

**Ausfüllanleitung**  
**zum diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz**  
(Seiten 2 bis 7)  
**sowie für das**  
**strukturierte Behandlungsprogramm (DMP)**  
**KHK**  
(Seiten 8 bis 13)

Stand der letzten Bearbeitung: 22.02.2023  
(diagnoseübergreifender allgemeiner Datensatz)  
Version 9.0  
gültig ab 01.10.2023

und

19.11.2020  
(indikationsspezifischer Datensatz)  
Version 6.0  
gültig ab 01.04.2021

auf Basis der mit dem BAS abgestimmten  
Ausfüllanleitungen

# 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 Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.
- Ein Ausdruck der Dokumentation kann Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten bei notwendigen Über- und Einweisungen oder auch im Notfall als Begleitinformation dienen.
- Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Feedback-Berichts, die Durchführung der Qualitätssicherung und für die Programmevaluation.

Auf Grund dieser vielfältigen Aufgaben ist es außerordentlich wichtig, die Dokumentationen sorgfältig und **vollständig** zu erstellen. Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind. Die von Ihnen eingesetzte und von der KBV zertifizierte Software unterstützt Sie dabei. Bitte berücksichtigen Sie die jeweiligen Erläuterungen Ihres Software-Anbieters.

Denken Sie bitte auch daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihren Patientinnen und Patienten jeweils einen Ausdruck des Datensatzes auszuhändigen. Der Ausdruck ist wichtig, damit Ihre Patientin bzw. Ihr Patient „ihre“ bzw. „seine“ Daten zu ihrer bzw. seiner eigenen Information, aber auch für Notdienstzwecke, Überweisungen oder ggf. für unerwartete Krankenhausaufenthalte zur Verfügung hat.

Sie, Ihre Patientinnen und Patienten und alle mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzte werden davon profitieren. Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig und plausibel erstellten Dokumentationen und Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie möglich ist.

Es gibt eine **indikationsübergreifende Dokumentation** für alle DMP außer Brustkrebs. Die Dokumentation besteht aus

- einem **allgemeinen** Teil sowie
- vier **diagnosespezifischen** Teilen (für KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale und COPD).

Durch eine indikationsübergreifende Dokumentation wird die zunehmende Multimorbidität von Patientinnen und Patienten auch in der Dokumentation besser abgebildet und der Dokumentationsaufwand insgesamt reduziert. Zudem sind die Dokumentationsdaten auf diejenigen Daten beschränkt, die für eine effektive Qualitätssicherung genutzt werden können, Aussagen zum Krankheitsverlauf ermöglichen und im Rahmen der Evaluation Anwendung finden.

Die nachstehenden Aufzählungsziffern (ab Seite 4) entsprechen der jeweils angegebenen laufenden Nummer auf der Dokumentation.

## **Hinweise zur Datenerfassung**

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 dokumentierende Ärztin bzw. 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.

### ***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
- Rheumatoide Arthritis

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 (G-BA) erfüllen. Aktuell ist eine Einschreibung in die nachstehenden DMP nicht möglich, da für diese Indikationen noch keine vertraglichen Regelungen vereinbart wurden:

- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronischer Rückenschmerz
- Depression
- Osteoporose
- Rheumatoide Arthritis

## **Übermittlung der Dokumentationsdaten**

**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 übermittelt**

**wurde.** Dabei ist sicherzustellen, dass alle drei Ausfertigungen die jeweils notwendigen Unterschriften 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.

Bitte erstellen Sie die Dokumentationen so früh wie möglich im Quartal und leiten Sie die vollständigen und plausiblen Erst- und Folgedokumentationen möglichst umgehend online (mit gesicherter Datenleitung) an die Datenstelle.

Einen Leitfaden zum Übermitteln von Dokumentationsdaten finden Sie unter <https://www.dmp-bayern.de/sicherheit/>.

Sämtliche Reminderprozesse und auch Ihre Vergütung laufen einfacher und sicherer ab, wenn die Dokumentationen bereits Mitte des Quartals in der Datenstelle vorliegen. Nur im Ausnahmefall sollten Sie die **10 Tage Übermittlungsfrist** für den Eingang der Daten in der Datenstelle plus **42 Tage Korrekturfrist** nach Ende des entsprechenden Quartals ausschöpfen. Danach ist eine Dokumentation **unwiederbringlich verfristet**.

Die Erstellung der Dokumentation muss (per Behandlungsdatum (service\_tmr) im Datensatz) unbedingt aus dem jeweiligen Quartal stammen, um auch für dieses Quartal gültig zu sein.

Die Adresse der Datenstelle lautet:

**Arbeitsgemeinschaft DMP-Datenstelle Bayern  
Postfach 21 01 40  
80671 München**

**Servicetelefon: 089 32733-2600**

(Montag bis Donnerstag 07:30 Uhr - 17:00 Uhr und Freitag 07:30 Uhr - 12:00 Uhr)

## **Administrative Daten**

### **1. 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. Sie muss daher auch für die Folgedokumentationen unverändert weitergeführt werden. Um Fehler zu vermeiden (z. B. doppelte Vergabe einer Nummer), sollte Ihr Software-Anbieter hier eindeutige Lösungen vorhalten.

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.

### **7a) Vertragsarzt-Nummer**

### **7b) 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, 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.

### **8. Krankenhaus-Institutionskennzeichen**

Dieses Feld ist für niedergelassene Ärztinnen oder Ärzte ohne Bedeutung. Es ist für den Fall vorgesehen, dass eine Einschreibung der Teilnehmer im Krankenhaus erfolgt. Das teilnehmende Krankenhaus fügt hier sein Institutionskennzeichen ein. In Bayern ist dies lediglich im DMP Brustkrebs vorgesehen.

### **9. Datum**

Dieses Datum entspricht dem „origination\_dttm“.

### **10. 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

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 diagnosebezogenen 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.

### **11. (weggefallen)**

### **12. Geschlecht**

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

## Allgemeine Anamnese- und Befunddaten

### 13. 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.

### 14. Körpergewicht

Die Angabe ist verpflichtend und erfolgt in Kilogramm als numerische Angabe ohne Kommastelle (kg).

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

### 15. 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 DMP Asthma teilnehmen, sowie bei allen Patientinnen und Patienten, die in mindestens einem der übrigen DMP eingeschrieben sind, ist eine Angabe verpflichtend.

Bei Kindern und Jugendlichen unter 11 Jahren, die an einem **DMP zu Diabetes mellitus Typ 1** teilnehmen, ist die Angabe optional. Bei allen Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 11. Lebensjahr, die an einem DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmen, ist die Angabe verpflichtend.

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.

### 16. 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.

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

18. (weggefallen)

## Behandlungsplanung

### 19. Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse

Die Angabe ist optional. Dabei sind Mehrfachnennungen möglich.

Sollte Ihre Patientin oder Ihr Patient Informationen zum Tabakverzicht, zu einer Ernährungsberatung oder auch zu körperlichem Training von seiner Krankenkasse wünschen, können Sie dies hier vermerken. Die Krankenkasse Ihrer Patientin oder Ihres Patienten wird sich daraufhin mit ihr oder ihm in Verbindung setzen.

### 20. 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.

21. (weggefallen)

### 22. Datum der Erstellung

Eine Angabe ist verpflichtend.

Hier ist das Datum relevant, an dem die Dienstleistung erbracht wurde („service\_tm“). Bitte beachten Sie dabei die **Quartalszuordnung** – die Dokumentation **muss ein Datum aus dem Quartal tragen, für das sie gültig sein soll!** Es kann durch Sie nach Abschluss der Dokumentation nicht mehr verändert werden. Das Datum aus der Kopfzeile ist für die Einschreibung nicht relevant.

Bitte bedenken Sie, dass ein Patient bereits mit dem **zweiten aufeinanderfolgend fehlenden Folgedokumentationsdatensatz** aus dem DMP **ausgeschrieben** werden muss. Er kann zwar umgehend erneut teilnehmen, doch es ist eine neue Teilnahmeerklärung des Patienten und eine neue Erstdokumentation notwendig!

# **Ausfüllanleitung**

**zum indikationsspezifischen Datensatz**

**für das strukturierte Behandlungsprogramm**

**KHK**

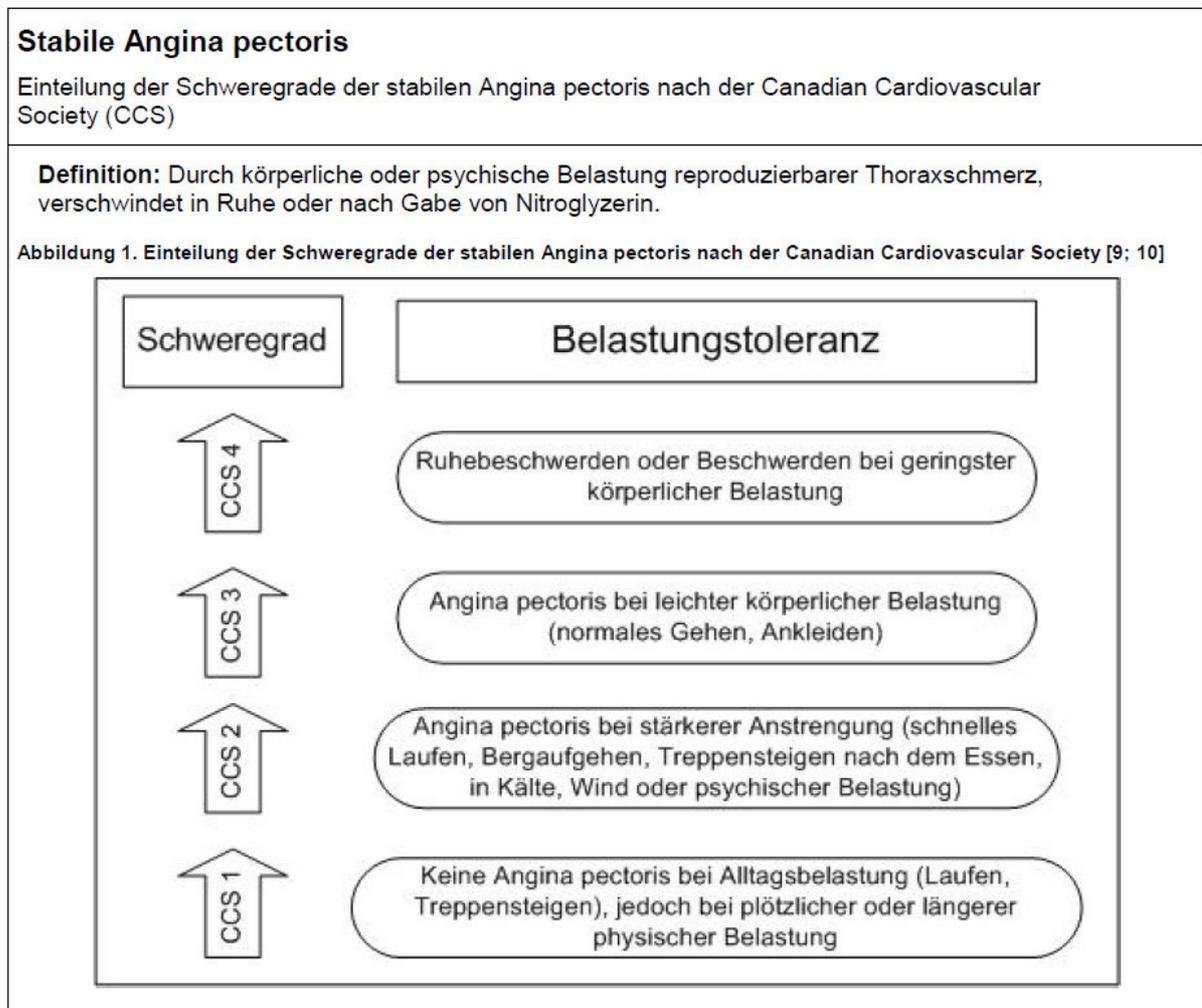
## Anamnese- und Befunddaten

### 1. Angina pectoris

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient an einer stabilen Angina pectoris leidet oder nicht. Falls eine Angina pectoris vorliegt, geben Sie bitte einen Schweregrad der Belastungstoleranz an. Die Schweregradeinteilung erfolgt dabei nach der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society (CCS). Nachstehende Grafik zeigt die CCS-Einteilung. Diese bezieht sich ausschließlich auf die stabile Angina pectoris.

Eine instabile Angina pectoris als Ausprägung des akuten Koronarsyndroms ist im Dokumentationsfeld „Relevante Ereignisse“ zu dokumentieren.



Aus: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK – Langfassung, 2. Auflage, Version 1, 2013.

## 2. (weggefallen)

### 2a) LDL-Cholesterin

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Bitte geben Sie entweder den Wert in mmol/l mit genau einer Nachkommastelle **oder** den Wert in mg/dl ohne Nachkommastelle ein. Wurde das LDL-Cholesterin nicht untersucht, geben Sie bitte „Nicht bestimmt“ an.

## Relevante Ereignisse (in der Vergangenheit oder seit letzter Dokumentation)

### 3. Relevante Ereignisse

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

Bitte geben Sie an, ob bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eines oder mehrere der aufgeführten Ereignisse (Herzinfarkt / Instabile Angina pectoris / Schlaganfall) eingetreten ist bzw. sind.

Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Erstdokumentation**, sind hier alle bereits stattgefundenen Ereignisse aus der Vergangenheit einzubeziehen.

Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation**, sind jeweils nur seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation keines der aufgeführten Ereignisse stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „Nein“ an.

### 3a) Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Dieses Feld dient der Erfassung, ob ein Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate aufgetreten ist oder nicht.

Bitte geben Sie „Ja“ nur dann an, wenn bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten **innerhalb der letzten 12 Monate vor Erstellung der Dokumentation** der Herzinfarkt aufgetreten ist. Sollte innerhalb der letzten 12 Monate kein Herzinfarkt aufgetreten sein, geben Sie hier bitte „Nein“ an.

## 4. (weggefallen)

## 5. Ungeplante stationäre Behandlung wegen KHK 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 ungeplanten vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund der KHK erfolgt sind.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein ungeplanter stationärer Aufenthalt notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

## Medikamente

Die medikamentöse Therapie bei der KHK verfolgt zum einen das Ziel der Reduktion der Gesamtsterblichkeit und der kardiovaskulären Morbidität (besonders das Vermeiden der Progression der KHK, von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz) durch eine prognoseverbessernde Therapie. Zum anderen soll eine Verbesserung der Lebensqualität durch eine symptomatische Therapie erreicht werden. Dazu zählen unter anderem eine verbesserte Belastbarkeit sowie eine Linderung krankheitsbedingter Beschwerden, wie etwa Angina pectoris und Luftnot.

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Komorbiditäten und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Behandlung der KHK verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit in randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) nachgewiesen wurde.

Bitte machen Sie zu jedem Medikament eine Angabe.

Bitte geben Sie bei „**Nein**“ – wo möglich – zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Die Angaben „**Nein**“ und „**Kontraindikation**“ sind gemeinsam möglich. Diese Angaben sind für die Qualitätssicherung notwendig.

Die Angaben für die **Folgedokumentation** können – je nach Praxissoftware – direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

## 6. Thrombozytenaggregationshemmer

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

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

## **7. Betablocker**

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 eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## **8. ACE-Hemmer**

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 eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmers besteht (z. B. ACE-Hemmer bedingter Husten) und/oder die Verordnung eines ARB erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## **9. (weggefallen)**

### **9a) Aktuelle Statin-Dosis**

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Wird eine Statin-Therapie durchgeführt, geben Sie bitte die aktuelle Statin-Dosis entsprechend der folgenden Tabelle mit „Hoch“ oder „Moderat“ oder „Niedrig“ an.

Erfolgt keine Statin-Therapie, geben Sie bitte „Kein Statin“ an. Bitte geben Sie „Kein Statin“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins zurückzuführen ist. In diesem Fall ist eine Angabe zu Feld „Aktuelle Therapiestrategie Statin“ nicht zulässig.

Nachstehende Tabelle zeigt die Einordnung der entsprechenden Statin-Dosis in diese Kategorien.

Tabelle: Übersicht Statindosierungen (aus: Tragende Gründe 18. Änd. DMP-A-RL)

Intensität	Statin und Dosierung
Niedrig (relative LDL-Reduktion < 30%)	Lovastatin 20 mg Pravastatin 10-20 mg Simvastatin 10 mg
Moderat (relative LDL-Reduktion 30 - 49%)	Atorvastatin 10-20 mg Rosuvastatin 5-10 mg Simvastatin 20-40 mg Pravastatin 40-80 mg Lovastatin 40 mg
Hoch (relative LDL-Reduktion ≥ 50%)	Atorvastatin 40-80 mg Rosuvastatin 20-40 mg

### 9b) Aktuelle Therapiestrategie Statin

Genau eine Angabe zu diesem Feld ist nur dann erforderlich und zulässig, wenn im Feld „Aktuelle Statin-Dosis“ die Angabe „Hoch“ oder „Moderat“ oder „Niedrig“ erfolgt ist.

Bei der Verordnung von Statinen wird empfohlen, dass entweder eine feste Hochdosis-therapie (unabhängig vom LDL-Wert) oder eine Zielwert-Strategie gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart werden.

Bei der **Hochdosis-Strategie** sollte allen Patientinnen und Patienten mit KHK eine feste Hochdosis-Statintherapie empfohlen werden, sofern keine Kontraindikationen bestehen. Mit der **Zielwert-Strategie** soll der LDL-Wert auf den Zielwert <70 mg/dl (<1,8 mmol/l) gesenkt werden oder – wenn der LDL-Ausgangswert zwischen 70 und 135 mg/dl (1,8 und 3,5 mmol/l) liegt – eine mindestens 50%ige Reduktion erzielt werden.

Bitte geben Sie an, welche Strategie Sie gemeinsam mit Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten für die Therapie mit einem Statin vereinbart haben. Sollten Sie mit Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten keine Strategie vereinbart haben, geben Sie bitte „**Keine Strategie vereinbart**“ an.

### 9c) Grund für moderate und niedrige Statin-Dosis

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig, wenn im Feld „Aktuelle Statin-Dosis“ die Angabe „Moderat“ oder „Niedrig“ erfolgt ist.

Bitte geben Sie den Grund für eine moderate oder niedrige Statin-Dosis an.

Befindet sich Ihre Patientin oder Ihr Patient aktuell in der Aufdosierungsphase, sodass noch keine Hochdosisgabe möglich ist, geben Sie bitte „**Aufdosierungsphase**“ an.

Ist der LDL-Zielwert aktuell bereits erreicht, geben Sie bitte „**LDL-Zielwert erreicht**“ an.

Besteht eine Kontraindikation gegen eine Statinhochdosis, geben Sie bitte „**Kontra-indikation gegen Hochdosis**“ an. Dies gilt auch für Unverträglichkeiten.

Wird eine Hochdosistherapie durch Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten abgelehnt, geben Sie bitte „**Ablehnung durch Patienten**“ an.

Trifft keine der genannten Antworten zu, geben Sie bitte „**Keine Begründung**“ an.

10. (weggefallen)

## **Schulung**

### **10a) Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen**

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Erstdokumentation** möglich und ist hier verpflichtend. Genau eine Angabe ist erforderlich.

Bei der **Folgedokumentation** ist hier keine Angabe zulässig.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient bereits vor Einschreibung in das DMP an einer KHK-relevanten Schulung teilgenommen hat. Die Angabe „Ja“ soll nur erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Einschreibung von einem hinreichenden Schulungsstand der Patientin oder des Patienten auszugehen ist. Bei einer KHK-relevanten Schulung kann es sich um eine Diabetes-Schulung, eine Hypertonie-Schulung, eine Antikoagulations-Schulung oder eine KHK-spezifische Schulung handeln.

Gemeint sind hierbei folgende Schulungsmaßnahmen:

- a) akkreditierte und für das DMP zugelassene Schulungen, sowie
- b) Schulungsmaßnahmen, die die Patientin oder den Patienten durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung in die Lage versetzt haben, auf der Basis eigener Entscheidungen die KHK bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren, akute oder langfristige negative Konsequenzen der KHK oder der Begleiterkrankung(en) zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten. Hierzu zählen neben einer KHK-spezifischen Schulung auch Schulungen zu Diabetes oder eine Hypertonie-Schulung oder auch eine Schulung zu Antikoagulantien.

Eine erneute Teilnahme an einer KHK-relevanten Schulung im Rahmen des DMP ist dadurch NICHT ausgeschlossen!

### **11. Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)**

Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

Wenn Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten **aktuell (am Tage der Konsultation)** die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte „Ja“ an. Es kann sich hier um eine Diabetes-Schulung, eine Hypertonie-Schulung, eine Anti-

koagulations-Schulung oder eine KHK-spezifische Schulung handeln, soweit diese in der Vertragsregion vereinbart sind.

Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie bitte die Empfehlung erneut aus. In diesem Fall geben Sie hier bitte ebenfalls „Ja“ an.

Sollten Sie keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „Nein“ an.

## 12. Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf die Schulung(en), die Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten **beim letzten Dokumentationstermin empfohlen** haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und verpflichtend. Genau eine Angabe ist erforderlich und zulässig.

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.

Sollten Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten bei der vorherigen Dokumentation mindestens eine Schulung empfohlen haben, aber die Patientin 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 dies bitte mit „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.

## Behandlungsplanung

13. (weggefallen)

13a) (weggefallen)

14. (weggefallen)

## 15. Regelmäßiges sportliches Training

Mindestens eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Alle Patientinnen und Patienten sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden. Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spazierengehen) und sportliches Training. Diese Interventionen sollen so ausgerichtet sein, dass die Patientinnen und Patienten motiviert sind, das erwünschte Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren. Planung und Intensität der körperlichen Aktivität sind an die individuelle Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten anzupassen.

Allen Patientinnen und Patienten, insbesondere denjenigen mit erhöhtem Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung (z. B. Z. n. akutem Koronarsyndrom (ACS) < 12 Monate, Z. n. ICD/CRT Implantationen, LVEF  $\leq$  40%), soll die Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen unter Berücksichtigung der Gesamtsituation empfohlen werden.

Bei stabiler kardiovaskulärer Erkrankung (niedriges Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung) soll moderates bis anstrengendes aerobes Training für mindestens 2 Stunden in der Woche empfohlen werden. Dies kann auf tägliche Bewegungseinheiten von mindestens 30 Minuten Dauer (z. B. zügiges Gehen) verteilt werden. Zusätzlich soll mindestens 2x wöchentlich Krafttraining durchgeführt werden.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient regelmäßiges sportliches Training betreibt. Sollte aus einem für Sie **nachvollziehbaren Grund** regelmäßiges sportliches Training nicht möglich sein (z. B. aufgrund einer Komorbidität), geben Sie hier bitte „Nicht möglich“ an. Geben Sie bitte „Nein“ an, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient sportlich nicht aktiv ist und dafür keine nachvollziehbaren Gründe bestehen.