Ausfüllanleitung

zum indikationsspezifischen Datensatz

für die strukturierten Behandlungsprogramme

Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Stand der letzten Bearbeitung:	22.01.2026
	Version 8.0
Anzuwenden ab:	01.10.2026

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 Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) muss jährlich erfolgen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll die Untersuchung nach fünf Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem elften Lebensjahr erfolgen.
Als pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio ist ein Wert größer 30 mg/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.

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

Bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll spätestens nach fünf Jahren Diabetesdauer, bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 unabhängig von der Diabetesdauer, regelmäßig mindestens einmal jährlich eine Inspektion und Palpation beider Füße hinsichtlich Hautstatus, Muskelatrophie, Deformitäten, und Temperatur sowie die Untersuchung des Schuhwerks erfolgen. Es soll auch nach Hyperkeratosen, Mykosen und Fußdeformitäten gesucht werden.

Die jeweiligen Angaben zu den Fragekomplexen „Pulsstatus“, „Sensibilitätsprüfung“, „Weiteres Risiko für Ulkus“, „Ulkus“ 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 Ulkus“, „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“ nur dann 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“ nur dann an, wenn eine Sensibilitätsprüfung an beiden Füßen nicht durchgeführt wurde.

Weiteres Risiko für Ulkus

Geben Sie bitte **bei allen Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben**, an, ob ein weiteres Risiko für die Entstehung eines Ulkus besteht. Hierzu zählen die Fußdeformität,

die Hyperkeratose mit Einblutung, der Zustand nach einem vorherigen Ulkus, und auch der Zustand nach einer Amputation (z. B. des Vorfußes). Mehrfachnennungen sind möglich.

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 Ulkus besteht.

Bitte geben Sie „nicht untersucht“ nur dann an, wenn **die Untersuchung** auf Ulkus-Risiken **an beiden Füßen nicht durchgeführt wurde**.
Wenn die Angabe „nicht untersucht“ oder „nein“ erfolgt ist, kann keine weitere Angabe gemacht werden.

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“ nur dann 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)

Zur Vermeidung von Gewebeveränderungen (z. B. Lipohypertrophie), die die Insulinresorption nachhaltig beeinflussen, ist auf einen ausreichenden Wechsel der Insulin-Injektionsstellen zu achten.

Die Angabe zu den Injektionsstellen 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 sechs Monate
sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Risiken wie Fußdeformitäten (ggf. infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z. n. Ulkus, Z. n. Amputation	alle drei Monate oder häufiger

Bitte geben Sie an, ob Sie beabsichtigen, die nächste Fußinspektion „Jährlich“, „alle sechs Monate“ oder „alle drei Monate oder häufiger“ durchzuführen. Das Untersuchungsintervall kann von dem Dokumentationsintervall 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 (2 %) auf dem besseren Auge oder einer Störung des Sehvermögens, die dieser Beeinträchtigung gleichkommt, gemeint. Diese muss Folge des Diabetes sein.
- **Amputation:** Eine Amputation soll dann angegeben werden, wenn diese aufgrund eines diabetischen Fußsyndroms notwendig wurde. Hierunter sind alle Arten der Amputation an den unteren Extremitäten, 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 z. B. 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 die Zahl „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 aufgrund eines Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2) notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte die Zahl „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.
Eine Metformin-Monotherapie ist bei Diabetes mellitus Typ 2 Mittel der ersten Wahl bei den zu verordnenden Antidiabetika.

Patientinnen und Patienten mit unzureichender Kontrolle eines Diabetes mellitus Typ 2 und Vorliegen einer manifesten kardiovaskulären Erkrankung, die bereits mit Medikamenten zur Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren behandelt werden, sollen darüber hinaus eine Kombinationstherapie aus Metformin plus Liraglutid (GLP-1-Rezeptoragonist) oder Empagliflozin (SGLT2-Inhibitor) erhalten, wenn Patientinnen und Patienten nach Abwägung der Wirkungen und Nebenwirkungen dazu bereit sind.
Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (Linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %) sollten primär, d. h. unabhängig vom HbA1c-Wert und zusätzlich zur Standardtherapie, eine Kombinationstherapie aus Metformin plus Dapagliflozin, nachrangig Metformin plus Empagliflozin, erhalten.

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.

Metformin

Eine Metformin-Monotherapie ist Mittel der ersten Wahl bei den zu verordnenden Antidiabetika.

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

Metformin als Monotherapie ist Mittel der ersten Wahl bei den zu verordnenden Antidiabetika. Sollte Ihre Patientin oder Ihr Patient wegen Nichterreichung des individuellen Therapiezieles unter Metformin-Monotherapie andere bzw. weitere Antidiabetika erhalten, ist dies hier zu dokumentieren. Hierzu zählen z. B. Präparate aus der Gruppe der Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid, Glitazone), der Alpha-Glukosidasehemmer oder Acarbose.
Nicht dazu zählen SGLT2-Inhibitor und GLP-1-Rezeptoragonist. Diese werden gesondert erfragt.

Wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient keine der vorstehend genannten Antidiabetika erhält oder aber SGLT2-Inhibitor bzw. GLP-1-Rezeptoragonist einnimmt, geben Sie bitte „Nein“ an. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

SGLT2-Inhibitor

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

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit einem SLGT2-Inhibitor (z. B. Empagliflozin, Dapagliflozin) durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von SLGT2-Inhibitoren zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

GLP-1-Rezeptoragonist

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

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit einem GLP-1-Rezeptoragonist (z. B. Liraglutid) durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „Nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe von GLP-1-Rezeptoragonisten zurückzuführen ist. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

Thrombozytenaggregationshemmer

Grundsätzlich sollen alle Patientinnen und Patienten mit makroangiopathischen Erkrankungen (z. B. kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen) Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

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.

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, für 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 Patienten bei der vorherigen Dokumentation mindestens eine Schulung empfohlen haben, aber Ihre Patientin oder Ihr Patient die empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, geben 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 Ihrer Patientin oder Ihres Patienten aus dem Programm.

Behandlungsplanung

HbA1c-Zielwert

Genau eine Angabe ist erforderlich.

Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation Ihrer Patientin oder Ihres 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. Mehrfachnennungen 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 Ärztinnen oder Ärzte gehören und Ihre Patientin oder Ihren 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.