

**Gesamtvertragliche Vereinbarung
zum Programm
„Therapie aktiv - IV Diabetes Tirol“
Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ II**

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Tirol (im folgendem kurz ÄK Tirol genannt) und der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) in Vollmacht der in § 2 genannten Krankenversicherungsträger (im Folgenden kurz KV-Träger).

Präambel

Diese Gesamtvertragliche Vereinbarung basiert auf dem operativen Ziel 6 des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens vom 30.10.2017 betreffend die Verbesserung der integrierten Versorgung von an Diabetes Mellitus Typ 2 erkrankten Personen im Rahmen von „Therapie Aktiv – IV Diabetes Tirol“.

§ 1

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 2

Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für die Tiroler Gebietskrankenkasse und wird von dieser auch für die in der Anlage 1 angeführten KV-Träger in deren Namen und mit Wirkung für diese abgeschlossen.

§ 3

Gegenstand

(1) Diese Gesamtvertragliche Vereinbarung regelt die Voraussetzungen, den Umfang, die Durchführung und Honorierung der Betreuung von Versicherten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen der KV-Träger (im Folgenden Patienten genannt) im Rahmen des Programms „Therapie aktiv- IV Diabetes Tirol“ Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ II (im Folgenden kurz DMP DM II).

(2) Als Patienten gelten auch Personen, die vom Versicherungsträger auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder zwischenstaatlicher Verträge zu betreuen sind.

(3) Die Teilnahme am DMP DM II ist sowohl für Ärzte als auch für Patienten freiwillig. Durch die Teilnahme am DMP DM II sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale zerebrovaskulären und sonstigen makroangiopathische Morbidität und Mortalität einschließlich Amputationen
- Vermeidung oder Hinauszögerung der mikrovaskulären Folgekomplikationen mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie (Dialyse, Transplantation)
- Vermeidung oder Hinauszögerung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und /oder osteopathischen Läsionen sowie der erektilen Dysfunktion
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie sowie schwerer Stoffwechsellentgleisungen
- Erhöhung des Benefit of Life

(4) Die Durchführung der LDL-Cholesterin-Bestimmung erfolgt grundsätzlich durch einen Vertragsfacharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik.

§ 4

Umfang der DMP DM II-Betreuung

Der sachliche Umfang der Leistungen ergibt sich aus dem definierten Betreuungsprogramm. Als Anleitung für die therapeutische Vorgehensweise der DMP DM II-Ärzte dienen die Behandlungspfade zum DMP DM II „Therapie aktiv - Diabetes im Griff“. Diese Pfade enthalten die Diagnosesicherung, kardiovaskuläre Risikoabschätzung, Therapieziele, therapeutische Maßnahmen und berücksichtigen ökonomische Gesichtspunkte.

Die DMP DM II-Betreuung umfasst folgende Elemente:

a) Leistungen der Erstbehandlung

- Diagnosesicherung (soweit nicht bereits erfolgt)
- Abklärung der Ein-/Ausschlusskriterien fürs DMP DM II
- Patienteninformation über die Teilnahme
- Abwicklung der Patienteneinschreibung
- die Weiterleitung der durch den DMP DM II-Patienten befüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 2)
- Erstuntersuchung auf Begleit- und Folgeerkrankungen
 - I. Anamnese
 - II. Mikroalbumintest
 - III. Monofilamenttest

- IV. Check auf Neuropathie
- V. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung
- VI. Fußinspektion
- Planung von Präventionsmaßnahmen
- Festlegen und Dokumentieren der Zielvereinbarung (Anlage 3)
- Ausgabe von Patientenunterlagen
- Durchführung und elektronische Weiterleitung der DMP DM II-Erstdokumentation (Anlage 4)
- Dokumentation im Patientenakt

b) Leistungen bei Weiterbetreuung

- DMP DM II-spezifische Untersuchungen auf Begleit- und Folgeerkrankungen so oft wie nötig, mindestens 1x jährlich
 - I. Anamnese
 - II. Mikroalbumintest
 - III. Monofilamenttest
 - IV. Check auf Neuropathie
 - V. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung
 - VI. Fußinspektion
- Bewertung und gegebenenfalls Anpassung von Präventionsmaßnahmen, mindestens einmal jährlich
- Überprüfung, eventuell korrigieren der Zielvereinbarung, mindestens einmal jährlich
- Ausgabe von Patientenunterlagen
- Durchführung und elektronische Weiterleitung der Folgedokumentation (Anlage 4), mindestens einmal jährlich
- Dokumentation im Patientenakt
- ev. Empfehlung zur augenärztlichen Untersuchung

§ 5

Einschreibung und Abmeldung der Patienten ins DMP DM II

(1) Der DMP DM II-Arzt entscheidet wer als Patient für das DMP DM II geeignet ist. Dabei gelten folgende Einschreibekriterien:

- gesicherte Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2
- Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur aktiven Teilnahme am Programm
- Fehlen von Ausschlusskriterien wie z.B. mentale Beeinträchtigung, Alkoholismus und Erkrankungen, die eine aktive Teilnahme des Patienten unmöglich machen.

(2) Die Einschreibung in das DMP DM II erfolgt, um eine kontinuierliche Betreuung sicherzustellen und leistungsrechtliche Ausschlusskriterien (z.B. Doppelseinschreibungen) zu prüfen, durch die DMP DM II-Administrationsstelle. Diese ist bei

der TGKK eingerichtet und übernimmt die tirolweite Betreuung sowie die DMP DM II-Administration für die KV-Träger.

(3) Patienten, die aus dem DMP DM II ausscheiden (z.B. Arztwechsel), sind umgehende von DMP DM II-Arzt elektronisch an die Administrationsstelle zu melden, die diese Meldung an den jeweiligen KV-Träger weiterleitet.

§ 6

Voraussetzung für die Teilnahme, Fortbildung „Therapie aktiv - IV Diabetes Tirol“

(1) Niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin und niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin sowie Gruppenpraxen mit Gesellschaftern dieser Fachrichtungen, haben die Möglichkeit zur Teilnahme sofern die notwendigen Strukturkriterien (Anlage 6) vorhanden sind und die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Diese werden durch die Absolvierung der Basisausbildung (z.B. Aus- und Fortbildungsveranstaltung der „Diabetes Akademie Tirol (DAT)“ oder gleichwertige Aus- und Fortbildungsveranstaltung in einem anderen Bundesland) inkl. 2 Stunden „Grundlagen Disease Management Therapie aktiv“ erfüllt. Das e-learning Modul „Therapie aktiv - Diabetes im Griff“ der österreichischen Akademie der Ärzte ersetzt den Ausbildungsteil „Grundlagen Disease Management“ der DAT. Die DMP DM II-Ärzte haben weiters eine von der Ärztekammer für Tirol anerkannte diabetesspezifische Fortbildung (Fortbildungspunkte) im Ausmaß von 2 Stunden innerhalb der ersten 3 Jahre der Administrationsstelle nachzuweisen.

(2) Das Vertragsverhältnis zwischen der TGKK und dem DMP DM II-Arzt wird durch eine Beitrittserklärung begründet (Anlage 7). Mit dieser Beitrittserklärung übernimmt der DMP DM II-Arzt die Recht und Pflichten, die sich aus dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung ergeben. Die Beitrittserklärung und ihre Abänderungen bedürfen zur Gültigkeit der Schriftform.

§ 7

DMP DM II-Betreuung

(1) Der DMP DM II-Arzt hat die DMP DM II-Betreuung in seiner Ordination selbst vorzunehmen.

(2) Die medizinische Betreuung der Patienten inkl. der Befüllung der Erst- und Folgedokumentation sowie der Abschluss der Zielvereinbarung hat ausschließlich durch den DMP DM II-Arzt zu erfolgen. Andere Tätigkeiten wie z.B. die administrative Abwicklung der Einschreibung können durch eine Ordinationshilfe durchgeführt werden.

(3) Der DMP DM II-Arzt hat die Diagnose Diabetes mellitus Typ II sicherzustellen und zu bestätigen sowie den Patienten umfassend über das Programm zu informieren. Bei Eignung und Einwilligung des Patienten, hat die Einschreibung ins Programm elektronisch zu erfolgen. Dazu hat der DMP DM II-Arzt die vom Patienten unterfertigte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 2) umgehend an die Administrationsstelle elektronisch zu übermitteln und eine Kopie in seinem Patientenakt aufzubewahren. Weiters hat er die mit dem Patienten ausgefüllte Erstdokumentation sowie die Folgedokumentation über das eCard-System elektronisch zu übermitteln.

(4) Der Patient ist nach Durchführung der notwendigen Untersuchungen in verständlicher Form ausführlich über den erfassten Gesundheitszustand, über bestehende oder mögliche Risikofaktoren (z.B. riskante Lebens- und Ernährungsgewohnheiten) zu informieren und über die erforderlichen Maßnahmen zur Behandlung aufzuklären. Eventuell notwendige weitergehende Untersuchungen sind ihm vorzuschlagen und zu erklären. Die Zielvereinbarung wird zwischen dem DMP DM II-Arzt und dem Patienten abgeschlossen und ist dem Patienten schriftlich mitzugeben.

§ 8

Honorierung der DMP DM II- Betreuung

(1) Für das DMP DM II-Betreuungsprogramm werden für die Erstbetreuung einmalig € 60,00 und für die laufende Betreuung € 30,00 pro Quartal, sofern der Patient aufgrund seiner Diabeteserkrankung behandelt wurde, honoriert. Mit diesem Betrag sind die Kosten für die Einhaltung der Strukturkriterien und den gesamten Verwaltungsaufwand abgegolten.

(2) Die Honorierung erfolgt nur dann, wenn die DMP DM II -Betreuung gemäß § 7 vollständig durchgeführt wurde und der Dokumentationsbogen vollständig und elektronisch übermittelt wurde. Steht dem DMP-DM II-Arzt der Dokumentationsbogen im eCard-System nicht zur Verfügung, so ist das Papierformular lt. Ausfüllanleitung (Anlage 5) vollständig und lesbar der Administrationsstelle zu übermitteln. Die Abrechnung der laufenden Betreuung ist erst im Folgequartal der Erstbetreuung möglich. Die Dokumentation der laufenden DMP DM II Betreuung erfolgt zumindest einmal jährlich. Liegt am Ende des 4. Folgequartals nach der letzten Dokumentation keine gültige Dokumentation vor, erfolgt keine Honorierung der Weiterbetreuung bis zum Zeitpunkt der elektronischen Erfassung einer gültigen Dokumentation.

(3) Die vereinbarte Honorierung deckt den durch das DMP DM II erforderlichen zusätzlichen Aufwand in der Betreuung von Patienten ab und erfolgt daher zusätzlich zur kurativen Leistungsverrechnung mit der TGKK bzw. bei Wahlärzten zusätzlich zur der dem Patienten in Rechnung gestellten Behandlungshonorar.

(4) Abweichend von § 3 Abs. 4 können DMP DII-Ärzte die LDL- Cholesterin-Bestimmung für Patienten einmal pro Quartal in der Ordination unter der Vorausset-

zung selbst erbringen, dass die Bestimmungen der zwischen der ÄK Tirol und der TGKK vereinbarten Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte idjgF betreffend der Erbringung vergleichbarer Laborleistungen (analog zu HDL-Cholesterin) erfüllt sind. Die Honorierung der LDL-Cholesterin-Bestimmung erfolgt diesfalls gemäß § 8 iVm § 11 Abs. 1 dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung mit der Leistungsposition 178w in der Höhe von € 2,73.

(5) Die gemäß Abs. 1 und 4 sowie § 9 Abs. 5 festgelegten Tarife behalten bis zum 31.12.2019 ihre Gültigkeit. Die Vertragsparteien kommen überein, rechtzeitig Verhandlungen über eine allfällige Valorisierung der Tarife ab 01.01.2020 zu führen.

§ 9

Sonderbestimmung für die § 2-Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik

- (1) Die gegenständliche Sonderbestimmung umfasst die Bestimmung des LDL-Cholesterins.
- (2) Diese Sonderbestimmung wird durch eine Einzelvereinbarung zwischen der TGKK und dem Vertragsfacharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik wirksam (Anlage 8). Mit dieser Einzelvereinbarung übernimmt der Vertragsfacharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik die Rechte und Pflichten, die sich aus dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung ergeben. Die Einzelvereinbarung und ihre Abänderungen bedürfen zur Gültigkeit der Schriftform.
- (3) Die Inanspruchnahme der LDL-Cholesterin-Bestimmung hat mit einem vom zuweisenden DMP DM II-Arzt ausgestellten Überweisungsschein (gelbes Formular) oder Wahlarztantrag (blaues Formular) zu erfolgen, auf welchem der Vermerk „DMP DM II“ angebracht ist.
- (4) Die Abrechnung der LDL-Cholesterin-Bestimmung hat vierteljährlich gemeinsam mit den kurativen Leistungen nach den Bedingungen des zwischen der ÄK Tirol und der TGKK abgeschlossenen kurativen Gesamtvertrages sowie EDV-unterstützt entsprechend dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgegebenen Datensatzaufbau zu erfolgen. Zusätzlich sind die Überweisungsbelege (Überweisungsscheine, Wahlärzteanträge) der zugewiesenen Fälle bis zum 10. des dem Abrechnungszeitraum jeweils folgenden Monats bei der TGKK einzureichen.
- (5) Die LDL-Cholesterin-Bestimmung für DMP DM II – Patienten ist einmal pro Quartal und Patient mit der Leistungspositionsnummer 2.12D verrechenbar und wird mit 40 Punkten zu je € 0,06828 außerhalb der für die Vertragsfachlabore geltenden Umsatzbegrenzung vergütet.

§ 10 pro ordinatione

Die für den Mikroalbumintest benötigten Harnstreifen werden dem DMP DM II-Arzt über die TGKK zu Verfügung gestellt, wenn diese mittels Rezept und der Bezeichnung „*pro ordinatione - IV Diabetes Tirol DMP DM II - Patient*“ bei der TGKK bestellt werden.

§ 11 Abrechnung

(1) Die Abrechnung der DMP DM II-Betreuung von Patienten, für die die TGKK abrechnungszuständig ist, erfolgt bei Vorliegen aller Abrechnungsvoraussetzungen und termingerechter Einreichung gemeinsam mit der Quartalsabrechnung nach den Bestimmungen der zwischen der ÄK Tirol und der TGKK vereinbarten Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte idjgF.

Für die Abrechnung sind die folgenden Positionsnummern zu verwenden:

Pos. Nr.	Art der Leistung	Anmerkung
DMP1	Erstbetreuung	Einmalig bei Aufnahme eines Patienten ins DMP DM II Leistungsdatum: auf dem Dokumentationsbogen vermerktes Datum
DMP2	Weiterbetreuung	Maximal einmal pro Folgequartal. Erstmalig im Folgequartal nach der Erstbetreuung möglich: Leistungsdatum: Datum der Erstkonsultation im Rahmen des DMP DMII im jeweiligen Quartal

(2) Die Abrechnung von Leistungen für Patienten, für die ein anderer laut Anhang 1 am Vertrag beteiligter KV-Träger leistungszuständig ist, ist jeweils bei diesem KV-Träger einzureichen. Die Abrechnungsmodalitäten richten sich nach dessen Abrechnungsbestimmungen.

(3) Der Anspruch auf das Honorar für die DMP DM II- Betreuung verjährt nach Ablauf von drei Jahren.

§ 12

Gegenseitige Unterstützung

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung.
- (2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, auf Anfrage wechselseitig alle mit der Durchführung dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung erforderlichen Auskünften zu erteilen.
- (3) Die Vertragsparteien verpflichten sich alles zu unterlassen, was das Programm in den Augen der Patienten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

§ 13

Administrative Mitarbeit

- (1) Der DMP DM II-Arzt ist zur Vornahme aller schriftlichen Arbeiten verpflichtet, die sich aus der Durchführung der DMP-Betreuung nach dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung ergeben.
- (2) Der ausgefüllte Dokumentationsbogen wird über das eCard-System elektronisch an die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Pseudonymisierungsstelle geschickt. Ist der Zugang zum betreffenden eCard-Modul „Dokumentationsblattabnahme-Service (DBAS) nicht vorhanden, so ist der Dokumentationsbogen umgehend an die Administrationsstelle postalisch weiterzuleiten.
- (3) Dem Patienten ist die Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung mitzugeben. Ebenso ist die Zielvereinbarung auszuhändigen, eine zusätzliche Dokumentation der Vereinbarung ist beim Arzt durchzuführen (im Patientenakt oder Kopie). Es besteht keine generelle Verpflichtung, dem Patienten den Dokumentationsbogen als Kopie mitzugeben. Die allgemeine Verpflichtung, auf Verlangen des Patienten Einsicht in seine Befunde und Abschriften davon zu erhalten, wird dadurch nicht berührt.
- (4) Sofern das eCard-System nicht zur Verfügung steht, werden die Formulare der Anlage in Papierform kostenlos und in ausreichender Zahl von der Administrationsstelle zur Verfügung gestellt.
- (5) Die Administrationsstelle ist verpflichtet, die administrative Belastung des DMP DM II-Arzt es auf das unumgänglich notwendige Mindestausmaß zu beschränken.

§ 14 Patientenschulung

Die im Rahmen des Programms vorgesehenen Patientenschulungen werden in Kooperation mit dem Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (avomed) durchgeführt.

§ 15 Datenschutz

(1) Gemäß § 459e ASVG sind die Sozialversicherungsträger ermächtigt, Gesundheitsdaten zum Zwecke der Verbesserung der Gesundheitsversorgung oder -behandlung zu verarbeiten. Die Pseudonymisierung erfolgt entsprechend der Gesamtvertraglichen Vereinbarung zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband über die Pseudonymisierungsstelle des Hauptverbandes, die Verschlüsselung der Daten erfolgt auf der GINA und somit in der Arztordination.

(2) Der DMP DM II-Arzt unterliegt hinsichtlich der persönlichen Daten der Patienten) der Verschwiegenheitspflicht entsprechend den berufs- und datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

(3) Davon ausgenommen sind Angaben, die gegenüber behandelnden Ärzten bzw. der Administrationsstelle/der Vertragspartnerabrechnung im Rahmen der gesetzlichen bzw. vertragsrechtlichen Bestimmungen zur Wahrung deren Aufgaben notwendig sind.

(4) Im Falle der zusätzlichen Einpflegung der Dokumentationsdaten (in pseudonymisierter Form) in das Tiroler Diabetesregister schließt jeder DMP DM II-Arzt eine eigene Datenschutzvereinbarung mit dem Institut für Epidemiologie der Tirol Kliniken ab.

§ 16 Pauschalabgeltung EDV-Software

Der DMP DM II-Arzt erhält einmalig nach Unterfertigung der Beitrittserklärung und nach Rechnungsvorlage eine pauschalierte Kostenabgeltung zur Anschaffung der „Therapie aktiv“ EDV- Software (inklusive Wartungsgebühren) in der Höhe von € 500,00 (inkl. MwSt.). Die pauschalierte Kostenabgeltung wird im Rahmen der Abrechnung des Quartals, in dem die Rechnungsvorlage an die Administrationsstelle erfolgt ist, überwiesen.

§ 17
Verfahren bei Streitigkeiten

Streitigkeiten aus dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung unterliegen den in § 36 des kurativen Gesamtvertrages und in den §§ 334, 345 und 347 ASVG geregelten Verfahren.

§ 18
Geltungsdauer der Gesamtvertraglichen Vereinbarung
„Therapie aktiv –IV Diabetes Tirol“
DMP DM II

Diese Gesamtvertragliche Vereinbarung tritt mit 1. Jänner 2018 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden.

Innsbruck, am 19.04.2018

F. d.
Ärztammer für Tirol

Der Präsident:

(Dr. Artur Wechselberger)



Der Obmann der Kurie
der niedergelassenen Ärzte:

(VP Dr. Momen Radi)

F. d.
Tiroler Gebietskrankenkasse

Der Direktor:

(Dr. Arno Melitopoulos)



Der Obmann:

(Werner Salzburger)

Beilagen

Verzeichnis der Versicherungsträger

Tiroler Gebietskrankenkasse

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Versicherungsanstalt öffentlich Bedienstete

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten

Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamte

Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer



TEILNAHME- und EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2

Name, Vorname des Versicherten

□□□□□□□□□□

Versicherungsnummer

Versicherungsträger

Anschrift (Strasse / PLZ / Ort)

- Ich erkläre mich bereit, aktiv am Programm „Therapie Aktiv“ teilzunehmen. Ich werde gemeinsam mit meinem Arzt Therapieziele (mehr Bewegung, gesunde Ernährung, Rauchstopp, verbesserte Blutdruck- und Laborwerte, Gewichtsreduktion) vereinbaren und mich nach diesen Zielen richten.
- Ich bin einverstanden im Zuge des Programms diabetesrelevante Mitteilungen von der Sozialversicherung zu erhalten.
- Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen und scheidet mit dem Widerruf automatisch aus dem Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2 aus.

Datum

Unterschrift des Versicherten

vom Arzt auszufüllen:

Ersteinschreibung

Arztwechsel

Wiedereinschreibung

Ort, Datum der Einschreibung

Unterschrift des „Therapie Aktiv“-Arztes

Name, Vertragspartnernummer

Anschrift

Ordinationsstempel

ZUSATZINFORMATION zur ZIELVEREINBARUNG Therapie Aktiv – Diabetes im Griff

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind im Behandlungsprogramm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ eingeschrieben.
Im Programm ist vorgesehen, dass wir gemeinsam sinnvolle medizinische Ziele festlegen:

Ernährung Bewegung Rauchen Gewicht Blutdruck HbA1c

Diese 6 Einflussgrößen bestimmen den Verlauf der Krankheit und haben einen wesentlichen Einfluss auf Spätkomplikationen wie z.B. Erblindung, Amputation. Schon eine Verbesserung in einzelnen Teilbereichen kann Ihren Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Es kommt daher nicht darauf an, gleichzeitig für alle Bereiche Ziele festzulegen, sondern sich zunächst vielleicht 2 oder 3 Bereiche auszusuchen, an denen Sie etwas verändern können.

Ein konkretes Ziel könnte zum Beispiel sein, dass Sie sich vermehrt körperlich betätigen. Dabei erheben wir zuerst, was Sie bisher gemacht haben, um individuell daran anknüpfen zu können. Für den Anfang kann es ausreichen zu Fuß zu gehen, statt mit dem Lift zu fahren. Das kann sich steigern auf z.B. täglich 30 Minuten moderate Bewegung wie Spazieren gehen und mehr. Auch die Zeitspanne in der das Ziel erreicht werden soll ist unterschiedlich und individuell zu wählen.

Wir werden die gemeinsam vereinbarten Ziele bei Ihrem nächsten Arztbesuch überprüfen und gegebenenfalls anpassen oder verändern.

Sie bekommen die Zielvereinbarung mit nach Hause, damit Sie die Ziele immer vor Augen haben und jederzeit nachlesen können. Nur wenn Sie aktiv daran arbeiten, werden Sie Ihr Ziel erreichen, was sich wiederum positiv auf Ihre Erkrankung auswirkt.

Die Ziele können entweder im eigens dafür vorgesehenen Formular ‚Zielvereinbarung‘ ausgefüllt oder im Diabetes-Pass eingetragen werden. Jedenfalls bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift, dass Sie selbst aktiv an der Erreichung der Ziele mitarbeiten werden.

**Ihre Mitarbeit ist ein entscheidender Beitrag zur Optimierung der Therapie -
sie kommt ausschließlich Ihnen zugute!**

Ihr behandelnder Arzt

Zielvereinbarung

Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2

Versicherungsnummer: _____

Vorname: _____ Zuname: _____

Im Rahmen von **Therapie Aktiv – Diabetes im Griff** wurden folgende Ziele gemeinsam vereinbart:

HbA1c-Senkung

aktueller HbA1c: _____ mmol/mol (%) vereinbarter HbA1c: _____ mmol/mol (%) bis: _____

Blutdruck-Senkung

aktueller Blutdruck: _____ / _____ mmHg vereinbarter Blutdruck: _____ / _____ mmHg bis: _____

Reduktion des Tabakkonsums

aktueller Tabakkonsum: _____ Zigaretten/Tag vereinbarte Reduktion auf: _____ Zig./Tag bis: _____

Vermehrte Bewegung

Folgende Aktivitäten werden vereinbart:

Aktivität 1: _____

Dauer: _____ Minuten Häufigkeit: _____ mal/Woche

Aktivität 2: _____

Dauer: _____ Minuten Häufigkeit: _____ mal/Woche

Gewichtsreduktion

aktuelles Gewicht: _____ kg vereinbartes Gewicht: _____ kg bis: _____

Ernährungsumstellung

Bezüglich Ernährung wurde folgendes vereinbart:

Verlaufskontrolle

Datum				
HbA1c	, mmol/mol (%)	, mmol/mol (%)	, mmol/mol (%)	, mmol/mol (%)
Blutdruck	/	/	/	/
Zigaretten	Stk.	Stk.	Stk.	Stk.
Aktivität 1	min/ x	min/ x	min/ x	min/ x
Aktivität 2	min/ x	min/ x	min/ x	min/ x
Gewicht	kg	kg	kg	kg

 Datum, Unterschrift Patient

 Datum, Unterschrift Arzt

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

Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe einige Probleme herumzugehen
- Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst/Niedergeschlagenheit

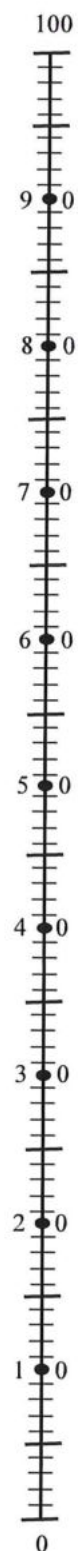
- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

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**

Denkbar
bester
Gesundheitszustand



Denkbar
schlechtester
Gesundheitszustand

SV-Nummer <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Anamnese Diabetes-Diagnose (Jahr) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Hypertonie seit (Jahr) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																																																																
Sekundärkomplikationen <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>Amputation</td> <td style="text-align: center;">major <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">minor <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">nein</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"/>	Amputation	major <input type="checkbox"/>	minor <input type="checkbox"/>		nein	<input type="checkbox"/>	Symptome <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"/>	Komorbiditäten <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"/>																																																															
Amputation	major <input type="checkbox"/>	minor <input type="checkbox"/>																																																															
	nein	<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"/>																																																															
Augenuntersuchung (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"/>	Fußuntersuchung <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"/>																																																													
Diabetes-Schulung <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) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen <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"/>																																																																
Gemessene Werte <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Gewicht (kg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>Größe (cm) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m² <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">< (kleiner als)</td> </tr> </table>			Gewicht (kg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Größe (cm) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m ² <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	< (kleiner als)		Lebensqualität EQ-5D <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> EQ-5D VAS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																																																		
Gewicht (kg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Größe (cm) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																																																															
HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																																																															
Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m ² <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																																																															
Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	< (kleiner als)																																																																
Therapie <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"/>	Zielvereinbarungen <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</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>Tabak</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bewegung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gewicht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ernährung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	ja	nein	Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährung	<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) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																																																																	
ja	nein																																																																
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Selbstkontrolle <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"/>																																																			
Blutdruckmessung	ja	nein																																																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Blutzuckermessung	ja	nein																																																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Vertragspartner-Nr. <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Untersuchungsdatum Tag <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Monat <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Unterschrift Arzt <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>																																																															

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

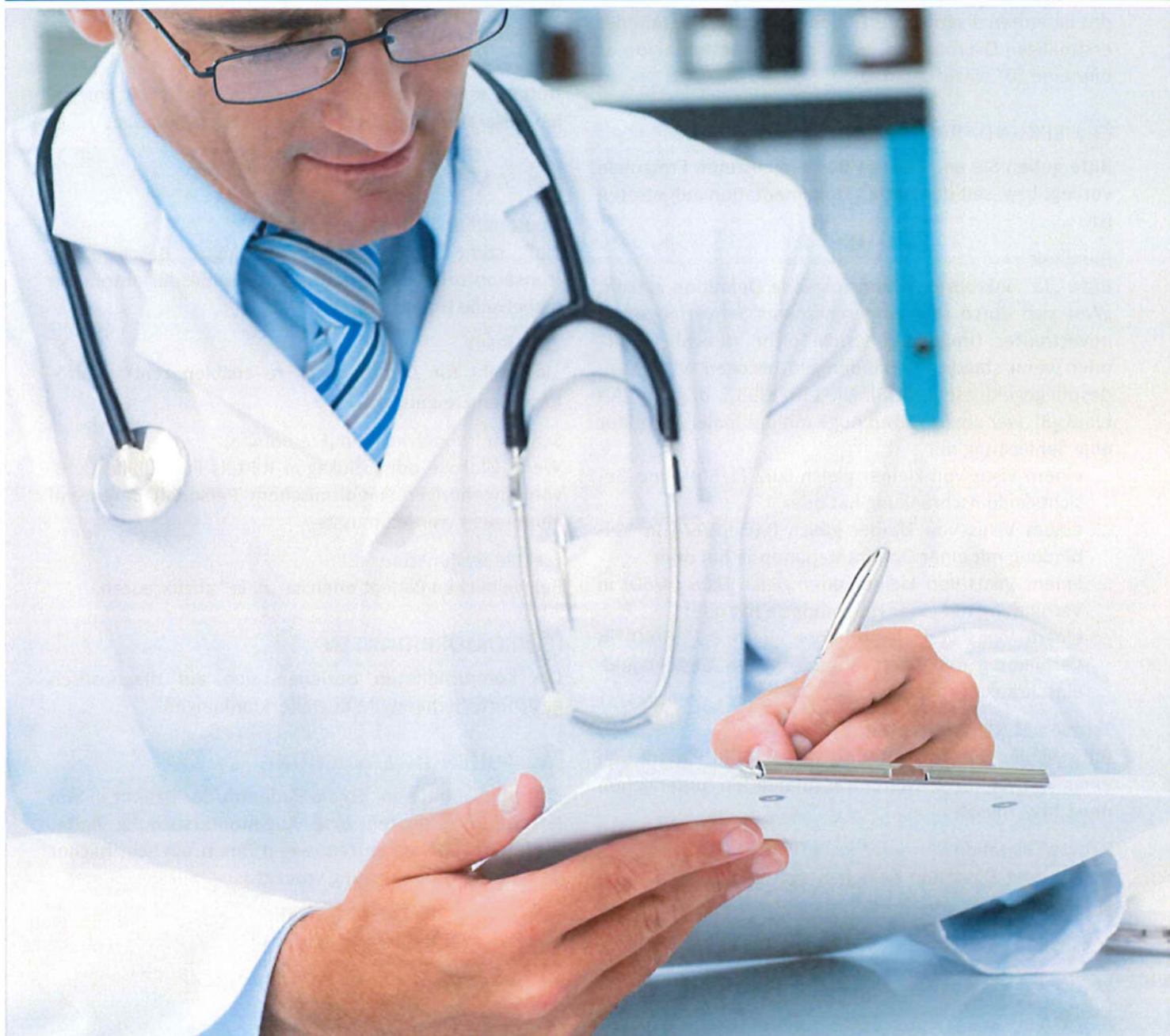
AUSFÜLL- ANLEITUNG

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 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/calcanecuboid), 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.)

Therapie Aktiv

DIABETES IM GRIFF

SV-Nummer 1. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Anamnese 2. Diabetes-Diagnose (Jahr) <input style="width: 40px;" type="text"/> Hypertonie seit (Jahr) <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																
Sekundärkomplikationen 3. <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 style="padding-left: 20px;">major minor</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Symptome 4. <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"/>	Komorbiditäten 5. <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
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"/>																																																															
Augenuntersuchung 6. (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"/>	Fußuntersuchung 7. <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"/>	Rauchen 8. <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"/>																																																																
	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"/>																																																																
Diabetes-Schulung 9. <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) <input style="width: 40px;" type="text"/>	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebensqualität 10. EQ-5D <input style="width: 40px;" type="text"/> EQ-5D VAS <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																												
ja	nein																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
Gemessene Werte 11. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Gewicht (kg) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;">Größe (cm) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;">Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/> Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m² <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input style="width: 40px;" type="text"/> <small>< (kleiner als)</small></td> </tr> </table>			Gewicht (kg) <input style="width: 40px;" type="text"/>	Größe (cm) <input style="width: 40px;" type="text"/>	Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>	HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 40px;" type="text"/>	Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/>	HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/> Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/>	Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/>	eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m ² <input style="width: 40px;" type="text"/>	Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input style="width: 40px;" type="text"/> <small>< (kleiner als)</small>																																																						
Gewicht (kg) <input style="width: 40px;" type="text"/>	Größe (cm) <input style="width: 40px;" type="text"/>	Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																															
HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 40px;" type="text"/>	Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/>	HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/> Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																															
Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/>	eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m ² <input style="width: 40px;" type="text"/>	Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input style="width: 40px;" type="text"/> <small>< (kleiner als)</small>																																																															
Therapie 12. <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"/>	Zielvereinbarungen 13. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</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>Tabak</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bewegung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gewicht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ernährung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 40px;" type="text"/>			ja	nein	Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstkontrolle 14. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">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) <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																	
	ja	nein																																																															
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Blutdruckmessung	ja	nein																																																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Blutzuckermessung	ja	nein																																																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Vertragspartner-Nr. 15. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Untersuchungsdatum Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/>	Unterschrift Arzt <input style="width: 100%; height: 20px;" 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 $\mu\text{mol/l}$ 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-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).

Lebensqualität (EuroQol)

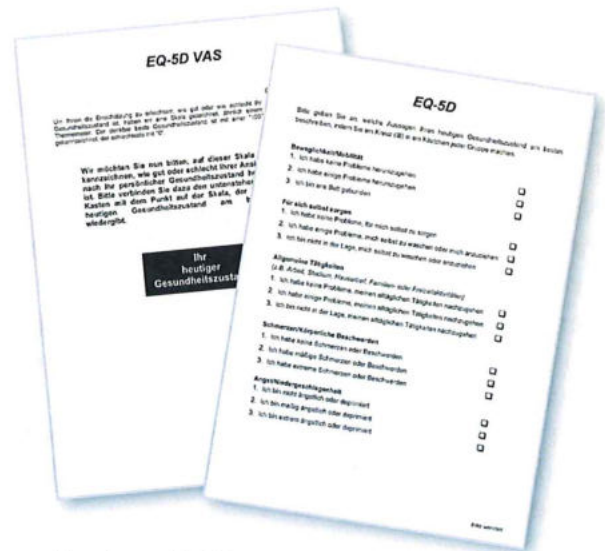
EQ-5D

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.

Bitten Sie Ihre Patientin/Ihren Patienten diesen auszufüllen.

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



Fragebogen EQ-5D

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

Im links abgebildeten Beispiel sind im Feld EQ-5D die Ziffern „12213“ einzutragen.

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.

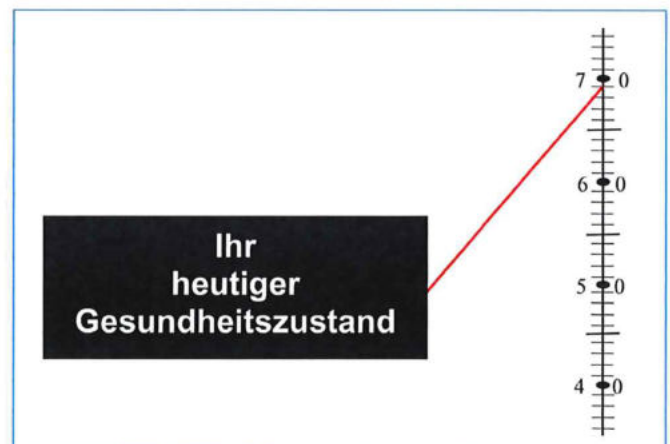


Abbildung: Beispiel für die Ermittlung des Gesundheitszustandes

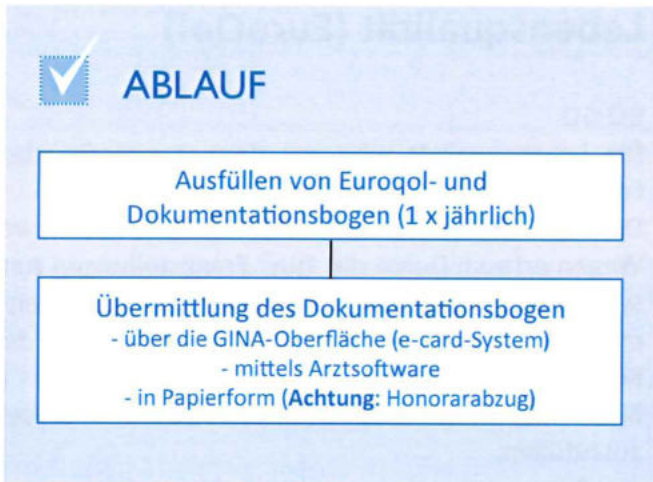
Dokumentation

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.



Therapie Aktiv DIABETES IM GRIF

EQ-5D

EQ-5D VAS

**Strukturqualitätskriterien
für Ärzte im Rahmen des Projekts
„Therapie aktiv - IV Diabetes Tirol“**

Z 1. „Medizinisch-technische Ausstattung – allgemein“

Die Grundausstattung zur allgemein-medizinischen bzw. fachspezifischen- medizinischen Versorgung ist entsprechend dem angebotenen Leistungsspektrum vorhanden.

Ausstattungsliste (lt. ÖÄK)

- Blutzuckermessung – Trockenchemie
- Blutdruckmessung - Oberarmmanschette für adipöse Patienten
- 12-Ableitungs-EKG
- Harnstreifen Mikroalbumintest
- Möglichkeit zur venösen Blutabnahme
- Reflexhammer
- Monofilament
- Stimmgabel
- Personenwaage – Messlatte – Maßband

Folgende Arzneimittel sind jedenfalls vorrätig:

- Kochsalzlösung
- Glukoselösung 10%
- schnellwirksames Insulin
- Für medizinisch-technische Apparate liegen Gerätehandbücher auf. Allfällige gesetzliche Vorgaben werden eingehalten und vorgeschriebene Überprüfungen finden vorschriftsmäßig statt. Geräte für physikalische Messgrößen sind nach Möglichkeit geeicht.

Z 2. „Dokumentation“

Labor, Überweisungsaufzeichnungen für Fachärztin bzw. Facharzt für Augenheilkunde und falls notwendig, für Fachärztin bzw. Facharzt für Neurologie, Fußkontrolle

BEITRITTSERKLÄRUNG
gemäß § 6 Abs. 2 Gesamtvertragliche Vereinbarung
„Therapie aktiv - IV Diabetes Tirol“

Mit dieser Beitrittserklärung übernimmt Frau / Herr

Dr. med. _____

Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin

Gesellschafter/in der Vertrags-Gruppenpraxis

mit Wirkung ab

die Rechte und Pflichten, die sich aus der Gesamtvertraglichen Vereinbarung zum Programm „Therapie aktiv - IV Diabetes Tirol“ Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ II, abgeschlossen zwischen der Tiroler Ärztekammer (ÄK Tirol) und der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) ergeben.

Der Inhalt der Gesamtvertraglichen Vereinbarung zum Projekt „Therapie aktiv - IV Diabetes Tirol“ Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ II wird samt Anlagen vom Arzt zur Kenntnis genommen. Der Arzt erklärt sich bereit, bei Bedarf eine Bewertung über das Programm „Therapie aktiv –IV Diabetes Tirol“ abzugeben.

(Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin)

(Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin)

(Gesellschafter/in der Vertrags-Gruppenpraxis)

F. d.

Tiroler Gebietskrankenkasse

Der Direktor:

Der Obmann:

(Dr. Arno Melitopoulos)

(Werner Salzburger)

Stempel und Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

EINZELVEREINBARUNG

Diese Einzelvereinbarung wird gemäß § 9 Abs. 2 der Gesamtvertraglichen Vereinbarung zum Programm „Therapie aktiv - IV Diabetes Tirol“ Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ II zwischen Herrn

Vertragsarzt für medizinische und chemische Labordiagnostik in

und der Tiroler Gebietskrankenkasse in Innsbruck, Klara-Pörtl-Weg 2, mit Wirkung ababgeschlossen und gilt für die Dauer der Gesamtvertraglichen Vereinbarung. Diese Einzelvereinbarung kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist jeweils zum Quartalsende gekündigt werden.

Facharzt
für medizinische und chemische Labordiagnostik

F. d.
Tiroler Gebietskrankenkasse

Der Direktor:

Der Obmann:

(Dr. Arno Melitopoulos)

(Werner Salzburger)

