst wirksam, wenn der G-BA die Empfehlungen zur Ausgestaltung des Moduls beschlossen hat und die Rechtsverordnung des BMG zum DMP-Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ in Kraft getreten ist.

Die Dokumentation für das DMP Brustkrebs wurde ausgenommen, da ein Zusammenfassen mit anderen Indikationen unter dem Aspekt von Komorbidität nicht sinnvoll erschien und aufgrund der fehlenden Datenschnittmenge eine Verbindung der Dokumentationen nicht zur Vereinfachung, sondern im Gegenteil zu einer Ausweitung und Verkomplizierung der Gesamtdokumentation geführt hätte. Darüber hinaus wurde die Dokumentation im Rahmen der ersten Überarbeitung des DMP Brustkrebs bereits einer grundlegenden Überprüfung und Überarbeitung unterzogen. Diese am 1. Februar 2006 in Kraft getretenen Vorgaben an die Dokumentation können grundsätzlich auch heute schon in Form einer elektronischen Dokumentation umgesetzt werden. Im Rahmen der hier erläuterten Arbeiten erfolgte eine Durchsicht der Dokumentation zu Brustkrebs, aus der kein unmittelbarer Handlungsbedarf abgeleitet werden konnte. Eine weitere Befassung wird daher im Rahmen der kommenden regulären Überarbeitung des Programms erfolgen.

Das Vorliegen der Diagnose gemäß den Einschreibekriterien der RSAV muss, wie bisher auch, vom Arzt schriftlich bestätigt werden. Das neue Konzept beinhaltet, dass keine Einschreibekriterien mehr gesondert dokumentiert werden müssen.

Die Trennung der Datensätze in einen Langdatensatz für die Leistungserbringer und einen Kurzdatensatz für die Krankenkassen wurde im Sinne einer prozessualen Vereinfachung

gänzlich aufgehoben. An der bisher gemeinsam durchgeführten Qualitätssicherung durch Krankenkassen und Leistungserbringer wird festgehalten.

Die Dokumentationsparameter können ausschließlich elektronisch dokumentiert werden. Sie sind mit einem logischen Dokumentationsalgorithmus verknüpfbar und können beispielsweise in eine Praxissoftware integriert werden.

Am 15. Dezember 2006 hat der Unterausschuss DMP den Datensatz zunächst für die Erprobung freigegeben. In Anbetracht der Auswirkungen auf die Durchführung sämtlicher DMP, ausgenommen Brustkrebs, sollte die Neukonzeption der DMP-Dokumentation vor einer endgültigen Beschlussfassung zunächst getestet werden. Da ein derartiger Anwendungstest jedoch nicht abstrakt-theoretisch anhand von Dokumentationsbögen, sondern nur unter Verwendung eines Prototyps der entsprechenden Software funktionieren kann, wurde der für die Software zu verwendende Testdatensatz vom G-BA in seiner Sitzung am 18. Januar 2007 beschlossen. Auf dieser Grundlage wurde ein Software-Prototyp für den Test der DMP-Dokumentation unter der Federführung der KBV entwickelt, mit dem von 25. Juni bis 13. Juli 2007 ein Anwendungstest mit an DMP teilnehmenden Ärzten durchgeführt wurde. Parallel zur Vorbereitung des Anwendungstests wurden von 14. Mai bis 11. Juni 2007 die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren zu den Dokumentationsdatensätzen der betreffenden DMP durchgeführt. Stellungnahmeverfahren und Anwendungstest wurden zeitlich so aufeinander abgestimmt, dass die Stellungnahmen zu den Datensätzen und die Rückmeldungen aus dem Anwendungstest gemeinsam ausgewertet und für eventuell erforderliche Anpassungen der Dokumentation genutzt werden konnten. Die abschließenden Beratungen der Arbeitsgruppe fanden am 26. Juli 2007 statt.

Der Unterausschuss DMP hat sich in seiner Sitzung am 7. August 2007 mit den definitiven Datensätzen für die DMP-Dokumentation unter Berücksichtigung der Stellungnahmen und der Erkenntnisse aus dem Anwendungstest befasst, diese im Konsens (mit einem ablehnenden Votum der Patientenvertreter zu Parameter Nr. 14 in Anlage 2) verabschiedet und dem Beschlussgremium am 13. September 2007 zur Beschlussfassung vorgelegt.

### **III. Würdigung von Stellungnahmen**

Es wurden folgende Stellungnahmen berücksichtigt:

- (1) Stellungnahme des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vom 6. Juni 2007 und Nachtrag vom 8. Juni 2007;

- (2) Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) vom 11. Juni 2007;
- (3) Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 8. Juni 2007;
- (4) Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 11. Juni 2007.

Weitere Stellungnahmen lagen nicht vor.

**Zu (1):**

Zu Anlage 1 des Datensatzes:

Der BDPK regt eine weitere Datenverdichtung an und schlägt vor, aus systematischen Gründen auf die Parameter „Blutdruck“ und „Serum-Kreatinin“ zu verzichten, zudem werden die Parameter „Begleiterkrankungen“ und „Vom Patienten gewünschte Informationsangebote“ in Frage gestellt.

**Bewertung:** Der BDPK geht bei seiner Stellungnahme offenkundig von der Situation aus, dass weiterhin Dokumentationsbögen erstellt werden, wenn er in Bezug auf Anlage 1 des Testdatensatzes von einem „repetitiv zu erstellenden Bogen“ spricht und die genannten Parameter zur Disposition stellt. Der Datensatz repräsentiert jedoch keinen Dokumentationsbogen, der lediglich in elektronischer Form auszufüllen ist, sondern stellt die Grundlage für die Erstellung einer Computersoftware dar, mit deren Hilfe die Daten erfasst werden. Darüber hinaus wurde der indikationsübergreifende Dokumentationszweck von Anlage 1, der der erstmaligen Datenerfassung unter Berücksichtigung relevanter Komorbiditäten bei Einschreibung des Patienten sowie der allgemeinen Behandlungsplanung dient, in der Stellungnahme nicht hinreichend berücksichtigt, ebenso wenig die mit der elektronischen Dokumentation verknüpfte Systematik, die ein Umdenken, weg vom bloßen Ausfüllen eines Dokumentationsbogens, hin zu einer EDV-gestützten Erfassung und Übermittlung der Daten, erfordert. Eine auf diesen Sachverhalt abgestimmte Begründung ist den Anmerkungen zum Datensatz nicht zu entnehmen. Da eine Änderung in der vom BDPK vorgeschlagenen Form das Gesamtkonzept der neuen Dokumentationssystematik konterkariert hätte, wurde der Vorschlag nicht aufgegriffen.

Der BDPK schlägt vor, bei den administrativen Daten zu präzisieren, ob es sich bei der anzugebenden Versichertennummer um die Versichertennummer der Krankenkasse oder der Sozialversicherung handelt. Der Vorschlag wurde nicht begründet.

**Bewertung:** Da es sich bei einem DMP um ein strukturiertes Behandlungsprogramm einer Krankenkasse handelt, ist es selbsterklärend, dass hier die Versichertennummer der Krankenkasse anzugeben ist. Da diesbezüglich gegenüber der bisherigen Dokumentation keine Änderung vorgenommen wurde und es in der Vergangenheit nicht zu Missverständnissen gekommen ist, wurde die Bezeichnung „Versicherten-Nummer“ beibehalten.

Zu Anlage 2 des Datensatzes:

Der BDPK schlägt vor, nur das jeweils schwerste in der Vorgeschichte aufgetretene Ereignis zu dokumentieren. Der Vorschlag wurde nicht begründet.

**Bewertung:** Es ist nicht nachvollziehbar, warum im Sinne der Qualitätssicherung und Evaluation nur dasjenige Ereignis erfasst werden soll, welches als das schwerste Ereignis interpretiert wird. Es ist vielmehr sinnvoll alle Ereignisse zu erfassen, die von besonderer Relevanz sind. Diese wurden im Expertenkonsens ermittelt. Zudem ist die Festlegung auf „das jeweils schwerste Ereignis“ nicht operationalisierbar. Der Vorschlag wurde nicht aufgegriffen.

Zu Anlage 3 des Datensatzes:

Der BDPK schlägt vor, die Parameter 7 und 8 sowie 10, 11, 12 und die Parameter 14, 15 und 17 zusammenzufassen. Die Vorschläge wurden nicht begründet.

**Bewertung:** Auch dieser Vorschlag ist nur vor dem Hintergrund der bisherigen Erfassung von Daten auf einem Dokumentationsbogen zu verstehen, widerspricht jedoch der nunmehr angestrebten EDV-gestützten Dokumentationssystematik, die es erfordert, einzelne Parameter eindeutig zu definieren und mit bestimmten Regeln und Filterfunktionen für die softwaretechnische Umsetzung zu verknüpfen. Die Parameter können nicht zusammengefasst werden, zudem repräsentieren sie unterschiedliche Aspekte, die für die Qualitätssicherung von Bedeutung sind. Die Vorschläge wurden nicht aufgegriffen.

Der BDPK schlägt vor, unter Parameter 5 auch „Schlaganfall“ als relevantes Ereignis aufzunehmen. Der Vorschlag wurde nicht mit Bezug auf den Dokumentationszweck begründet.

**Bewertung:** Die relevanten Ereignisse wurden im Expertenkonsens ermittelt. Danach ist ein Schlaganfall im Vergleich zu den anderen bei diesem Parameter genannten Ereignissen als

weniger spezifisch für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 zu betrachten. Zudem kann das Ereignis im indikationsübergreifenden Teil des Datensatzes unter den Begleiterkrankungen dokumentiert werden. Der Vorschlag wurde nicht aufgegriffen.

Der BDPK schlägt vor, unter Parameter 7 nicht nur die stationären Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Zielwertes im DMP Diabetes mellitus Typ 1, sondern auch im DMP Diabetes mellitus Typ 2 zu dokumentieren.

**Bewertung:** Während stationäre Notfallbehandlungen bei beiden Formen des Diabetes mellitus zu dokumentieren sind, wird das Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes nach einer bestimmten Behandlungsdauer als Kriterium für eine stationäre Behandlung in den Programmen für Typ 1-Diabetiker und Typ 2-Diabetiker unterschiedlich gewichtet. Diese Gewichtung spiegelt sich in den Dokumentationsanforderungen wider, und insofern ist nur in der Dokumentation für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 eine Erfassung dieses Parameters im Sinne der Qualitätssicherung und Evaluation vorgesehen. Der Vorschlag wurde nicht aufgegriffen.

Der BDPK schlägt vor, unter Parameter 9 die Art der Insulintherapie differenziert zu dokumentieren, um Behandlungsergebnisse und Komplikationen in Relation zur verwendeten Therapieform auswerten zu können.

**Bewertung:** Für die Erfordernisse der Qualitätssicherung und Evaluation erscheint es ausreichend und angemessen, die blutglukosesenkende Therapie an sich zu erfassen. Für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 besteht zudem keine Grundlage für die differenzierte Erfassung der Art der Insulinsubstitution. Diese ist lediglich im DMP Diabetes mellitus Typ 1 denkbar und wurde auch in der Vergangenheit praktiziert, im Sinne der angestrebten Verschlan-  
kung der Dokumentation soll jedoch auch hier auf eine differenzierte Erfassung verzichtet werden. Die Erfassung und differenzierte Auswertung spezieller Therapieformen ist nicht zur Risikostratifizierung geeignet, und es ist nicht das Ziel der Evaluation, die etwaige Überlegenheit einer bestimmten Therapieform innerhalb eines DMP zu prüfen, wenngleich sich in diesem Zusammenhang für die Versorgungsforschung interessante Fragestellungen ergeben. Versorgungsforschung ist jedoch nicht Gegenstand von DMP. Im Sinne der Datensparsamkeit und der Reduktion des Dokumentationsaufwandes wurde der Vorschlag nicht aufgegriffen.

Der BDPK schlägt vor, unter Parameter 10 die Dokumentation der Behandlung mit Glibenclamid mit dem Zusatz „bei Normalgewicht“ zu versehen und unter Parameter 11 die Behand-



lung mit Metformin auch bei Typ 1-Diabetikern zu dokumentieren. Metformin könne nach neuester Literatur sowohl bei Diabetes mellitus Typ 2 als auch Typ 1 gegeben werden. Die Literatur wurde nicht benannt.

**Bewertung:** Die Dokumentation folgt den Vorgaben der RSAV. Es ist nicht erforderlich, im Rahmen der elektronischen Dokumentation nochmals auf die zugrunde liegenden Empfehlungen hinsichtlich der Behandlung mit Glibenclamid hinzuweisen, zudem ist es nicht möglich, in der Dokumentation Behandlungsmöglichkeiten, wie etwa Metformin bei Typ 1-Diabetes abzubilden, die nicht Gegenstand der Empfehlungen im DMP sind. Die Stellungnahme hinsichtlich Metformin bezieht sich insofern nicht auf die Dokumentation, sondern auf die Empfehlung zur blutglukosesenkenden Therapie. Die diesbezüglichen Empfehlungen des DMP sind jedoch nicht Gegenstand des Stimmnahmeverfahrens. Zudem ist die Literatur nicht benannt, aus der sich ein möglicher Nutznachweis ableiten lässt. Die Vorschläge wurden nicht aufgegriffen.

Zu den Anlagen 4 und 5 des Datensatzes:

Der BDPK schlägt vor, in Anlage 4 die Parameter 5 und 6 sowie in Anlage 5 die Parameter 4, 5 und 6 zusammenzufassen. Die Vorschläge wurden nicht begründet.

**Bewertung:** Siehe oben (zu Anlage 3 des Datensatzes, 1. Absatz).

**Zu (2):**

Zu Anlage 1 des Datensatzes:

Die DVfR schlägt vor, auch den Rehabilitationsbedarf zu dokumentieren. Der Vorschlag wurde nicht begründet.

**Bewertung:** Aus der Dokumentation des Rehabilitationsbedarfs lässt sich keine Qualitätssicherungsmaßnahme ableiten. Im Sinne der Beschränkung des Dokumentationsumfangs auf das sich aus der RSAV ergebende Mindestmaß wurde der Vorschlag nicht aufgegriffen.

Zu Anlage 3 des Datensatzes:

Die DVfR schlägt vor, den Fußstatus nicht bei Patienten unter 18 Jahren zu erheben. Der Vorschlag wurde nicht begründet.

**Bewertung:** In den DMP-Empfehlungen wird keine Altersdifferenzierung vorgenommen. Der Vorschlag ist nicht begründet und auch nicht nachvollziehbar. Er wurde daher nicht aufgegriffen.

Die DVfR schlägt vor, unter Parameter 4 die KHK sowie die arterielle Hypertonie als Spätfolgen und unter Parameter 5 die PTCA als relevantes Ereignis aufzunehmen. Der Vorschlag wurde nicht begründet.

**Bewertung:** Sowohl die KHK als auch der Bluthochdruck werden bereits aus systematischen Gründen als relevante Begleiterkrankungen dokumentiert. Die koronartherapeutische Intervention ist primär als relevantes Ereignis bei KHK anzusehen und steht beim Management des Diabetes mellitus nicht im Vordergrund. Daher ist u.a. auch die PTCA im indikationsspezifischen Datensatz für das DMP KHK, nicht jedoch für die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 enthalten. Die Vorschläge wurden nicht aufgegriffen.

Die DVfR schlägt vor, unter Parameter 15 auch die Gabe von Sartanen aufzunehmen. Der Vorschlag wurde nicht begründet.

**Bewertung:** Zum Zweck der Qualitätssicherung werden nur solche Wirkstoffgruppen in die Dokumentation aufgenommen, die vorrangig im DMP empfohlen werden. Weitere Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen sollen unter dem Aspekt der Datensparsamkeit und der angestrebten Reduktion des Dokumentationsaufwandes als „sonstige“ Medikation erfasst werden. Der Vorschlag wurde nicht aufgegriffen.

Zu Anlage 4 des Datensatzes:

Die DVfR schlägt vor, die Patienteninstruktion bzw. Patientenschulung langfristig zu erfassen.

**Bewertung:** Relevante Schulungen werden bei allen DMP, auch bei Asthma bronchiale, während der gesamten Dauer der Programmteilnahme erfasst. Die langfristige Dokumentation von Schulungen ist bereits gängige Praxis und wird durch die Neufassung der DMP-Dokumentation nicht geändert.

**Zu (3):**

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt die Vereinfachung der DMP-Dokumentation und regt an, im Rahmen künftiger Aktualisierungen der DMP in Anlage 1 unter „Begleiterkrankungen“ auch psychische Begleiterkrankungen als relevante Komorbiditäten aufzunehmen.

**Bewertung:** Aufgrund der aktuellen DMP-Empfehlungen wurde keine Veranlassung gesehen, die Dokumentation im Hinblick auf die Erfassung psychischer Begleiterkrankungen zu erweitern, der Unterausschuss DMP wird jedoch bei zukünftigen Aktualisierungen den Anpassungsbedarf prüfen.

**Zu (4):**

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Maßnahmen einer Neufassung der DMP-Dokumentation und weist darauf hin, dass zukünftig bei der Empfehlung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Festlegung der Dokumentationsanforderungen sektorübergreifend abgestimmte Indikatoren zu berücksichtigen sind, die von einem fachlich unabhängigen Institut nach § 137a SGB V entwickelt werden.

**Bewertung:** Konkrete inhaltliche Stellungnahmen zum Datensatz wurden nicht vorgelegt. Bei zukünftigen Aktualisierungen werden Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V berücksichtigt, es ist zum jetzigen Zeitpunkt allerdings nicht absehbar, wann für DMP nutzbare Ergebnisse vorliegen werden.

#### **IV. Änderungen aufgrund des Anwendungstests**

Die Neufassung der DMP-Dokumentation hat bei den Anwendern in der Pilotphase insgesamt eine hohe Akzeptanz gezeigt. 71% der am Anwendungstest beteiligten Ärzte beurteilen die indikationsübergreifende Dokumentation als Verbesserung gegenüber der bisherigen Dokumentation, 75% halten den Umfang der Datenerhebung für angemessen.

Der Unterausschuss DMP hat nach Prüfung der Erkenntnisse aus dem Anwendungstest folgende Modifikationen im Dokumentationsdatensatz vorgenommen:

In Anlage 1 wurden „Asthma bronchiale“ und „COPD“ als zu dokumentierende Begleiterkrankungen in den definitiven Datensatz aufgenommen. Beide Ausprägungen waren zunächst nur im Rahmen des Anwendungstests in das Dokumentationsprogramm integriert worden.

In Anlage 2 wurden die Parameter „Sonstige KHK-spezifische Medikation“ und „Sonstige antihypertensive Medikation“ zur weiteren Vereinfachung der Dokumentation zu einem Parameter „Sonstige Medikation“ zusammengefasst und mit einem Fußnotenhinweis versehen, der auch die sonstige Medikation im Hinblick auf das Modul Chronische Herzinsuffizienz einbezieht.

In Anlage 3 wurde „Herzinfarkt“ als zu dokumentierendes relevantes Ereignis in den definitiven Datensatz aufgenommen. Auch diese Ausprägung war zunächst nur für die Testphase in die indikationsspezifische Dokumentation für die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 integriert worden. Die intendierte funktionale Zusammenfassung der Dokumentation des Fußstatus (Fußstatus einschließlich Pulsstatus und Sensibilitätsprüfung) konnte aus systematischen Gründen nicht umgesetzt werden. Es ist auch weiterhin eine differenzierte Erfassung des Pulsstatus, der Sensibilitätsprüfung und des klinischen Fußstatus nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation erforderlich, wobei die Dokumentation im Rahmen der elektronischen Umsetzung unter einem Parameter „Fußstatus“ subsummiert wird.

Die zunächst nur im Rahmen des Anwendungstests überprüften Dokumentationsparameter zur Über- bzw. Einweisung zur akutstationären Behandlung oder zur Rehabilitation wurden nicht in den definitiven Datensatz übernommen.

In Anlage 4 wurde die Dokumentation des Peak-Flow-Wertes in den definitiven Datensatz aufgenommen. Diese Ausprägung war zunächst nur für die Testphase in die indikationsspezifische Dokumentation für das DMP Asthma bronchiale integriert worden.

## **V. Sonstige Änderungen**

Aufgrund der Neuregelung zur Arztidentifikation durch das Vertragsarztrecht-Änderungsgesetz vom 1. Januar 2007 wurde in Anlage 1 die Betriebsstätten-Nummer aufgenommen. Darüber hinaus wurde in Anlage 1 die Dokumentationsmöglichkeit für die Teilnahme am Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ im Zusammenhang mit dem DMP KHK geschaffen. Zu diesem Zweck wurde in Anlage 2 die Bestimmung von Serum-Elektrolyten (Natrium und Kalium) ergänzt. Zudem wurde durch einen Fußnotenhinweis klargestellt, dass sich die Dokumentation stationärer notfallmäßiger Behandlungen sowie Überweisungen oder Einweisungen wegen KHK im Falle einer gleichzeitig vorliegenden Herzinsuffizienz auch auf diese bezieht. Des Weiteren wurde durch einen Fußnotenhinweis klargestellt, dass sich die Dokumentation sonstiger Medikation auf die Medikation zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder eines arteriellen Hypertonus bezieht. In diesem Sinne wurde die Dokumentation der sonstigen Medikation mit Hinweis auf die nachrangige Medikation gemäß RSAV zusammengefasst.

Für die Dokumentation des Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“ wurde schließlich in Anlage 2 ein Dokumentationsparameter ergänzt, mit dem erfasst wird, ob der Patientin oder dem Patienten regelmäßige Gewichtskontrollen empfohlen wurden. Regelmäßige Gewichtskon-

trollen der Patienten sind ein Kernelement des Monitorings bei Herzinsuffizienz, um Veränderungen des Volumenstatus frühzeitig zu erkennen. Die Empfehlung basiert auf evidenzbasierten Leitlinien, mit einem Expertenkonsens als bestverfügbare Evidenz. Die Empfehlung ist leitlinienübergreifend konsistent, der Empfehlungsgrad ist hoch. Zudem bestehen aus Sicht der Fachexperten indirekte Hinweise aus Disease- und Case-Management, dass insbesondere Selbstmonitoring-Elemente den Outcome verbessern und z.B. dazu beitragen können, die Häufigkeit von Wiedereinweisungen in ein Krankenhaus deutlich zu reduzieren. Aufgrund des multiinterventionellen und multidisziplinären Ansatzes des Selbstmonitorings ist die Rolle des Gewichtsmonitorings allerdings nicht isoliert zu betrachten bzw. zu bewerten. Gleichwohl wird das Gewichtsmonitoring als eine der tragenden Säulen neben der medikamentösen Therapie von allen medizinischen Fachexperten eingestuft. Aufgrund des Stellenwertes der Gewichtskontrolle wurde, im Sinne der Reminderfunktion, dieser Parameter in die Dokumentation aufgenommen.

Siegburg, den 13. September 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende

Hess