

### Anlage Dokumentationsdaten

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Asthma zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden

#### Anlage 2 DMP-A-RL Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
<b>Administrative Daten</b>		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9- bzw. 7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/ COPD/ chronische Herzinsuffizienz/ chronischer Rückenschmerz/ Depression/ Osteoporose
11	(weggefallen) <sup>12</sup>	
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich/Unbestimmt/Divers
<b>Allgemeine Anamnese- und Befunddaten</b>		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck <sup>3</sup>	mm Hg
16	Raucher <sup>4</sup>	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/ Diabetes mellitus/KHK/AVK/Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen
<b>Behandlungsplanung</b>		
18	(weggefallen)	
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/ Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	

<sup>1</sup> (weggefallen)

<sup>2</sup> (weggefallen)

<sup>3</sup> Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen

<sup>4</sup> Diese Angabe ist ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend und bei jüngeren Kindern nur optional auszufüllen.

## Anlage 10 DMP-A-RL Asthma bronchiale - Dokumentation

<b>Asthma bronchiale - Dokumentation</b>		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
<b>Anamnese- und Befunddaten</b>		
1	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit von Asthma- Symptomen tagsüber <sup>1</sup>	Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine
1a	In den letzten vier Wochen: Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation <sup>4</sup>	Häufiger als 2 mal wöchentlich/2 mal wöchentlich/1 mal wöchentlich/< 1 mal wöchentlich/Keine
2a	In den letzten vier Wochen: Einschränkung von Aktivitäten im Alltag wegen Asthma bronchiale	Ja/Nein
2b	In den letzten vier Wochen: Asthmabedingte Störung des Nachtschlafes	Ja/Nein
2c	Aktueller FEV <sub>1</sub> -Wert (mindestens alle zwölf Monate)	X Prozent des Soll-Wertes/Nicht durchgeführt
<b>Relevante Ereignisse</b>		
3	Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation <sup>2</sup>	Anzahl
<b>Medikamente</b>		
4	Inhalative Glukokortikosteroide	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/ Kontraindikation
5	Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/ Kontraindikation
6	Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/ Kontraindikation
6a	Systemische Glukokortikosteroide	Bei Bedarf/Dauermedikation/Keine/ Kontraindikation
7	Sonstige asthmaspezifische Medikation	Nein/Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten/ Andere
8	Inhalationstechnik überprüft	Ja/Nein
<b>Schulung</b>		
9	Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein
9a	Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen <sup>3</sup>	Ja/Nein
10	Empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

<sup>1</sup> Gemäß Einschätzung zum Dokumentationszeitpunkt

<sup>2</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

<sup>3</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen.

<sup>4</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Ohne prophylaktische Anwendung vor Sport

<sup>5</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mehrfachnennungen möglich

<b>Behandlungsplanung</b>		
11	Schriftlicher Selbstmanagementplan	Ja/Nein
11a	Therapieanpassung	Keine/Steigerung der Medikation/Verbesserung der Anwendung der Medikation/Reduktion der Medikation <sup>5</sup>