Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für die strukturierten Behandlungsprogramme

Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Stand der letzten Bearbeitung: 16.02.2021
Version 6

Anamnese- und Befunddaten

HbA1C-Wert

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Bitte geben Sie hier den Echtwert, also den laut Labor bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten gemessenen Wert an. Sofern Sie eine Werteangabe als Prozentangabe haben, geben Sie diesen Wert mit einer Stelle hinter dem Komma an.

Wenn Sie eine Werteangabe in mmol/mol vorliegen haben, geben Sie bitte den ganzzahligen Wert im Feld „mmol/mol“ ohne Nachkommastelle an.

Pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 1** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Die Bestimmung der AKR muss jährlich erfolgen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll die Untersuchung nach fünf Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.

Als pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio ist ein Wert größer 30mg/g Albumin/Kreatinin zu bewerten. Geben Sie in diesem Fall bitte „Ja“ an.

Grundsätzlich müssen erstmalig pathologische Befunde nach ca. 2 bis 4 Wochen wiederholt werden.

Wurde dieser Wert nicht ermittelt, geben Sie bitte „Nicht untersucht“ an.

Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Hierunter sind sowohl die Makro- als auch die Mikroalbuminurie und/oder die Proteinurie ab einer Eiweißausscheidungsrate > 30 mg/24 Stunden (20mg/l Urin) zu verstehen. Geben Sie in diesem Fall bitte „Ja“ an.

Wenn dieser Wert nicht untersucht wurde, geben Sie bitte „Nicht untersucht“ an.

eGFR

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Sofern Sie die eGFR bestimmt haben, geben Sie den ganzzahligen Wert bitte ohne Nachkommastelle in „ml/min/1,73m^2 KOF“ an. Sollten Sie die eGFR nicht bestimmt haben, ist hier eine Angabe bei „nicht bestimmt“ zu machen.

Fußstatus

Regelmäßig bzw. bei 5 Jahren Diabetesdauer mindestens einmal jährlich erfolgen Inspektion und Palpation beider Füße hinsichtlich Hautstatus, Muskelatrophie, Deformitäten, und Temperatur sowie die Untersuchung des Schuhwerks. Es soll auch nach Hyperkeratosen, Mykosen und Fußdeformitäten gesucht werden.

Die jeweiligen Angaben zu den Fragekomplexen „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulcus“, „Ulcus“ und „(Wund)Infektion“ sind nur dann **verpflichtend**, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient **das 18. Lebensjahr vollendet** hat. Bei **jüngeren Patienteninnen und Patienten** sind die Angaben **optional**.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet, muss jedoch zu jedem Fragekomplex eine Angabe erfolgen.

Sollte an **beiden Füßen** eine Schädigung vorliegen, muss **nur der schwerer betroffene Fuß** dokumentiert werden. Es muss zu jedem Parameter, d.h. „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulcus“, „Ulkus“ und „(Wund)Infektion“ jeweils eine Angabe gemacht werden.

Pulsstatus

Geben Sie bitte **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, an, ob der Pulsstatus auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „**unauffällig**“ nur dann an, wenn **an beiden Füßen keine Auffälligkeit** besteht.

Sollten an beiden Füßen Schädigungen vorliegen, müssen im Weiteren nur Befunde des schwerer betroffenen Fußes dokumentiert werden.

Bitte geben Sie „auffällig“ an, wenn an mindestens einem Fuß Auffälligkeiten des Pulsstatus bestehen.
Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung an dem betroffenen Fuß notwendig. Diese Befunde sind bis zu einer Befundänderung z. B. nach rekonstruktiven Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ungestörten Durchblutung in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ an, wenn der Pulsstatus an beiden Füßen nicht untersucht wurde.

Sensibilitätsprüfung

Geben Sie bitte **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, an, ob die Sensibilitätsprüfung auffällig oder unauffällig ist. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „**unauffällig**“ nur dann an, wenn an **beiden Füßen keine Auffälligkeit besteht**.

Sollten an beiden Füßen Schädigungen vorliegen, müssen im Weiteren nur Befunde des schwerer betroffenen Fußes dokumentiert werden.

Bitte geben Sie „auffällig“ an, wenn an mindestens einem Fuß eine Sensibilitätsstörung besteht.
Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z.B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest).

Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung an dem betroffenen Fuß notwendig. Diese Befunde sind bis zu einer Befundänderung in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ an, wenn eine Sensibilitätsprüfung an beiden Füßen nicht durchgeführt wurde.

Weiteres Risiko für Ulcus

Geben Sie bitte **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben**, an, ob ein weiteres Risiko für die Entstehung eines Ulcus besteht. Hierzu zählen die Fußdeformität, die Hyperkeratose mit Einblutung, der Zustand nach einem vorherigen Ulcus und auch der Zustand nach einer Amputation (z. B. des Vorfußes). Mehrfachangaben sind möglich. Bitte beachten Sie bei Mehrfachnennungen, dass neben der Angabe „nicht untersucht“ oder „nein“ keine weitere Angabe gemacht werden kann.

Sollten an beiden Füßen Auffälligkeiten oder Schädigungen vorliegen, müssen im Weiteren nur Befunde des schwerer betroffenen Fußes dokumentiert werden.

Bitte geben Sie „nein“ an, wenn an beiden Füßen kein Risiko für ein Ulcus besteht.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ an, wenn die Untersuchung auf Ulcus-Risiken an beiden Füßen nicht durchgeführt wurde.

Ulkus

Geben Sie bitte bei **allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,** an, ob ein Ulkus besteht. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bei Vorliegen eines Ulkus ist genau eine Angabe zur Beschaffenheit des Ulkus -„oberflächlich“ oder „tief“- erforderlich. Bei Vorliegen mehrerer Ulzerationen ist der schwerste Befund zu dokumentieren.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, ist nur der schwerer betroffene Fuß zu dokumentieren.

Bitte geben Sie „nein“ an, wenn an beiden Füßen kein Ulkus besteht.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ an, wenn Sie das Vorhandensein eines Ulkus an beiden Füßen nicht untersucht haben.

(Wund)Infektion

Geben Sie bitte **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben**, an, ob eine (Wund)Infektion an einem oder beiden Füßen vorliegt. Genau eine Angabe ist zulässig.

Bitte geben Sie „nein“ an, wenn an beiden Füßen keine (Wund)Infektion besteht.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ nur dann an, wenn Sie das Vorliegen von (Wund)Infektionen an beiden Füßen nicht untersucht haben.

Injektionsstellen (bei Insulintherapie)

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 1 sowie bei Patientinnen und Patienten mit einer Insulintherapie bei Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Geben Sie bitte an, ob die Insulin-Injektionsstellen „Auffällig“ oder „Unauffällig“ sind. Zu den Injektionsstellen zählen auch die Applikationsstellen bei einer Insulin-Pumpentherapie.
Sollten Sie die Injektionsstellen nicht untersucht haben, geben Sie bitte „Nicht untersucht“ an.

Intervall für künftige Fußinspektionen

Die Angabe ist **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet** haben, verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Je nach Risiko-Status ist mindestens einmal jährlich eine vollständige Untersuchung beider Füße (ggf. der Amputationsstümpfe) durchzuführen. Bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko soll die Prüfung häufiger erfolgen.
Anhand der folgenden Kriterien ist die künftige Frequenz der Fußinspektion, einschließlich Kontrolle des Schuhwerks, festzulegen:

Befund(e)	Untersuchungs-Intervall
Keine sensible Neuropathie	Mindestens jährlich
sensible Neuropathie	Mindestens alle 6 Monate
sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Risiken wie Fußdeformitäten (ggf. infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z.n. Ulcus, Z.n. Amputation	alle 3 Monate oder häufiger

Bitte geben Sie an, ob Sie beabsichtigen, die nächste Fußinspektion „Jährlich“, „alle 6 Monate“ oder „alle 3 Monate oder häufiger“ durchzuführen. Das Untersuchungs-Intervall kann von dem Dokumentations-Intervall abweichen.

Spätfolgen

Die Angabe ist optional. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

Machen Sie bitte hier eine Angabe, wenn bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eine oder mehrere der aufgeführten Spätfolgen vorliegen.
Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Diabetische Nephropathie:** Diabetes-bedingte Nierenschädigung mit pathologischer Albuminausscheidung (> 30 mg/24 Stunden bzw. 20 mg/l Urin) oder pathologischer Albumin-Kreatinin-Ratio (> 30 mg Albumin/g Kreatinin) mit oder ohne Verminderung der glomerulären Filtrationsrate.
- **Diabetische Neuropathie:** Sensomotorische Polyneuropathie und/oder autonome diabetische Neuropathie.
- **Diabetische Retinopathie:** Funduskopisch nachgewiesene nicht proliferative oder proliferative diabetische Retinopathie und/oder diabetische Makulopathie..

Relevante Ereignisse

Relevante Ereignisse

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

Bitte geben Sie an, ob bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten 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 neu eingetretene Ereignisse seit der letzten Dokumentation** zu berücksichtigen.
Geben Sie bitte „Keine der genannten Ereignisse“ an, wenn zum Zeitpunkt der Erstdokumentation kein Ereignis bestanden hat oder – im Falle einer Folgedokumentation- im Zeitraum zwischen der letzten Dokumentation (Erst- oder Folgedokumentation) bis zur aktuellen Folgedokumentation kein neues Ereignis eingetreten ist.
Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nierenersatztherapie:** Hier ist die Dialyse gemeint.
- **Erblindung:** Hier ist die Erblindung im gesetzlichen Sinn mit einer verbleibenden Sehschärfe von höchstens 0,02 auf dem besseren Auge gemeint. Diese muss Folge des Diabetes sein.
- **Amputation:** Eine Amputation soll dann angegeben werden, wenn diese aufgrund eines diabetischen Fußsyndromes notwendig wurde. Hierunter sind alle Arten der Amputation, also sowohl die Zehen-, die Vorfuß- als auch die Unter- oder Oberschenkelamputation zu verstehen.
- **Herzinfarkt:** Gemeint ist hier der durch EKG und/oder biochemische Marker nachgewiesene Infarkt.
- **Schlaganfall:** Gemeint ist der primär ischämische Hirninfarkt.

Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation

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

Geben Sie bitte die Anzahl von Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation an. Eine schwere Hypoglykämie ist bei Erwachsenen durch die Notwendigkeit der Fremdhilfe, z.B. durch intravenöse Gabe von Glukose oder eine parenterale Gabe von Glukagon definiert. Bei Kindern ist eine schwere Hypoglykämie durch Bewusstlosigkeit und/oder Krampfanfall bzw. der Notwendigkeit der Fremdhilfe, um dies zu vermeiden, definiert.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis vorgekommen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus 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 notfallmäßigen vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2) notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

Medikamente

Bitte machen Sie zu jeder Wirkstoffgruppe eine Angabe. Bitte geben Sie bei einem „Nein“ - wo möglich - zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen den Wirkstoff zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig. Bei Verwendung von Kombinationspräparaten oder Kombinationstherapien geben Sie bitte jeweils die einzelnen Wirkstoffe an (z. B. „Metformin“ und zusätzlich eine Angabe bei „Sonstige antidiabetische Medikation“).
Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

Insulin oder Insulin-Analoga

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. (Bei einem Diabetes mellitus Typ 1 ist eine Insulin-Therapie Voraussetzung für eine Einschreibung und wird daher hier nicht noch einmal erfasst.) Genau eine Angabe ist zulässig. Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn eine Therapie mit Humaninsulin oder Insulin-Analoga durchgeführt wird.

Glibenclamid

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachangaben sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Glibenclamid durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von Glibenclamid zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Metformin

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachangaben sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Metformin durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von Metformin zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Sonstige antidiabetische Medikation

Diese Angabe ist nur im Rahmen einer Dokumentation zu **Diabetes mellitus Typ 2** möglich und hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist zulässig.

Glibenclamid und Metformin gehören als Monotherapie zu den vorrangig zu verordnenden oralen Antidiabetika. Sollte Ihre Patientin oder Ihr Patient andere bzw. weitere orale Antidiabetika erhalten, ist dies hier zu dokumentieren. Hierzu zählen z.B. Präparate aus der Gruppe der Alpha-Glukosidasehemmer, der Glitazone oder Glinide, der GLP-1-Rezeptoragonisten sowie Acarbose und Glimepirid.
Wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient keine sonstigen oralen Antidiabetika erhält, geben Sie bitte „Nein“ an.

Trombozytenaggregationshemmer

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend. Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird. Hierbei ist die Gabe u.a. von ASS oder Clopidogrel gemeint. Sie können auch angeben, ob eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers zurückzuführen ist und/oder eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt.
Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Betablocker

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend.
Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

ACE-Hemmer

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend.
Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmers (hierzu zählt auch der ACE-Hemmer-Husten) zurückzuführen ist und/oder die Gabe eines ARB erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** verpflichtend.
Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Thiaziddiuretika, einschließlich Chlorthalidon

Eine Angabe ist sowohl bei **Diabetes mellitus Typ 1 als auch bei Typ 2** erforderlich.
Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.
Bitte geben Sie hier an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient Thiaziddiuretika erhält. Hier ist ebenfalls die Gabe von Chlorthalidon zu erfassen.
Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von Thiaziddiuretika oder Chlorthalidon zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Schulung

Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich. Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient bereits vor ihrer bzw. seiner Teilnahme am DMP an einer Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung teilgenommen hat.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
b) Schulungsmaßnahmen, die Ihre Patientin oder Ihren Patienten durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt haben, auf der Basis eigener Entscheidungen den Diabetes und/oder die arterielle Hypertonie bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen des Diabetes und/oder der arteriellen Hypertonie zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Sofern eine Teilnahme stattgefunden hat, geben Sie bitte an, welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt wurde(n), wobei auch für beide Schulungen gleichzeitig Angaben gemacht werden können. Eine erneute Teilnahme an einer Schulung ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

Wurde vor der Einschreibung in das DMP keine Diabetes- oder Hypertonie-Schulung wahrgenommen, dokumentieren Sie dies bitte mit der Angabe „Keine“.

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Wenn Sie Ihrer Patientin oder 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) die Schulung(en) (Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung) durchgeführt werden soll(en).
Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus. In diesem Fall geben Sie bitte erneut an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) (Diabetes- und/oder Hypertonie-Schulung) empfohlen wurde.

Wurde *keine Schulung* empfohlen, geben Sie bitte „Keine“ an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten beim letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.

Bitte machen Sie sowohl zur Diabetes-Schulung als auch zur Hypertonie-Schulung genau eine Angabe.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient seit der letzten Dokumentation an einer Schulung teilgenommen, machen Sie bitte die Angabe „Ja“.

War die Teilnahme an einer Schulung innerhalb des Dokumentationszeitraums aus nachvollziehbaren Gründen nicht möglich, geben Sie hier bitte „War aktuell nicht möglich“ an. Solche Gründe können z.B. fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt der Patientin oder des Patienten oder private Gründe sein. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten.

Sollte Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patient bei der vorherigen Dokumentation mindestens eine Schulung empfohlen haben, aber die Patienten oder der Patient die empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „Nein“ an. Bitte beachten Sie: Diese Angabe kann bei wiederholter Angabe zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ an.
Die Angaben „Ja“, „War aktuell nicht möglich“ und „Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“ führen nicht zum Ausschluss der Patientin oder des Patienten aus dem Programm.
.

Behandlungsplan

HbA1c-Zielwert

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation der Patientin oder des Patienten (z.B. bestehende Folge- und Begleiterkrankungen) ist zu dokumentieren, ob der aktuell gemessene HbA1c-Wert im Rahmen der Zielvereinbarungen seit dem letzten Dokumentationstermin erreicht oder noch nicht erreicht wurde.

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachangaben sind möglich.

Die Angaben zur Netzhautuntersuchung beziehen sich ausschließlich rückblickend auf den Zeitraum seit der letzten Dokumentation, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend.
Eine Netzhautuntersuchung ist in Mydriasis in Abhängigkeit vom Risikoprofil ein- oder zweijährlich durchzuführen.

Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll die Untersuchung nach fünf Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.
Geben Sie bitte an, ob die Untersuchung seit der letzten Dokumentation “Durchgeführt“, „Nicht durchgeführt“ oder von Ihnen „Veranlasst“ wurde.

Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich.

Eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung ist mindestens erforderlich bei:
Fuß-Läsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulcera (mit oder ohne (Wund)Infektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß.

Die Angabe „Ja“ soll erfolgen, wenn eine Behandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierte Einrichtung erfolgt oder wenn Sie selbst zur Gruppe der für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Ärzte gehören und die Patientin oder den Patienten daher nicht überweisen, sondern selber behandeln.
Sollten Sie aufgrund des Vorliegens eines Diabetischen Fußsyndroms für Ihre Patientin oder Ihren Patienten eine Behandlung bzw. Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst haben, geben Sie dies bitte mit „Veranlasst“ an.

Sollte keine Behandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierte Einrichtung erfolgen, geben Sie dies bitte mit „Nein“ an.

Diabetesbezogene stationäre Einweisung

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie „Ja“ an, wenn bei Ihrer Patientin oder ihrem Patienten eine stationäre Einweisung auf Grund des Diabetes erfolgt ist. Erfolgte keine stationäre Einweisung, geben Sie bitte „Nein“ an. Sollten Sie eine stationäre Behandlung wegen des Diabetes veranlasst haben, geben Sie bitte „Veranlasst“ an.