Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

Disease Management Programm

Diabetes mellitus Typ 2

Anleitung zum Ausfüllen des DMP-Bogens

DOKUMENTATION

Der Dokumentationsbogen dient sowohl der Erst- als auch Folgedokumentation von Untersuchungsdaten im Disease Management Programm Therapie Aktiv – Diabetes im Griff. Diese Dokumentation dient als Checkliste bezüglich medikamentöser und nichtmedikamentöser Maßnahmen, Risikofaktoren, Kontrolluntersuchungen sowie Zielvereinbarungen und ist Grundlage für Ihren individuellen Feedbackbericht.
Daher ist die sorgfältige Eintragung der Daten besonders wichtig. Eine Vergütung der DMP-Leistungen kann nur dann erfolgen, wenn alle weiß hinterlegten Pflichtfelder vollständig ausgefüllt sind.

Bei der Erstellung des Dokumentationsbogens wurde darauf Rücksicht genommen, dass nur unbedingt notwendige Items eingearbeitet wurden, um den Dokumentationsaufwand möglichst gering zu halten. Zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens beachten Sie bitte die Ausfüllanleitung.

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DES DMP-BOGENS

Pflichtfelder (alle weißen Felder) müssen für die Abrechenbarkeit der DMP-Positionen ausgefüllt sein! (Zur Unterscheidung wurden diese in der Ausfüllanleitung **blau** hervorgehoben.)

Wird von der DMP-Administration festgestellt, dass die Angaben des Dokumentationsbogens an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie den Bogen zurück. Sie werden aufgefordert, den Bogen zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum und Ihrer Unterschrift zu versehen.

Bitte füllen Sie den Bogen idealerweise mit einem Kugelschreiber aus und achten Sie darauf die Ziffern deutlich lesbar einzutragen. Bitte vergessen Sie nicht, in die ersten zwei Felder des Bereichs Vertragspartnernummer Ihren Fachcode einzutragen.

SV-Nummer									

Diabetes-Diagnose (Jahr)		Insulin seit (Jahr)	
Hypertonie seit (Jahr)		OAD seit (Jahr)	

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

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. Falls **keine** Hypertonie vorliegt, ist im Feld eine „0“ einzutragen.

Insulin seit Falls die Patientin/der Patienten mit Insulin behandelt wird, geben Sie hier bitte das Jahr der erstmaligen Insulintherapie an.

OAD seit Falls eine Behandlung mit oralen Antidiabetika erfolgt, tragen Sie hier bitte das Jahr des erstmaligen Therapiebeginns ein.

St. Vincent Ziele *(aktuell)*	ja	nein
Blindheit	☐	☐
Terminales Nierenversagen	☐	☐
Herz: Infarkt/	☐	☐
Bypass/Dilatation	☐	☐
Apoplexie	☐	☐

	major	minor	nein
Amputation	☐	☐	☐

Symptome *(seit der letzten Dokumentation)*	ja	nein
Neuropathie	☐	☐
Angina pectoris	☐	☐
Claudicatio	☐	☐
TIA/PRIND	☐	☐
Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)	☐	☐
Erektile Dysfunktion	☐	☐

Co-Morbiditäten	ja	nein
Herzinsuffizienz	☐	☐
KHK	☐	☐
Depression	☐	☐
PAVK	☐	☐
Bypass	☐	☐
Dilatation	☐	☐

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

Blindheit Bitte „ja“ ankreuzen, wenn folgende Definition zutrifft: „Wer sich durch ein eingeschränktes Sehvermögen in unvertrauter Umgebung visuell nicht zurecht findet“

oder

wenn staatliches Blindengeld bezogen wird. Bundespflegegeldgesetz, BGBl. Nr. 110/1993 i. d. g. F.: „Als blind gilt, wer am besseren Auge mit optimaler Korrektur eine Sehleistung mit

- einem Visus von kleiner oder 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 „ja“ bei DialysepatientInnen bzw. nierentransplantierten PatientInnen ankreuzen.

Bypass/Dilatation

Bypass und Dilatation beziehen sich hier auf die Herzkranzgefäße.

Apoplexie

„Ja“ steht für ischämische und hämorrhagische Insulte, jedoch nicht 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.

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.

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 (zB von Angehörigen, medizinischem Personal) parenteral verabreicht werden musste.

Erektile Dysfunktion

Bei weiblichen Patienten ist „nein“ anzukreuzen.

Co-Morbiditäten

Die Co-Morbiditäten beziehen sich auf diagnostisch gesicherte/behandelte Begleiterkrankungen.

Augenuntersuchung *(in den letzten 12 Monaten)*	ja	nein
	☐	☐
	ja	nein
Laserung *(jemals)*	☐	☐
Retinopathie	☐	☐
nicht proliferativ	☐	☐
proliferativ	☐	☐
Makulopathie	☐	☐

Fußuntersuchung	*rechts*		*links*	
	ja	nein	ja	nein
Fußdeformität	☐	☐	☐	☐
Geheiltes Ulkus	☐	☐	☐	☐
Akutes Ulkus	☐	☐	☐	☐
Puls *nicht* tastbar	☐	☐	☐	☐
Vibrationsempfinden vermindert	☐	☐	☐	☐

Risikoverhalten	
Rauchen (Zigaretten/Tag)	☐☐☐

Lebensqualität	
EQ-5D	☐☐☐☐☐
EQ-5D VAS	☐☐☐

Augenuntersuchung

Kreuzen Sie bitte an, ob sich die Patientin/der Patient in den letzten 12 Monaten einer Augenuntersuchung unterzogen hat. (Bitte nur „Ja“ ankreuzen, wenn Ihnen ein schriftlicher Befund der Untersuchung vorliegt.)

Retinopathie

Bitte kreuzen Sie an, ob es sich um eine nicht proliferative oder um eine proliferative Retinopathie handelt (lt. augenärztlichem Fachbefund).

Fußuntersuchung

Die Fußuntersuchung ist mindestens einmal jährlich, aber so oft wie notwendig, durchzuführen. Für jeden angeführten Parameter, machen Sie bitte jeweils Angaben für den rechten und den linken Fuß.

Fußdeformität

„Ja“ steht für klinisch manifeste Osteoarthropathie, Charcot-Fuß.

Geheiltes Ulkus

Zum Zeitpunkt der Dokumentation: Geheiltes = abgeheiltes Ulkus

Akutes Ulkus

Zum Zeitpunkt der Dokumentation: Akutes = florides Ulkus

Puls nicht tastbar

Bitte „ja“ ankreuzen, wenn A. dorsalis pedis und/oder A. tibialis posterior nicht tastbar sind. Wenn beide Pulse tastbar sind, muss „nein“ angekreuzt werden!

Vibrationsempfinden

„Ja“ steht für altersabhängig vermindertes Vibrationsempfinden nach Rydel-Seiffer. Die Skalierung der Stimmgabel umfasst einen Bereich von 0/8 bis 8/8.

Rauchen

Wie viele Zigaretten raucht Ihre Patientin/Ihr Patient durchschnittlich pro Tag? Tragen Sie bitte die Anzahl der konsumierten Zigaretten als Ziffer ein (1 Pfeife/Zigarre entspricht dabei 3 Zigaretten). Falls kein Zigarettenkonsum vorliegt, ist die Ziffer „0“ einzutragen.

EQ-5D

Die Lebensqualität wird mit dem standardisierten Instrument EQ-5D erhoben. Mit dem EQ-5D wird der Gesundheitszustand auf zwei Wegen erfasst: Durch die Verwendung der fünf Items auf der ersten Seite des Instruments und durch die Verwendung der visuellen Analog-Skala (VAS) auf der zweiten Seite.

Beispiel: Die Antworten der PatientInnen werden anhand des nachfolgend erläuterten Schemas auf den Bogen übertragen:

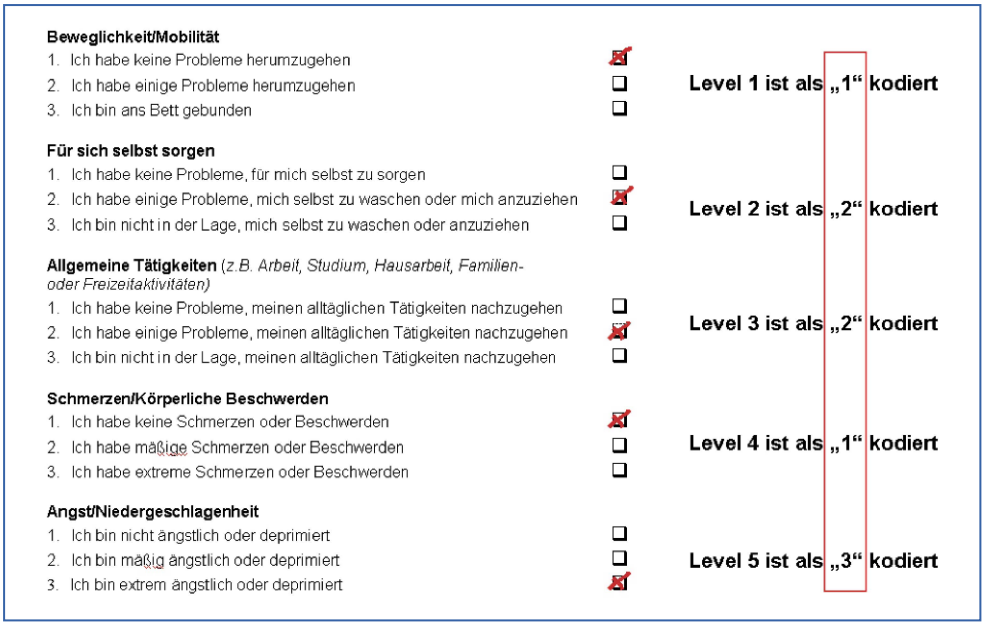
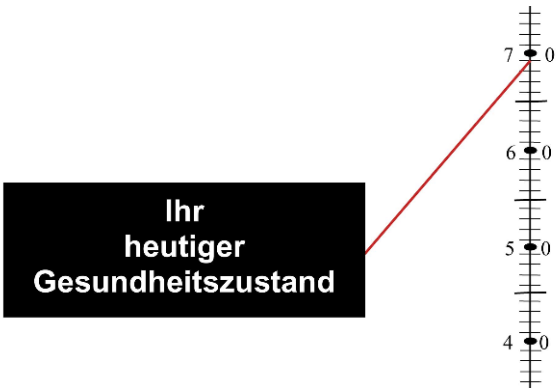


Abbildung 1: Beispielantworten auf dem EQ-5D Fragebogen

Tragen Sie also bitte „12213“ in das Item EQ-5D.

EQ-5D VAS

Bei der Verwendung der visuellen Analog-Skala (VAS) ergibt sich unmittelbar ein Wert zwischen 0 und 100, welcher im Feld EQ-5D-VAS eingetragen wird.



Diese Antwort ist als 069 im DMP-Bogen einzutragen.

Gemessene Werte

Gewicht (kg)	Größe (cm)	BMI	Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg)
☐☐☐	☐☐☐	☐☐,☐	☐☐☐/☐☐☐

Gewicht

Ist das Körpergewicht aufgrund einer Immobilität/Amputation nicht zu erheben, ist hier eine „0“ einzutragen (links- oder rechtsbündig).

BMI

Berechnung des Body-Mass-Index (BMI):
BMI = Körpergewicht in kg : (Körpergröße in m)²
(Wird automatisch berechnet).

HbA1c (% oder mmol/mol) ☐☐☐,☐	Triglyceride (mg/dl) ☐☐☐☐	Cholesterin (mg/dl) ☐☐☐	HDL-Chol (mg/dl) ☐☐☐
Kreatinin (mg/dl) ☐☐,☐☐	Mikroalbuminurie negativ ☐ erhöht ☐	Proteinurie (g/l) ☐☐☐,☐	LDL-Chol (mg/dl) ☐☐☐

HbA1c

Angabe in % oder mmol/mol

Kreatinin

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

Cholesterin

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

LDL-Cholesterin

Berechnung: Cholesterin – (HDL-Cholesterin + (Triglyceride : 5))

Therapie *(aktuell)*	ja	nein
Nur Diät	☐	☐
OAD	☐	☐
Insulin	☐	☐
Konventionell	☐	☐
Prä-prandial	☐	☐
Intensiviert	☐	☐
Nur basal	☐	☐
Blutdruck	☐	☐

Zielvereinbarungen

HbA1c (% oder mmol/mol) ☐☐☐,☐

	ja	nein
Blutdruck	☐	☐
Tabak	☐	☐
Bewegung	☐	☐
Gewicht	☐	☐
Ernährung	☐	☐

Selbstkontrolle

Blutdruckmessung ja ☐ nein ☐

Blutzuckermessung ja ☐ nein ☐

Harnzuckermessung ja ☐ nein ☐

Diabetes-Schulung

ja ☐ nein ☐

Wann (Jahr) ☐☐☐☐

Nur Diät

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

Insulin

Wählen Sie bitte aus den folgenden Therapiemöglichkeiten:
Konventionell: Mehrmals täglich zu festgelegten Zeiten wird Mischinsulin gespritzt.
Prä-prandial: Kurz wirksames Insulin wird prä-prandial („vor dem Essen“) verabreicht.
Intensiviert: Zusätzlich zum Verzögerungsinsulin wird auch schnell wirksames Insulin zu den Mahlzeiten injiziert.
Nur basal: Verzögerungsinsulin wird nur zur Deckung des Grundbedarfs („bedtime Dosis“) verabreicht.
Für andere Mischformen von schnell wirksamen, Basal- und Mischinsulin wählen Sie bitte „**Intensiviert**“.

Zielvereinbarungen

Falls Sie eine Zielvereinbarung mit der Patientin/dem Patienten bezüglich Gewicht, Bewegung, Tabakkonsum, Ernährung oder Blutdruck getroffen haben, bitte „ja“ ankreuzen. Dokumentieren Sie jedenfalls den vereinbarten HbA1c-Wert.

Selbstkontrolle

Dokumentieren Sie, welche Parameter von der Patientin/dem Patienten selbst kontrolliert werden.

Diabetesschulung

Bitte kreuzen Sie „ja“ an, wenn die Patientin/der Patient eine Diabetesschulung besucht hat. Falls das Jahr nicht bekannt ist, tragen Sie den Wert „0“ ein.

Vertragspartner-Nr. ☐☐ - ☐☐☐☐☐☐

Untersuchungsdatum

Tag	Monat	Jahr
☐☐	☐☐	☐☐☐☐

Unterschrift Arzt

Vertragspartner Nr.

Bitte tragen Sie Ihren 2-stelligen Fachcode und Ihre 6-stellige Vertragspartner-Nr. ein. (Fachcode: 01 = Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, 07 = Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin)

Anhang

EQ - 5D

Gesundheitsfragebogen

Deutsche Version für Österreich

Mehr Informationen unter www.euroQoL.org

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (☒) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Beweglichkeit/Mobilität

1. Ich habe keine Probleme herumzugehen ❑
2. Ich habe einige Probleme herumzugehen ❑
3. Ich bin ans Bett gebunden ❑

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 ❑

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 ❑

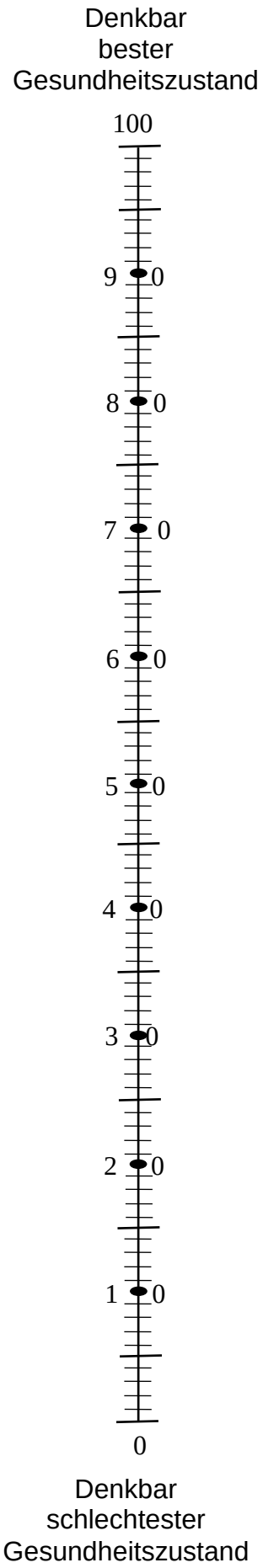
Schmerzen/Körperliche Beschwerden

1. Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden ❑
2. Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden ❑
3. Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden ❑

Angst/Niedergeschlagenheit

1. Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert ❑
2. Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert ❑
3. Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert ❑

Um Ihnen die Einschätzung zu erleichtern, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der denkbar beste Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

Ihr heutiger Gesundheitszustand