

## Weiterhin kontinuierlich steigende Anzahl teilnehmender Ärzte (Stand 16.05.2004)

Zur Zeit haben 746 Ärzte ihre Teilnahme am DMP Diabetes Typ 2 in Mecklenburg-Vorpommern erklärt, von denen bisher 410 Ärzte dokumentieren.

## Anzahl der Teilnahme-/Einwilligungserklärungen und Dokumentationen (Stand 16.05.2004)

Bisher sind in der Datenstelle eingegangen:

16.573 TE/EWE,  
16.044 Erstdokumentationen und  
6.307 Folgedokumentationen.

Für 529 TE/EWE liegen noch keine Erstdokumentationen in der Datenstelle vor.

11.185 Erstdokumentationen und  
4.998 Folgedokumentationen  
von den eingegangenen Dokumentationen sind vollständig und plausibel abgeschlossen.

4.859 Erstdokumentationen und  
1.309 Folgedokumentationen  
von den eingegangenen Dokumentationen befinden sich im Korrekturlauf.

## Der neue Dokumentationsbogen

Seit dem 1. März 2004 gilt die 9. RSA-Änderungsverordnung, über die wir Sie bereits informiert haben.

Ein wesentlicher Bestandteil dieser Änderungsverordnung ist die **Neufassung der Dokumentationsbögen** für die Erst- und Folgedokumentation inklusive neuer Plausibilitätsrichtlinien. Hierzu nachfolgend einige Ausführungen.

## Wann erhalten Sie die neuen Dokumentationsbögen?

Die neuen Erst- und Folgedokumentationen erhalten Sie als teilnehmender Arzt ab Mitte Juni 2004 per Post oder durch Mitarbeiter der AOK.

## Ab wann können Sie die neuen Dokumentationsbögen einsetzen?

Die neuen Dokumentationsbögen können Sie sofort nach Erhalt verwenden, spätestens jedoch müssen diese ab dem 1. Juli 2004 verwendet werden.

## Was passiert mit den alten Dokumentationsbögen?

Die alten Bögen können Sie parallel neben den neuen Dokumentationsbögen bis zum 30. Juni 2004 benutzen. Ab 1. Juli 2004 dürfen nur die neuen Bögen zum Einsatz kommen. Die alten Dokumentationsbögen werden dann nicht mehr von der Datenstelle akzeptiert und werden an Sie zurückgesandt. Bitte vernichten Sie daher eventuelle Altbestände der Bögen bis spätestens zum 30. Juni 2004.

## Was hat sich auf dem neuen Dokumentationsbogen geändert?

### Filterfelder:

Einige Felder sind nur zu vervollständigen, wenn bestimmte Bedingungen vorliegen.

Beispiel: Wenn angekreuzt wird, dass keine diagnosespezifische Medikation durchgeführt wird, ist auch keine Angabe bei den Wirkstoffen erforderlich.

### Freiwillige Angaben:

Einige Felder sind keine Pflichtfelder mehr.

Beispiel: Das Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung (Wiedervorstellungstermin) muss nicht mehr unbedingt ausgefüllt werden. Ungeachtet dessen empfehlen wir, weiterhin dass Feld gemeinsam mit Ihrem Patienten auszufüllen.

### Diagnosestellung:

Die Angaben zur Einschreibung des Patienten in das Programm sind stark vereinfacht worden. Details finden Sie auf der Rückseite.

### Weggefallene Parameter:

Einige Parameter sind weggefallen.

Beispiel: Angaben zum Übergewicht (BMI) sind nicht mehr zu machen.

### Optimierung von Auswahlmöglichkeiten:

Bei einigen Feldern ist die mögliche Angabenvielfalt optimiert bzw. erweitert worden.

Beispiel: Die Auswahlmöglichkeit bei den Angaben zu Begleit- und Folgeerkrankungen ist um Fettstoffwechselstörung und KHK erweitert worden.

### Neue Parameter:

Einige Parameter sind neu aufgenommen worden.

Beispiel: Serum-Kreatinin.

## Diagnosestellung beim NEUEN Dokumentationsbogen

### Patient ist bereits als Diabetiker bekannt – mit medikamentöser Diabetestherapie

Tragen Sie das Jahr ein, seit dem die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 bei dem Patienten bekannt ist und dokumentieren Sie, ob aktuell diabetestypische Symptome vorliegen.

Kreuzen Sie bei diagnosespezifische Medikation ja an und machen Sie jeweils eine Angabe bei den Wirkstoffgruppen.

<b>Einschreibung</b>		Diagnose bekannt seit <b>1 9 9 8</b>	<b>BZ-Wert</b> (Eine Angabe ist ausreichend.)	
Diabetestypische Symptome vorhanden		<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nüchtern (Plasma venös oder kapillär $\geq 126$ mg/dl oder $\geq 7,0$ mmol/l)	
Diagnosespezifische Medikation		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nüchtern (Vollblut venös oder kapillär $\geq 110$ mg/dl oder $\geq 6,1$ mmol/l)	
<i>nur auszufüllen, wenn keine Therapie mit diabetespezifischen Medikamenten vorliegt:</i>				
BZ-Messungen		<input type="checkbox"/> einmalige Messung (bei symptomatischen Patienten ausreichend)	<input type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Plasma venös oder Vollblut kapillär $\geq 200$ mg/dl oder $\geq 11,1$ mmol/l)	
		<input type="checkbox"/> zwei- oder mehrfach Messung (bei asymptomatischen Patienten)	<input type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Plasma kapillär $\geq 220$ mg/dl oder $\geq 12,2$ mmol/l)	
		<input type="checkbox"/> oGTT	<input type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Vollblut venös $\geq 180$ mg/dl oder $\geq 10,0$ mmol/l)	
<b>aktuelle Medikation</b>		<i>nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:</i>		
Glibenclamid	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> nicht intensiviert		
Metformin	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin-Analoga <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> intensiviert <input type="checkbox"/> nicht intensiviert		
Glucosidase-Inhibitoren	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	<i>ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:</i>		
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) <input type="checkbox"/> ja		
Glitazone	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	Antihypertensive medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> ja		
		Thrombozytenaggregationshemmer <input type="checkbox"/> ja		

### Patient ist bereits als Diabetiker bekannt – mit diätischer Diabetestherapie

Tragen Sie das Jahr ein, seit dem die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 bei dem Patienten bekannt ist und dokumentieren Sie, ob zum Zeitpunkt der Diagnosestellung diabetestypische Symptome vorlagen.

Kreuzen Sie bei diagnosespezifische Medikation nein an und machen Sie eine Angabe zur Blutzuckermessung und zu den Blutzuckerwerten.

<b>Einschreibung</b>		Diagnose bekannt seit <b>1 9 9 8</b>	<b>BZ-Wert</b> (Eine Angabe ist ausreichend.)	
Diabetestypische Symptome vorhanden		<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nüchtern (Plasma venös oder kapillär $\geq 126$ mg/dl oder $\geq 7,0$ mmol/l)	
Diagnosespezifische Medikation		<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> nüchtern (Vollblut venös oder kapillär $\geq 110$ mg/dl oder $\geq 6,1$ mmol/l)	
<i>nur auszufüllen, wenn keine Therapie mit diabetespezifischen Medikamenten vorliegt:</i>				
BZ-Messungen		<input type="checkbox"/> einmalige Messung (bei symptomatischen Patienten ausreichend)	<input type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Plasma venös oder Vollblut kapillär $\geq 200$ mg/dl oder $\geq 11,1$ mmol/l)	
		<input checked="" type="checkbox"/> zwei- oder mehrfach Messung (bei asymptomatischen Patienten)	<input type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Plasma kapillär $\geq 220$ mg/dl oder $\geq 12,2$ mmol/l)	
		<input type="checkbox"/> oGTT	<input type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Vollblut venös $\geq 180$ mg/dl oder $\geq 10,0$ mmol/l)	
<b>aktuelle Medikation</b>		<i>nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:</i>		
Glibenclamid	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> intensiviert <input type="checkbox"/> nicht intensiviert		
Metformin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin-Analoga <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> intensiviert <input type="checkbox"/> nicht intensiviert		
Glucosidase-Inhibitoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	<i>ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:</i>		
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) <input type="checkbox"/> ja		
Glitazone	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	Antihypertensive medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> ja		
		Thrombozytenaggregationshemmer <input type="checkbox"/> ja		

### Patient mit Erstdiagnose Diabetes mellitus Typ 2

Tragen Sie das aktuelle Jahr ein, und dokumentieren Sie, ob aktuell diabetestypische Symptome vorliegen. Kreuzen Sie bei diagnosespezifische Medikation nein an und machen

Sie eine Angabe zur Blutzuckermessung und zu den Blutzuckerwerten.

<b>Einschreibung</b>		Diagnose bekannt seit <b>2 0 0 4</b>	<b>BZ-Wert</b> (Eine Angabe ist ausreichend.)	
Diabetestypische Symptome vorhanden		<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nüchtern (Plasma venös oder kapillär $\geq 126$ mg/dl oder $\geq 7,0$ mmol/l)	
Diagnosespezifische Medikation		<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> nüchtern (Vollblut venös oder kapillär $\geq 110$ mg/dl oder $\geq 6,1$ mmol/l)	
<i>nur auszufüllen, wenn keine Therapie mit diabetespezifischen Medikamenten vorliegt:</i>				
BZ-Messungen		<input checked="" type="checkbox"/> einmalige Messung (bei symptomatischen Patienten ausreichend)	<input type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Plasma venös oder Vollblut kapillär $\geq 200$ mg/dl oder $\geq 11,1$ mmol/l)	
		<input type="checkbox"/> zwei- oder mehrfach Messung (bei asymptomatischen Patienten)	<input type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Plasma kapillär $\geq 220$ mg/dl oder $\geq 12,2$ mmol/l)	
		<input type="checkbox"/> oGTT	<input type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Vollblut venös $\geq 180$ mg/dl oder $\geq 10,0$ mmol/l)	
<b>aktuelle Medikation</b>		<i>nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:</i>		
Glibenclamid	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> intensiviert <input type="checkbox"/> nicht intensiviert		
Metformin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin-Analoga <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> intensiviert <input type="checkbox"/> nicht intensiviert		
Glucosidase-Inhibitoren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	<i>ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:</i>		
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) <input type="checkbox"/> ja		
Glitazone	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kontraindikation	Antihypertensive medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> ja		
		Thrombozytenaggregationshemmer <input type="checkbox"/> ja		