

Disease-Management-Programme

Achtung! Änderungen in den DMP-Dokumentationen zum Diabetes mellitus Typ 1 und 2 und KHK

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde bereits 2011 beauftragt, Rahmenbedingungen für DMP per Richtlinien festzulegen. Daraus ergaben sich einige Änderungen – vor allem in den Dokumentationen – welche seit dem 01.07.2015 umzusetzen sind.

Wichtigste Änderungen im Überblick:

Abschnitt	DMP Diabetes mellitus, Typ 1 und 2	DMP KHK
Anamnese und Befunddaten	<ul style="list-style-type: none"> – statt Kreatinin nun eGFR-Angabe – Prüfung der Injektionsstellen 	<ul style="list-style-type: none"> – Angina pectoris Beschwerden nach CCS-Grad – LDL-Werte
Medikation	<ul style="list-style-type: none"> – orale Antikoagulation – AT1- Antagonisten – Thiaziddiuretika 	<ul style="list-style-type: none"> – orale Antikoagulation – AT1- Antagonisten
Behandlungsplanung	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit letzter Dokumentation	

I. DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Verzichtet wird auf die Dokumentation des Kreatininwertes. Stattdessen soll auf Grundlage des bekannten Kreatininwertes die eGFR ermittelt und dokumentiert werden. Die eGFR, die eine Schätzung der Filtrationsrate unter Kenntnis des Serum-Kreatininwertes leistet, soll mindestens einmal jährlich bestimmt werden. Sie ist in jeder Dokumentation einzutragen (Pflichtfeld), ggf. reicht der Eintrag „Nicht bestimmt“. Als neuer Qualitätsindikator wird in den künftigen Feedback-Berichten der Indikator „Anteil der Patienten mit jährlicher Bestimmung der eGFR“ ausgewiesen.

Neu aufgenommen wurde die Prüfung der Insulininjektionsstellen, die bei jedem Besuch des Patienten erwartet wird. Bei Patienten, die oral antidiabetisch eingestellt sind, ist die Antwort „nicht untersucht“ anzugeben.

Was die augenärztlichen Untersuchungen betrifft, muss in den DMP-Folgedokumentationen angegeben sein, inwiefern eine „ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit letzter Dokumentation“ erfolgt ist. Mit dieser zeitlichen Spezifikation wird es künftig auswertungstechnisch leichter fallen, die Einhaltung zeitraumbezogener Untersuchungsintervalle nachzuhalten und beispielsweise in den Feedback-Berichten für die beteiligten Praxen zurückzumelden. Denn die augenärztlichen Kontrolluntersuchungen werden bei Typ 1 Diabetikern auch künftig als Qualitätsindikator in den Feedback-Berichten für die beteiligten Praxen Berücksichtigung finden. Die bisherigen Ausprägungen zum Abschnitt „Zielvereinbarung HbA1c-Zielwert“ wurden dahingehend geändert, dass nun präziser anzugeben ist, ob der „Zielwert erreicht“ oder eben dieser „Zielwert noch nicht erreicht“ ist.

Schließlich wird die Zusammenführung der Datenfelder „Einweisung und Überweisung“ wieder getrennt, wobei zwischen der „Diabetesbezogene(n) stationäre(n) Einweisung“ und der „Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung“ unterschieden wird. Jede aus anderen Gründen vorgenommene Überweisung, z. B. zur diabetologischen Schwerpunktpraxis, entfällt somit aus der Dokumentationsverpflichtung.

Ersatzlos verzichtet wird sowohl in den DMP Diabetes mellitus wie in dem DMP KHK auf das Datenfeld „Nächste Dokumentationserstellung geplant am“. Das genaue Datum ist für die begleitende Qualitätssicherung ohnehin von eingeschränktem Wert. Entscheidend ist nach wie vor jedoch, ob die Patienten in dem vorgesehenen dreimonatigen oder sechsmonatigen Intervall, das auf der Dokumentation weiterhin anzugeben ist, einbestellt werden und dieser Einladung tatsächlich folgen.

Auch die orale Antikoagulation ist in der Dokumentation als Alternative vorgesehen. Konsequenterweise werden auch die zur ACE-Hemmer-Verordnung alternativen AT1-Rezeptorantagonisten als Alternative berücksichtigt. Zusätzlich werden auch die Thiaziddiuretika (einschließlich Chlorthalidon) genannt. Dementsprechend entfällt das Datenfeld „sonstige antihypertensive Medikation“ in den beiden Diabetesprogrammen.

II. DMP KHK

Nach der G-BA-Richtlinie muss mindestens einmal pro Jahr der LDL-Wert bestimmt werden.

Schließlich wird vorgesehen, zur Beschreibung der funktionellen Beeinträchtigung der betreffenden Patienten die Schweregradeinteilung der stabilen Angina-pectoris-Symptomatik gemäß der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society (CCS) zu verwenden. Die Einschätzung der aktuellen Belastungstoleranz muss in jeder DMP-Dokumentation bei KHK-Patienten mit einer Angina-pectoris-Symptomatik dokumentiert werden. Auf Basis der CCS-Klassifikation wurde ein neuer Qualitätsindikator in die Feedback-Berichte des DMP KHK eingeführt. Er heißt: „Niedriger Anteil von KHK Patienten mit Angina pectoris Beschwerden“.

Im Bereich Medikation wird von jetzt an die Gruppe der „AT1-Antagonisten“ aufgeführt. Dies ist besonders wichtig, da für Patienten mit Herzinsuffizienz die Gabe von ACE-Hemmern als Qualitätsindikator gemessen und der Anteil von Patienten, die entsprechend auf diesen Wirkstoff eingestellt wurden, regelmäßig im Feedback-Bericht zurückgemeldet wird. Eine weitere medikationsbezogene Modifikation betrifft die ärztlicherseits seit Jahren geforderte Aufnahme der „oralen Antikoagulation“. Damit lässt sich das Interventionspektrum etwas vollständiger darlegen.

Im DMP KHK wird wieder unterschieden, ob die Patienten stationär eingewiesen oder zur Mitbetreuung innerhalb des ambulanten Versorgungssystems überwiesen werden.

Ebenfalls wird im Feld „Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention“ nun wieder eine percutane Intervention (PCI) oder eine Bypass-OP als Interventionsverfahren explizit aufgeführt. Handelt es sich um eine Erstdokumentation, sind entsprechende Interventionen aus der Vergangenheit einzubeziehen. Erfolgt die Angabe dagegen im Rahmen einer Folgedokumentation, sind jeweils nur die seit der letzten Dokumentation durchgeführten Interventionen zu berücksichtigen.

Außerdem wird in allen DMP die Indikation Schlaganfall den relevanten Ereignissen zugeordnet und aus dem Bereich der „Begleiterkrankungen“ entfernt.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Jana Schröder, Telefon 03643 559-745
Christiane Maaß, Telefon 03643 559-720