

Ermittlung der Lebensqualität mittels EuroQol-Fragebogen

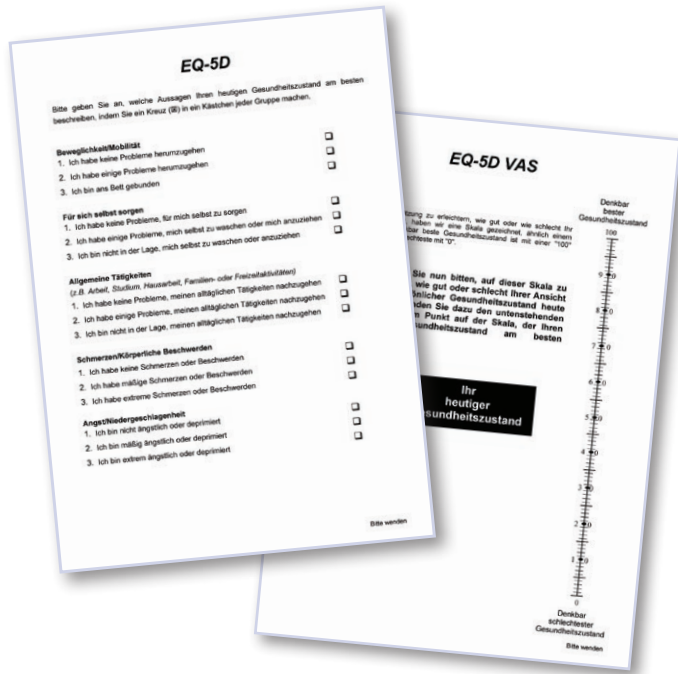
EQ-5D

Die Lebensqualität wird mit dem standardisierten Fragebogen EQ-5D erhoben. Mit diesem Instrument wird der Gesundheitszustand auf zwei Wegen erfasst:

- Mit Hilfe von fünf Fragestellungen zum subjektiven Gesundheitszustand auf der Vorderseite (5D = 5 Dimensionen)
- Mittels der visuellen Analog-Skala (VAS) auf der Rückseite des Fragebogens

Bitten Sie Ihre Patientin/Ihren Patienten beide Seiten des EQ-5D-Fragebogens auszufüllen.

Das folgende Beispiel zeigt, wie die Vorderseite des Fragebogens auszufüllen ist. In diesem Beispiel wären im Dokumentationsbogen beim Feld EQ-5D die Ziffern „12213“ einzutragen.



Fragebogen EQ-5D und EQ-5D VAS

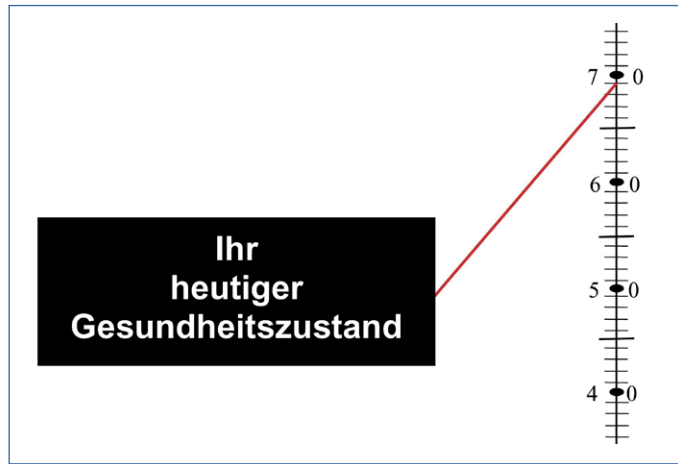
Beweglichkeit/Mobilität 1. Ich habe keine Probleme herumzugehen 2. Ich habe einige Probleme herumzugehen 3. Ich bin ans Bett gebunden	☒ ☐ ☐	Level 1 ist als „1“ kodiert
Für sich selbst sorgen 1. Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen 2. Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen 3. Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	☐ ☒ ☐	Level 2 ist als „2“ kodiert
Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten) 1. Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen 2. Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen 3. Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	☐ ☒ ☐	Level 3 ist als „2“ kodiert
Schmerzen/Körperliche Beschwerden 1. Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden 2. Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden 3. Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☒ ☐ ☐	Level 4 ist als „1“ kodiert
Angst/Niedergeschlagenheit 1. Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert 2. Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert 3. Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐ ☒ ☐	Level 5 ist als „3“ kodiert

Beispielantworten auf dem EQ-5D-Fragebogen

EQ-5D VAS

Bei der Verwendung der visuellen Analog-Skala (VAS) auf der Rückseite des Fragebogens, gibt die Patientin/der Patient eine Einschätzung des eigenen aktuellen Gesundheitszustandes ab. Die Skala reicht von 0 (denkbar schlechtesten Gesundheitszustand) bis 100 (denkbar besten Gesundheitszustand).

Der eingetragene Wert ist in das Feld EQ-5D VAS am Dokumentationsbogen zu übertragen. Im rechts abgebildeten Beispiel wäre „069“ am Dokumentationsbogen einzutragen.



Beispiel für die Ermittlung des Gesundheitszustandes mittels EQ-5D VAS

Dokumentation

Die Dokumentation mittels Dokumentationsbogen ist bei Anmeldung Ihrer Patientin/Ihres Patienten zum Programm (Erstdokumentation) und anschließend einmal jährlich (Folgedokumentation) vorzunehmen.

Die Erstdokumentation ist nach erfolgreicher Anmeldung Ihrer Patientin/Ihres Patienten und nach Bestätigung des Einschreibeanspruches möglich.

Der Dokumentationsbogen dient Ihnen als Checkliste hinsichtlich der diabetesrelevanten Maßnahmen sowie Zielvereinbarungen.

Eine Vergütung der strukturierten Betreuung kann nur dann erfolgen, wenn die Pflichtfelder vollständig ausgefüllt sind.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), Wienerbergstraße 15 – 19, 1100 Wien, www.gesundheitskasse.at/impresum
Redaktion: ÖGK Landesstelle Steiermark, Josef-Pongratz-Platz 1, 8010 Graz
Titelfoto: © WavebreakmediaMicro – Fotolia.com
Hersteller: VENDO Kommunikation + Druck GmbH | vendo.at
Druck 2025

AUSFÜLL-ANLEITUNG

Dokumentationsbogen und EuroQol

Diabetes mellitus Typ 2

Disease Management Programm



Ausfüllanleitung für den Dokumentationsbogen

Allgemeine Vorbemerkungen zum Ausfüllen

- Der Dokumentationsbogen dient sowohl der Erst- als auch der Folgedokumentation.
- Alle weißen Felder sind Pflichtfelder und müssen für die Abrechenbarkeit der DMP-Positionen ausgefüllt sein!

1 SV-Nummer

Tragen Sie hier bitte die Sozialversicherungsnummer der Patientin/des Patienten ein.

2 Anamnese

Diabetes-Diagnose
Wann wurde die Diabetes-Erkrankung der Patientin/des Patienten diagnostiziert? Geben Sie bitte das Jahr der erstmaligen Diagnose an.

Hypertonie seit
Wann wurde die Bluthochdruck-Erkrankung der Patientin/des Patienten diagnostiziert? Geben Sie bitte das Jahr der erstmaligen Diagnose an. Liegt keine Hypertonie vor, ist hier eine „0“ einzutragen.

3 Sekundärkomplikationen

Bitte geben Sie an, welches der aufgelisteten Ereignisse vorliegt bzw. seit der letzten Dokumentation aufgetreten ist.

Blindheit
Bitte kreuzen Sie „ja“ an, wenn folgende Definition zutrifft: „Wer sich durch sein eingeschränktes Sehvermögen in un-vertrauter Umgebung visuell nicht zurecht findet“ oder wenn staatliches Blindengeld bezogen wird. Das Bundes-pflegegeldgesetz, BGBl. Nr. 110/1993 in der geltenden Fassung definiert: „Als blind gilt, wer am besseren Auge mit optimaler Korrektur eine Sehleistung mit:

- einem Visus von kleiner gleich 0,02 (1/60) ohne Ge-sichtsfeldeinschränkung hat *oder*
- einem Visus von kleiner gleich 0,03 (2/60) in Ver-bindung mit einer Quadrantenanopsie hat *oder*
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,06 (4/60) in Verbindung mit einer Hemianopsie hat *oder*
- einem Visus von kleiner oder gleich 0,1 (6/60) in Verbindung mit einer röhrenförmigen Gesichtsfeld-einschränkung hat.“

Terminales Nierenversagen
Bitte wählen Sie „ja“, falls Ihre Patientin/Ihr Patient sich einer Dialyse bzw. Nierentransplantation unterziehen muss bzw. musste.

Bypass/Dilatation
Bypass und Dilatation beziehen sich hier auf die Herz-kranzgefäße.

Apoplexie
„ja“ steht für ischämische und hämorrhagische Insulte, jedoch nicht für Aneurysmarupturen.

Amputation
Diese Felder bitte nur bei „nicht unfallverursachter“ einseitiger/beidseitiger Amputation ankreuzen. Bitte geben Sie an, ob eine Minor- oder Major-Amputation vorgenommen wurde. Andernfalls wählen Sie „nein“.

Minor-Amputation
Zehen(teil)-, Strahlresektion, Vorfuß(teil)amputation, Lis-franc-Amputation (tarsometatarsal), Chopart-Amputation (talonavicular/calcanecuboid), Syme-Amputation (Fuß-exartikulation), Calcaneusresektion u. a.

Major-Amputation
Unterschenkelamputation, Pirogoff-Amputation, Kniege-lenksexartikulation, Oberschenkelamputation u. a.

4 Symptome

Neuropathie
„ja“ steht für neuropathiebedingte Beschwerden (sensomotorische Polyneuropathie und/oder autonome diabetische Neuropathie).

TIA/PRIND
„ja“ steht für Zustand nach reversiblen zentralneuro-logischen Ereignissen.

Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)
Wenn Glukose oder Glukagon mittels Fremdhilfe (z. B. von Angehörigen, medizinischem Personal) parenteral verabreicht werden musste.

Erektile Dysfunktion
Bei weiblichen Patientinnen ist „nein“ anzukreuzen.

5 Komorbiditäten
Die Komorbiditäten beziehen sich auf diagnostisch gesicherte/behandelte Begleiterkrankungen.

6 Augenuntersuchung
Kreuzen Sie bitte an, ob die Patientin/der Patient in den letzten 12 Monaten eine Augenuntersuchung hatte. (Bitte nur „ja“ ankreuzen, wenn Ihnen ein schriftlicher Befund der Untersuchung vorliegt.)

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

SV-Nummer 1

Anamnese 2

Diabetes-Diagnose (Jahr) Hypertonie seit (Jahr)

Sekundärkomplikationen 3

Blindheit

Terminales Nierenversagen

Herz: Infarkt

Bypass/Dilatation

Apoplexie

Amputation

ja

nein

major

minor

nein

Symptome 4

Neuropathie

Angina pectoris

Claudicatio

TIA/PRIND

Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)

Erektile Dysfunktion

ja

nein

Komorbiditäten 5

Herzinsuffizienz

KHK

Depression

PAVK

Bypass/Dilatation

ja

nein

Augenuntersuchung 6

(in den letzten 12 Monaten)

ja

nein

Diabetes-Schulung 9

ja

nein

Wann (Jahr)

Fußuntersuchung 7

rechts

ja

nein

links

ja

nein

Fußdeformität

Ulkus

Puls tastbar

Vibrationsempfinden vermindert

Rauchen 8

ja

nein

Lebensqualität 10

EQ-5D

EQ-5D VAS

Gemessene Werte 11

Gewicht (kg)

Größe (cm)

Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg)

HbA1c (% oder mmol/mol)

Cholesterin (mg/dl)

HDL-Chol (mg/dl)

Triglyceride (mg/dl)

Kreatinin (mg/dl)

eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m²

Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g)

< (kleiner als)

Therapie 12

Nur Diät

OAD

Kombi-Therapie

Insulin

Blutdruck

Blutfette

ja

nein

Zielvereinbarungen 13

HbA1c (% oder mmol/mol)

Blutdruck

Tabak

Bewegung

Gewicht

Ernährung

ja

nein

Selbstkontrolle 14

Blutdruckmessung

Blutzuckermessung

ja

nein

ja

nein

Vertragspartner-Nr. 15

Untersuchungsdatum 16

Tag

Monat

Jahr

Unterschrift Arzt

Alle weißen Felder müssen für die Abrechenbarkeit der DMP-Positionen mit den erhobenen Werten befüllt sein!

7 Fußuntersuchung

Für jeden angeführten Parameter machen Sie bitte jeweils Angaben für den rechten und den linken Fuß.

Fußdeformität
„ja“ steht für klinisch manifeste Osteoarthropathie oder Charcot-Fuß.

Ulkus
Bitte wählen Sie „ja“, falls Sie zum Zeitpunkt der Doku-mentation ein Ulkus diagnostizieren.

Puls tastbar
Wenn A. dorsalis pedis und A. tibialis posterior tastbar sind, wählen Sie „ja“. Bitte wählen Sie „nein“, falls Sie beide Pulse oder einen Puls nicht tasten können.

Vibrationsempfinden vermindert
„ja“ steht für altersabhängig vermindertes Vibrations-empfinden nach Rydell-Seiffer. Die Skalierung der Stimmgabel umfasst einen Bereich von 0/8 bis 8/8.

8 Rauchen
Geben Sie bitte an, ob Ihre Patientin/Ihr Patient raucht oder nicht.

9 Diabetes-Schulung
Falls Ihre Patientin/Ihr Patient eine Diabetes-Schulung absolviert hat, vermerken Sie bitte in diesem Pflichtfeld das Jahr der Schulung. Falls das Schulungsjahr nicht bekannt ist, tragen Sie eine „0“ ein.

10 Lebensqualität
Die Lebensqualität wird mit dem standardisierten Instrument EQ-5D erhoben. Tragen Sie in den Feldern die Ergebnisse des Lebensqualität-Fragebogens ein (siehe Rückseite der Ausfüllanleitung).

11 Gemessene Werte

Gewicht
Ist das Körpergewicht aufgrund einer Immobilität/ Amputation nicht zu erheben, ist hier eine „0“ einzutragen.

Blutdruck in Ruhe
Ordinationsmessung

HbA_{1c}
Angabe in % oder mmol/mol möglich

Cholesterin
Angabe in mg/dl
Wenn Ihr Labor die Cholesterin-Werte in mmol/l angegeben hat, multiplizieren Sie diese zur Umrechnung mit dem Faktor 38,7.

Kreatinin
Angabe in mg/dl
Falls der Wert in µmol/l vorliegt, dividieren Sie zur Umrechnung durch 88,5.

eGFR und Albumin-Kreatinin-Quotient
Für das Projekt niere.schützen in der Steiermark und eine eventuelle Ausdehnung auf weitere Bundesländer wurden die beiden **freiwilligen** Felder ergänzt. Aufgrund inexakter Messungen des Albumin-Kreatinin-Quotienten unter 10 (Grenze des Linearitätsbereiches der Messmethode) kann zum Messwert zusätzlich ein <-Zeichen angekreuzt werden.

12 Therapie

Nur Diät
Dieses Feld bitte nur ankreuzen, wenn Diät die einzige Behandlungsform ist.

Kombi-Therapie
Bitte wählen Sie „ja“, wenn die Therapie aus einer Kombination zwischen OAD und Insulin besteht oder GLP-1 Agonisten verordnet wurden.

13 Zielvereinbarungen

Kreuzen Sie bitte an, ob Sie mit der Patientin/dem Patienten Therapieziele hinsichtlich Gewicht, Bewegung, Tabakkonsum, Ernährung oder Blutdruck vereinbart haben. Dokumentieren Sie bitte auch einen Ziel-HbA_{1c}-Wert (in % oder mmol/mol).

14 Selbstkontrolle

Dokumentieren Sie, welche Parameter die Patientin/der Patient bisher selbst kontrolliert.

15 Vertragspartner Nr.

Bitte tragen Sie Ihren 2-stelligen Fachcode und Ihre 6-stellige Vertragspartner-Nummer ein.
Fachcode:

- 01 = Arzt für Allgemeinmedizin
- 07 = Facharzt für Innere Medizin

16 Untersuchungsdatum

Das Untersuchungsdatum muss zeitlich nach dem Ein-schreibedatum liegen.
Die Erstdokumentation bzw. ein mindestens einmal jährlich folgender Dokumentationsbogen ist im „Unter-suchungsquartal“ zu erstellen und zu übermitteln.