

Ausfüllanleitung
zum indikationsspezifischen Datensatz
für das strukturierte Behandlungsprogramm
KHK

Stand der letzten Bearbeitung: 07.04.2008
Version 3.1

Anamnese- und Befunddaten

Angina pectoris

Eine Angabe ist verpflichtend.

Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient an Angina pectoris leidet oder nicht. Bitte geben Sie dabei die Art der Schmerzen an.

Eine Differenzierung der beiden Schmerzformen können Sie der nachstehenden Tabelle entnehmen.

	Typische Angina pectoris	Atypische Angina pectoris
Lokalisation	Linksthorakale bzw. retrosternale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm	lokalisiert z.B. Magen oder Pleura
Auslösung	durch Belastung ausgelöst	durch Belastung ausgelöst
Schmerzsymptomatik	von kurzer Dauer, Besserung auf Nitrate	von kurzer Dauer, Besserung auf Nitrate

Serum-Elektrolyte¹

Bei einer Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist die Angabe verpflichtend.

Liegt bei Ihrem Patienten neben der KHK auch noch eine Herzinsuffizienz vor und nimmt Ihr Patient daher an dem Modul „Herzinsuffizienz“ teil, sollten in halbjährlichen Abständen die Serum-Elektrolyte (Natrium, Kalium) bestimmt werden. Bitte geben Sie hier an, ob die Bestimmung erfolgt ist oder nicht.

Relevante Ereignisse

Akutes Koronarsyndrom

Eine Angabe ist verpflichtend.

Sollte bei Ihrem Patient in der Vergangenheit ein akutes Koronarsyndrom - also ein ST-Hebungsinfarkt, ein Nicht-St-Hebungsinfarkt oder eine instabile Angina pectoris – aufgetreten sein, geben Sie dies bitte hier an. Die Befunde können aus der Patientenakte oder einem Krankenhausbericht entstammen.

Handelt es sich bei zu erstellenden Dokumentation um eine **Erstdokumentation**, sind hier Ereignisse aus der Vergangenheit einzubeziehen.

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

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation kein akutes Koronarsyndrom stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „nein“ an.

¹ Text gilt erst ab der Einführung des Moduls Herzinsuffizienz

Diagnostische und / oder koronartherapeutische Intervention

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind hier möglich.

Geben Sie bitte hier an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eine diagnostische oder therapeutische Intervention erfolgt ist. Zu den diagnostischen Interventionen gehört u.a. die Koronarangiografie. Zur koronartherapeutischen Interventionen gehören z.B. eine Stent-Anlage oder eine Bypass-Operation.

Handelt es sich bei der zu erstellenden Dokumentation um eine **Erstdokumentation**, sind hier Interventionen aus der Vergangenheit einzubeziehen.

Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation**, sind jeweils nur seit der letzten Dokumentation durchgeführten Interventionen zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation keine Intervention erfolgt sein, geben Sie bitte „keine“ an.

Stationäre notfallmäßige Behandlungen 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 vollstationären Aufenthalte an, die seit der letzten Dokumentation auf Grund der KHK oder einer Herzinsuffizienz 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 Angaben sind 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.

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-Hemmer 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 Medikation

Eine Angabe „ja“ oder „nein“ ist erforderlich.

Sollte Ihr Patient andere oder weitere Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder einer arteriellen Hypertonie erhalten, geben Sie dies bitte hier an. Hierzu zählen z.B. AT-1-Antagonisten, Nitrate (einschließlich Nitro-Sprays) 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

Eine Angabe ist erforderlich.

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten bei dem 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 jeweils an.

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

Behandlungsplan

KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner KHK zu einem anderen Arzt oder in eine stationäre Einrichtung überwiesen oder eingewiesen haben.

Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „nein“ an.

Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen

Nur bei der Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist hier eine Angabe erforderlich.

Liegt bei Ihrem Patienten neben der KHK auch noch eine Herzinsuffizienz vor und nimmt Ihr Patient daher an dem Modul „Herzinsuffizienz“ teil, kann eine regelmäßige Gewichtskontrolle sinnvoll sein. Bitte geben Sie hier entweder an, ob Sie eine solche Gewichtskontrolle empfohlen haben oder nicht oder ob Sie diese für nicht erforderlich halten.