

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 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 Herzkratzgefäße.

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 (Fuß-exartikulation), 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.)



Therapie Aktiv

DIABETES IM GRIFF

SV-Nummer 1 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Anamnese 2 Diabetes-Diagnose (Jahr) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Hypertonie seit (Jahr) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																													
Sekundärkomplikationen 3 Blindheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Terminales Nierenversagen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herz: Infarkt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bypass/Dilatation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Apoplexie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> minor <input type="checkbox"/> nein Amputation <input type="checkbox"/> major <input type="checkbox"/> minor <input type="checkbox"/> nein	Symptome 4 Neuropathie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angina pectoris <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Claudicatio <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein TIA/PRIND <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erektile Dysfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Komorbiditäten 5 Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein KHK <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Depression <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein PAVK <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bypass/Dilatation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																				
Augenuntersuchung 6 (in den letzten 12 Monaten) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fußuntersuchung 7 Fußdeformität <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ulkus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Puls tastbar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vibrationsempfinden vermindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rauchen 8 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																				
Diabetes-Schulung 9 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann (Jahr) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Lebensqualität 10 EQ-5D <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> EQ-5D VAS <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																	
Gemessene Werte 11 Gewicht (kg) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Größe (cm) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> HbA1c (% oder mmol/mol) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Cholesterin (mg/dl) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> HDL-Chol (mg/dl) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Triglyceride (mg/dl) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Kreatinin (mg/dl) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m ² <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input type="checkbox"/> < (kleiner als) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																						
Therapie 12 Nur Diät <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein OAD <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kombi-Therapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Insulin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blutfette <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zielvereinbarungen 13 HbA1c (% oder mmol/mol) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tabak <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bewegung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gewicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ernährung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						Selbstkontrolle 14 Blutdruckmessung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blutzuckermessung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																															
Vertragspartner-Nr. 15 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>															Untersuchungsdatum 16 Tag <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Monat <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Jahr <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Unterschrift Arzt <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														

Alle weißen Felder müssen für die Abrechenbarkeit der DMP-Positionen mit den erhobenen Werten gefüllt 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_{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 μ 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_{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
- 01 = Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- 07 = Facharzt für Innere Medizin

16 Untersuchungsdatum

Das Untersuchungsdatum muss zeitlich nach dem Einschrebedatum liegen.

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

Ermittlung der Lebensqualität mittels EuroQol-Fragebogen

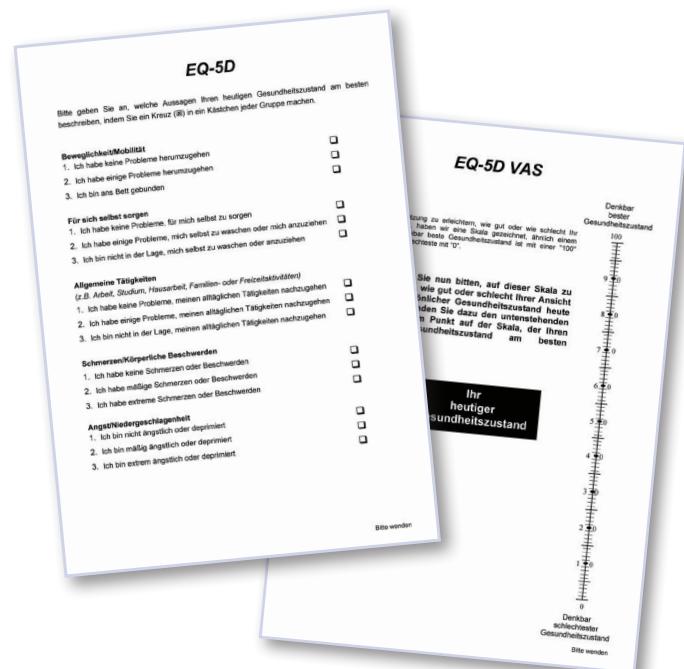
EQ-5D

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

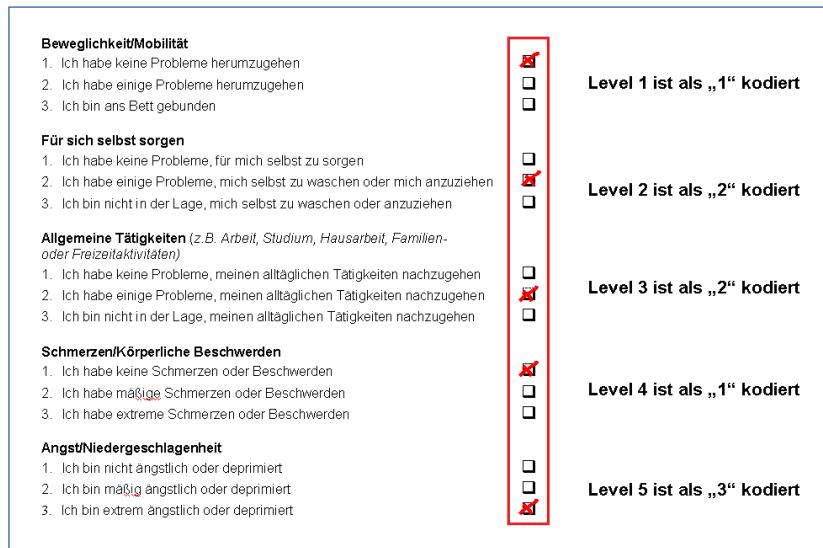
Bitten Sie Ihre Patientin/Ihren Patienten beide Seiten des EQ-5D-Fragebogens auszufüllen.

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.



The image shows the front and back sides of the EQ-5D questionnaire. The front side (left) contains five sections with 3-point Likert scales: 'Beweglichkeit/Mobilität' (Level 1 checked), 'Für sich selbst sorgen' (Level 2 checked), 'Allgemeine Tätigkeiten' (Level 3 checked), 'Schmerzen/Körperliche Beschwerden' (Level 4 checked), and 'Angst/Niedergeschlagenheit' (Level 5 checked). The back side (right) is a 'EQ-5D VAS' scale from 0 (schlechtester Zustand) to 100 (besten Zustand), with a red arrow pointing to the value '069' on the scale.

Fragebogen EQ-5D und EQ-5D VAS



This image shows the completed front side of the EQ-5D questionnaire. A vertical red box highlights the checked boxes for each dimension, corresponding to the following responses:

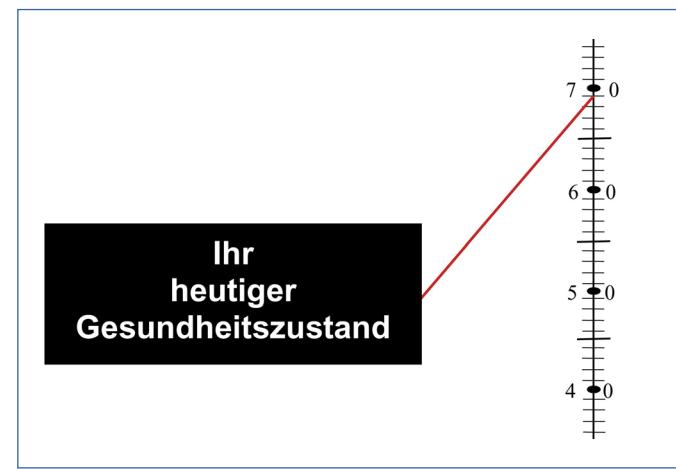
- Beweglichkeit/Mobilität:** Level 1 ist als „1“ kodiert
- Für sich selbst sorgen:** Level 2 ist als „2“ kodiert
- Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Haushalt, Familien- oder Freizeitaktivitäten):** Level 3 ist als „2“ kodiert
- Schmerzen/Körperliche Beschwerden:** Level 4 ist als „1“ kodiert
- Angst/Niedergeschlagenheit:** 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 schlechtester 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 Einschreibebeantrages 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.

**Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF**

SV-Nummer	Anamnese	Hypertonie seit (Jahr)
Diabetes-Diagnose (Jahr)		
Sekundärkomplikationen		
Blindheit	ja	nein
Terminale Nierenversagen	ja	nein
Herz: Infarkt	ja	nein
Bypass/Dilatation	ja	nein
Apoplexie	major	minor
Amputation	ja	nein
Augenuntersuchung (in den letzten 12 Monaten)		
Diabetes-Schulung	ja	nein
Wann (Jahr)		
Symptome		
Neuropathie	ja	nein
Angina pectoris	ja	nein
Claudicatio	ja	nein
TIA/PRND	ja	nein
Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)	ja	nein
Erektile Dysfunktion	ja	nein
Fußuntersuchung		
Fußdeformität	rechts	links
Ulkus	ja	nein
Puls tastbar	ja	nein
Vibrationsempfinden vermindert	ja	nein
Komorbiditäten		
Herzinsuffizienz	ja	nein
KHK	ja	nein
Depression	ja	nein
PAVK	ja	nein
Bypass/Dilatation	ja	nein
Lebensqualität		
EQ-5D		
EQ-5D VAS		
Gemesene Werte		
Gewicht (kg)	Größe (cm)	Blutdruck in Ruhe
HbA1c (% oder mmol/mol)	Cholesterin (mg/dl)	Ortsangabe (mmHg)
Kreatinin (mg/dl)	HDL-Chol (mg/dl)	Triglyceride (mg/dl)
eGFR (mittels CKD-EPI: Formel - minimal 1,73 ml)	Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g)	< (normal)
Zielvereinbarungen		
Nur Diät	ja	nein
OAD	ja	nein
Kombi-Therapie	ja	nein
Insulin	ja	nein
Blutdruck	ja	nein
Blutfette	ja	nein
Vertragspartner-Nr.		
Alle weißen Felder müssen für die Abrechenbarkeit der DMP-Positionen mit den erhobenen Werten befüllt sein!		
Untersuchungsdatum	Tag	Monat
Unterschrift Arzt		

EQ-5D

Wählen Sie den Zustand, der Ihnen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten (100 = bester Zustand) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

- Sehnen
 Sehnen
 Sehnen
- ist zu sorgen
 zu waschen oder mich anzuziehen
 waschen oder anzuziehen
- der Freizeitaktivitäten
 meinen Tätigkeiten nachzugehen
 meinen Tätigkeiten nachzugehen
 meinen Tätigkeiten nachzugehen
- Schmerzen
 Schmerzen
 Schmerzen
- Müdigkeit
 Müdigkeit
 Müdigkeit

EQ-5D VAS



IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien, 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

Druck 2025