

# 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 unvertrauter Umgebung visuell nicht zurecht findet“ oder wenn staatliches Blindengeld bezogen wird. Das Bundespflegegeldgesetz, 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 Gesichtsfeldeinschränkung hat *oder*
- einem Visus von kleiner gleich 0,03 (2/60) in Verbindung 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 Gesichtsfeldeinschränkung 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 Herzkranzgefäße.

#### 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, Lisfranc-Amputation (tarsometatarsal), Chopart-Amputation (talonavicular/calcaneocuboid), Syme-Amputation (Fußexartikulation), Calcaneusresektion u. a.

#### Major-Amputation

Unterschenkelamputation, Pirogoff-Amputation, Kniegelenksexartikulation, 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 zentralneurologischen 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.)

<b>SV-Nummer 1</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>Anamnese 2</b> Diabetes-Diagnose (Jahr) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Hypertonie seit (Jahr) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																																																
<b>Sekundärkomplikationen 3</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Blindheit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Terminales Nierenversagen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Herz: Infarkt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Bypass/Dilatation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Apoplexie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">major</td> <td style="text-align: center;">minor</td> </tr> <tr> <td>Amputation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	nein	Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terminales Nierenversagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz: Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		major	minor	Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Symptome 4</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Neuropathie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angina pectoris</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Claudicatio</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIA/PRIND</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Erektile Dysfunktion</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	nein	Neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claudicatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIA/PRIND	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erektile Dysfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Komorbiditäten 5</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Herzinsuffizienz</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>KHK</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Depression</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PAVK</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Bypass/Dilatation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	nein	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein																																																															
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Terminales Nierenversagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Herz: Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Apoplexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
	major	minor																																																															
Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
	ja	nein																																																															
Neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Claudicatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
TIA/PRIND	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Erektile Dysfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
	ja	nein																																																															
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
PAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
<b>Augenuntersuchung 6</b> (in den letzten 12 Monaten) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fußuntersuchung 7</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">rechts</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">links</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Fußdeformität</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ulkus</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Puls tastbar</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vibrationsempfinden vermindert</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			rechts		links			ja	nein	ja	nein	Fußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puls tastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrationsempfinden vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
ja	nein																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
	rechts		links																																																														
	ja	nein	ja	nein																																																													
Fußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Puls tastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Vibrationsempfinden vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
<b>Diabetes-Schulung 9</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Wann (Jahr) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Rauchen 8</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
ja	nein																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
ja	nein																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<b>Gemessene Werte 11</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Gewicht (kg) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td style="width: 25%;">Größe (cm) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td style="width: 50%;">Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>HbA1c (% oder mmol/mol) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>Cholesterin (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>HDL-Chol (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Triglyceride (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>Kreatinin (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m<sup>2</sup> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> &lt; (kleiner als)</td> </tr> </table>			Gewicht (kg) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Größe (cm) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	HbA1c (% oder mmol/mol) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Cholesterin (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	HDL-Chol (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Triglyceride (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Kreatinin (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m <sup>2</sup> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> < (kleiner als)																																																						
Gewicht (kg) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Größe (cm) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																																															
HbA1c (% oder mmol/mol) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Cholesterin (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	HDL-Chol (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Triglyceride (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																																															
Kreatinin (mg/dl) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m <sup>2</sup> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> < (kleiner als)																																																															
<b>Therapie 12</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Nur Diät</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OAD</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kombi-Therapie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insulin</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Blutfette</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	nein	Nur Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kombi-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Zielvereinbarungen 13</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>HbA1c (% oder mmol/mol) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> </tr> <tr> <td>Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tabak</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bewegung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gewicht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ernährung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	HbA1c (% oder mmol/mol) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			ja	Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Tabak	<input type="checkbox"/>	Bewegung	<input type="checkbox"/>	Gewicht	<input type="checkbox"/>	Ernährung	<input type="checkbox"/>	<b>Selbstkontrolle 14</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Blutdruckmessung</td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Blutzuckermessung</td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Blutdruckmessung	ja	nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutzuckermessung	ja	nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	ja	nein																																																															
Nur Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
OAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Kombi-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
HbA1c (% oder mmol/mol) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																																																	
	ja																																																																
Blutdruck	<input type="checkbox"/>																																																																
Tabak	<input type="checkbox"/>																																																																
Bewegung	<input type="checkbox"/>																																																																
Gewicht	<input type="checkbox"/>																																																																
Ernährung	<input type="checkbox"/>																																																																
Blutdruckmessung	ja	nein																																																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Blutzuckermessung	ja	nein																																																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
<b>Vertragspartner-Nr. 15</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	<b>Untersuchungsdatum 16</b> Tag <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Monat <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Jahr <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																																																
<b>Unterschrift Arzt</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px;"></div>																																																																	

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 Dokumentation 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 Vibrationsempfinden 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<sub>1c</sub>

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  $\mu\text{mol/l}$  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<sub>1c</sub>-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
- 01 = Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- 07 = Facharzt für Innere Medizin

## 16 Untersuchungsdatum

Das Untersuchungsdatum muss zeitlich nach dem Einschreibedatum liegen.

Die Erstdokumentation bzw. ein mindestens einmal jährlich folgender Dokumentationsbogen ist im „Untersuchungsquartal“ zu erstellen und zu übermitteln.

# Ermittlung der Lebensqualität mittels EuroQol-Fragebogen

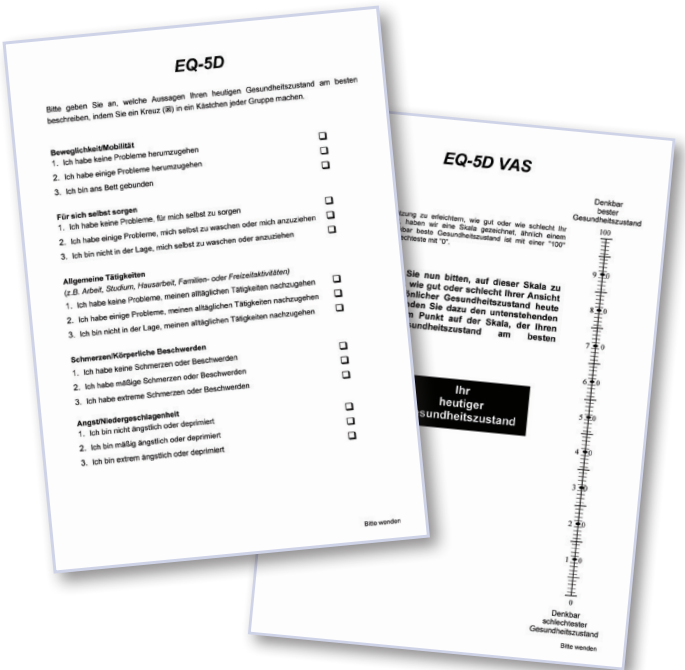
## EQ-5D

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

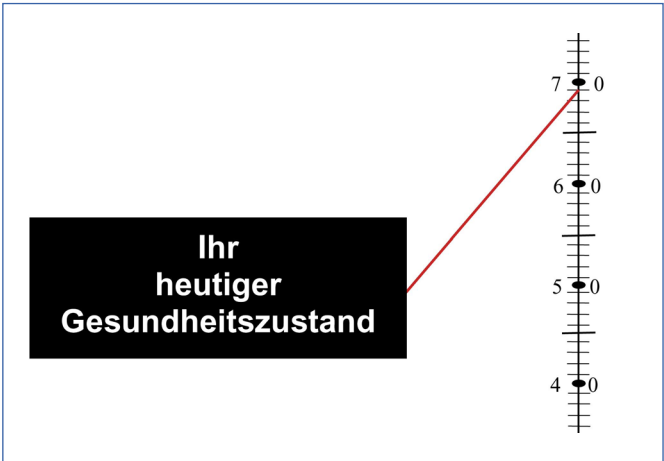
<b>Beweglichkeit/Mobilität</b> 1. Ich habe keine Probleme herumzugehen 2. Ich habe einige Probleme herumzugehen 3. Ich bin ans Bett gebunden	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Level 1 ist als „1“ kodiert</b>
<b>Für sich selbst sorgen</b> 1. Ich habe 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	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Level 2 ist als „2“ kodiert</b>
<b>Allgemeine Tätigkeiten</b> (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	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Level 3 ist als „2“ kodiert</b>
<b>Schmerzen/Körperliche Beschwerden</b> 1. Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden 2. Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden 3. Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Level 4 ist als „1“ kodiert</b>
<b>Angst/Niedergeschlagenheit</b> 1. Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert 2. Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert 3. Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Level 5 ist als „3“ kodiert</b>

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 schlechter Gesundheitszustand) bis 100 (denkbar bester 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.



## Ablauf

### Ausfüllen von Euroqol- und Dokumentationsbogen

1 x jährlich

### Übermittlung des Dokumentationsbogens

- über die GINA-Oberfläche (e-card-System)
- mittels Arztsoftware
- in Papierform (**Achtung:** Honorarabzug)

**Therapie Aktiv DIABETES IM GRIFF**

**Anamnese**

Diabetes-Diagnose (Jahr)  Hypertonie seit (Jahr)

**Symptome**

Neuropathie ☐ ja ☐ nein ☐  
Angina pectoris ☐ ja ☐ nein ☐  
Claudicatio ☐ ja ☐ nein ☐  
TIA/PRIND ☐ ja ☐ nein ☐  
Schwere Hypoglykämien (Hemoglobin) ☐ ja ☐ nein ☐  
Erektile Dysfunktion ☐ ja ☐ nein ☐

**Komorbiditäten**

Herzinsuffizienz ☐ ja ☐ nein ☐  
HKHK ☐ ja ☐ nein ☐  
Depression ☐ ja ☐ nein ☐  
PAVK ☐ ja ☐ nein ☐  
Bypass/Dilatation ☐ ja ☐ nein ☐

**Rauchen**

ja ☐ nein ☐

**Lebensqualität**

EQ-5D   
EQ-5D VAS

**Gemessene Werte**

Gewicht (kg)  Größe (cm)   
HbA1c (% oder mmol/mol)  Cholesterin (mg/dl)   
Kreatinin (mg/dl)  eGFR (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)   
Blutdruck in Ruhe (mmHg)  HDL-Chol (mg/dl)   
Triglyzeride (mg/dl)  Albumin-Kreatinin-Quotient (mg/g)   
eGFR (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)

**Zielvereinbarungen**

HbA1c (% oder mmol/mol)  ja ☐ nein ☐  
Blutdruck ☐ ja ☐ nein ☐  
Tabak ☐ ja ☐ nein ☐  
Bewegung ☐ ja ☐ nein ☐  
Gewicht ☐ ja ☐ nein ☐  
Ernährung ☐ ja ☐ nein ☐

**Selbstkontrolle**

Blutdruckmessung ☐ ja ☐ nein ☐  
Blutzuckermessung ☐ ja ☐ nein ☐

**Therapie**

Nur Diät ☐ ja ☐ nein ☐  
OAD ☐ ja ☐ nein ☐  
Kombi-Therapie ☐ ja ☐ nein ☐  
Insulin ☐ ja ☐ nein ☐  
Blutdruck ☐ ja ☐ nein ☐  
Blutfette ☐ ja ☐ nein ☐

**Untersuchungsdatum**

Tag  Monat  Jahr

**Unterschrift Arzt**

**Vertragspartner-Nr.**

**Bitte wenden**

**EQ-5D**

Beurteilen Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten (0 = am schlechtesten, 100 = am besten) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Denken Sie an:

- Schmerzen
- Mobilität
- Selbstsorgen
- Waschen oder mich anzuziehen
- Waschen oder anzuziehen
- Freizeittätigkeiten
- Den Tätigkeiten nachzugehen
- Den Tätigkeiten nachzugehen
- Den Tätigkeiten nachzugehen

**Bitte wenden**

**EQ-5D VAS**

Beurteilen Sie, wie gut oder wie schlecht Ihr heutiger Gesundheitszustand ist, ähnlich einem Gesundheitszustand, den Sie mit einer "100" bezeichnen könnten, auf dieser Skala zu sehen, auf dieser Skala zu sehen, auf dieser Skala zu sehen.

Denken Sie an:

- Den besten Gesundheitszustand
- Den schlechtesten Gesundheitszustand

**Bitte wenden**

## IMPRESSUM

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