

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für die strukturierten Behandlungsprogramme**  
**Diabetes mellitus Typ 1 und 2**

Stand der letzten Bearbeitung: 07.04.2008  
Version 3.1

# Anamnese- und Befunddaten

## HbA1C-Wert

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier den Echtwert, also den laut Labor bei Ihrem Patienten gemessenen Wert, in Prozent mit einer Stelle hinter dem Komma an.

## Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

Eine Angabe ist erforderlich.

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.

Wenn dieser Wert nicht untersucht wurde, ist hier zur Vollständigkeit eine Angabe bei „nicht untersucht“ zu machen.

## Fußstatus

Die jeweiligen Angaben zu den Fragekomplexen „Pulsstatus“, „Sensibilitätsstörung“ und „Fußstatus“ sind nur dann verpflichtend, wenn Ihr Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat. Bei jüngeren Patienten ist die Angabe optional.

### Pulsstatus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob der Pulsstatus auffällig oder unauffällig ist.

Sollten Sie den Pulsstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht erhoben“.

### Sensibilitätsprüfung

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an, ob die Sensibilitätsprüfung auffällig oder unauffällig ist.

Eine Sensibilitätsstörung liegt vor, wenn die den Fuß schützenden Empfindungsqualitäten eingeschränkt sind (Nachweis z.B. durch Monofilament oder Stimmgabeltest).

Sollten Sie die Sensibilitätsprüfung nicht durchgeführt haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht durchgeführt“.

### Fußstatus

Geben Sie bitte bei allen Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zunächst an, ob der Fußstatus auffällig oder unauffällig ist. Unter einem „auffälligen Fußstatus“ werden angiologische, neuropathische und/oder osteoarthropatische Auffälligkeiten nach der Gradeinteilung von Wagner/Armstrong (siehe unten) verstanden. Sollten Sie den Fußstatus nicht erhoben haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „nicht erhoben“.

Sollte an beiden Füßen eine Schädigung vorliegen, muss nur der schwerer betroffene Fuß dokumentiert werden.

Das Vorliegen von nicht-diabetischen Veränderungen, z.B. angeborene Fußdeformitäten, ist als „unauffällig“ zu dokumentieren.

Sollte eine Amputation vorliegen und ist der Restfuß bzw. Stumpf angiologisch-neuropathisch unauffällig und reizlos, ist dies ebenfalls als „unauffällig“ zu dokumentieren.

**Bei auffälligem Fußstatus sind weitere Angaben nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation vorzunehmen** Je nach Praxissoftware können Sie die Klassifikationsangabe durch Anklicken des jeweiligen Tabellenfeldes direkt in die Dokumentation übernehmen.

	0	1	2	3	4	5
A	Prä- oder postulcerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

Validation of a Diabetic Wound Classification System. Armstrong et al. Diabete Care 21:855 (1998)  
The dysvascular foot. A system of diagnosis and treatment. Wagner. Foot and Ankl 2:64 (1981)

## Spätfolgen

Die Angabe ist optional. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.  
Machen Sie bitte hier eine Angabe, wenn bei Ihrem Patienten eine oder mehrere der aufgeführten Spätfolgen vorliegen.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nephropathie:** Diabetes-bedingte Nierenschädigung mit erhöhter Albuminausscheidung (> 30 mg/24 Stunden bzw. 20 mg/l Urin) und/oder eine Verminderung der glomerulären Filtrationsrate.
- **Diabetische Neuropathie:** Sensomotorische Polyneuropathie und/oder autonome diabetische Neuropathie.
- **Diabetische Retinopathie:** Diese liegt vor, wenn es aufgrund des Diabetes zu einer Schädigung der Netzhautgefäße gekommen ist und diese funduskopisch nachgewiesen wurde. Zu berücksichtigen sind nicht-proliferative und proliferative Retinopathie sowie eine Makulopathie.

## Relevante Ereignisse

### Relevante Ereignisse

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind dabei möglich.  
Bitte geben Sie an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit 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 Ereignisse seit der letzten Dokumentation zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation kein solches Ereignis stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „keines der genannten Ereignisse“ an.

Zur Erläuterung der Erkrankungen:

- **Nierenersatztherapie:** Hier ist die Dialyse zu dokumentieren.
- **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 Fußes 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.

### **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 Aufenthalte wegen Nichterreichens des HbA1c-Wertes seit der letzten Dokumentation**

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation bei Diabetes mellitus Typ 1** möglich und ist hier verpflichtend.

Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund eines Nichterreichens des angestrebten HbA1c-Wertes notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

### **Stationäre notfallmäßigen Behandlungen 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 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 jedem Medikament eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „nein“ - wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

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**

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie an, ob 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.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Glibenclamid durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe von Glibenclamid besteht. 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. Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Metformin durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe von Metformin besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## **Sonstige orale antidiabetische Medikation**

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

Glibenclamid und Metformin gehören als Monotherapie zu den vorrangig zu verordnenden oralen Antidiabetika. Sollte Ihr Patient andere bzw. weitere orale Antidiabetika erhalten, ist dies hier zu dokumentieren. Hierzu zählen z.B. Präparate aus der Gruppe der Alphaglucosidase-Hemmer, der Glitazone oder Glinide sowie Acarbose und Glimepirid.

Wenn Ihr Patient keine sonstigen oralen Antidiabetika erhält, geben Sie bitte „nein“ an.

## **Trombozytenaggregationshemmer**

Eine Angabe ist erforderlich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird. Hierbei ist die Gabe von ASS oder Clopidogrel gemeint. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## **Betablocker**

Eine Angabe ist erforderlich.

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.

## ACE-Hemmer

Eine Angabe ist erforderlich.

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. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

Eine Angabe ist erforderlich.

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

## Sonstige antihypertensive Medikation

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier an, ob Ihr Patient andere oder weitere Medikamente zur Behandlung einer Hypertonie erhält. Hierzu zählen z.B. AT-1-Antagonisten oder Diuretika.

## Schulung

### Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich.

Wenn Sie 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) durchgeführt werden soll(en).

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

### Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

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

Bitte machen Sie zu jeder Schulung eine Angabe.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch an.

Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

# Behandlungsplan

## Zielvereinbarung HbA1c

Eine Angabe ist erforderlich.

Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten (z.B. bestehende Folge- und Begleiterkrankungen) ist zu dokumentieren, ob der aktuell gemessene HbA1c-Wert im Rahmen der Zielvereinbarungen bis zum nächsten Dokumentationstermin gehalten, gesenkt oder (in seltenen Fällen) angehoben werden soll.

## Ophthalmologische Netzhautuntersuchung

Eine Angabe ist erforderlich.

Diese ist mindestens einmal jährlich durchzuführen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte die jährliche Untersuchung spätestens nach fünf Jahren Diabetesdauer, grundsätzlich jedoch ab dem 11. Lebensjahr erfolgen.

Geben Sie bitte an, ob die Untersuchung bereits durchgeführt oder von Ihnen veranlasst wurde.

## Diabetesbezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst

Mindestens eine Angabe ist erforderlich, Mehrfachnennungen sind möglich

Sollten Sie für Ihren Patienten im Zusammenhang mit seiner Diabeteserkrankung eine Über- oder Einweisung ausgestellt haben, geben Sie dies bitte hier an.