

## Lebensqualität (EuroQol)

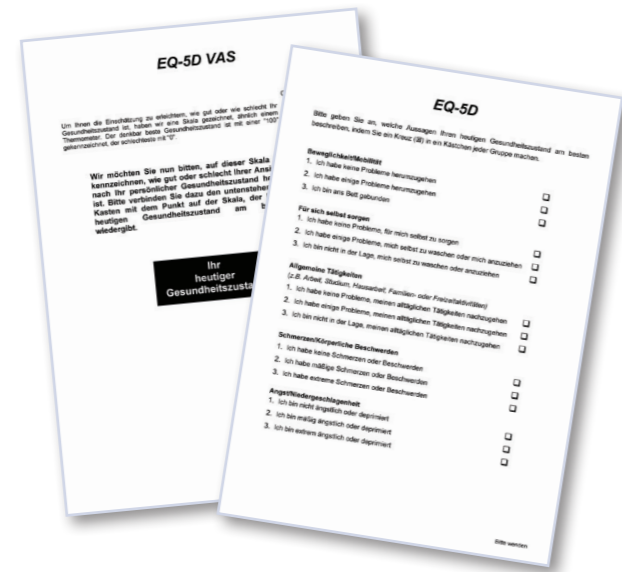
### EQ-5D

Die Lebensqualität wird mit dem standardisierten Fragebogen EQ-5D erhoben.

Dadurch wird der Gesundheitszustand auf zwei Wegen erfasst: Durch die fünf Fragestellungen zum subjektiven Gesundheitszustand auf der Vorderseite und der visuellen Analog-Skala (VAS) auf der Rückseite des Fragebogens.

Bitte Sie Ihre Patientin/Ihren Patienten diesen auszufüllen.

Die Antworten werden anhand der nachfolgenden Beispiele in den Dokumentationsbogen übertragen.



Fragebogen EQ-5D

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

Abbildung: Beispielantworten auf dem EQ-5D Fragebogen

### EQ-5D VAS

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

Im rechts abgebildeten Beispiel ist „069“ in den Dokumentationsbogen einzutragen.

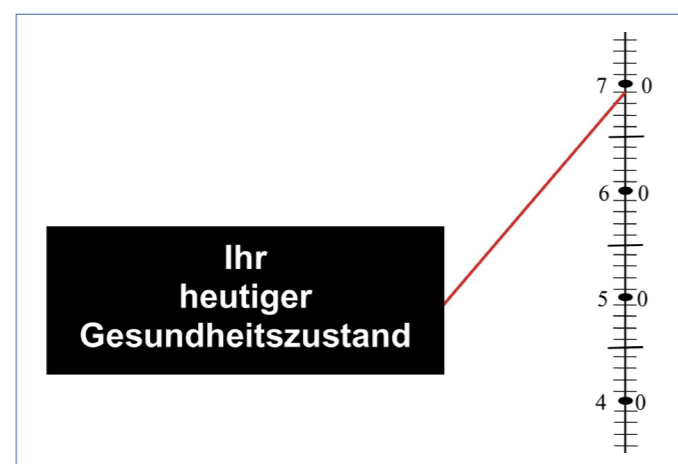


Abbildung: Beispiel für die Ermittlung des Gesundheitszustandes

## Dokumentation

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

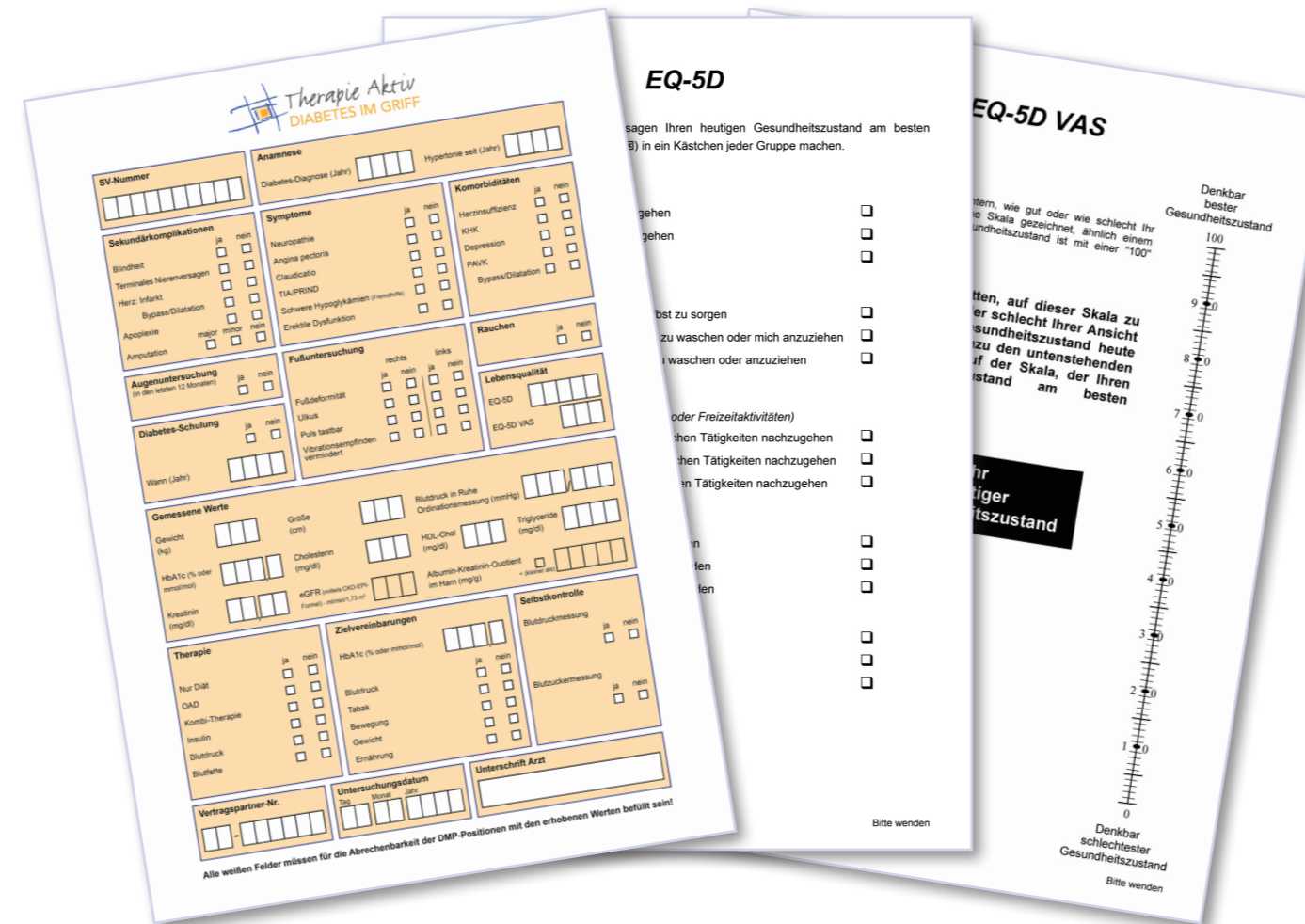
Nach erfolgreicher Anmeldung Ihrer Patientin/Ihres Patienten und nach Erhalt der Teilnahmebestätigung ist die Erstdokumentation möglich.

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



### IMPRESSUM:

Medieninhaber und Herausgeber: Österreichische Gesundheitskasse, Haidingergasse 1, 1030 Wien  
 www.gesundheitskasse.at/impresum  
 Redaktion: ÖGK Landesstelle Steiermark, Josef-Pongratz-Platz 1, 8010 Graz  
 Titelfoto: © WavebreakmediaMicro - Fotolia.com

Auflage 2020

# AUSFÜLL-ANLEITUNG

Dokumentationsbogen und EuroQol



## Diabetes mellitus Typ 2

Disease Management Programm



## Dokumentationsbogen

### Allgemeine Vorbemerkungen zum Ausfüllen

Dieser Bogen dient sowohl der Erst- als auch Folgedokumentation.

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

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 mehr 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

#### HbA1c

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 inexacter 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-HbA1c-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-Nr. ein (Fachcode: 01 = Arzt für Allgemeinmedizin, 07 = Facharzt für Innere Medizin).