

Anrede
Name
Fachrichtung
Straße
PZL, Ort

RS Nr. 1215/2011
VP-I
April 2011

Umstieg in Therapie Aktiv – Diabetes im Griff ab 1. 7. 2011

Sehr geehrte Frau Dr. ...serienbrief

Mit diesem Schreiben wollen wir Sie zeitgerecht über die Umstellung der „Strukturierten Diabetikerbetreuung in Oberösterreich“ auf das österreichweite Betreuungsprogramm „**Therapie aktiv – Diabetes im Griff**“ informieren und Sie ersuchen, Ihre Teilnahme im Rahmen dieses leicht modifizierten Betreuungsprogramms fort zu setzen. Als **Umstiegstermin** wurde der **01. Juli 2011** zwischen der OÖ Ärztekammer und der OÖGKK vereinbart.

Bald können wir auch in Oberösterreich die Vorteile einer über die Landesgrenzen hinaus gehenden einheitlichen Betreuung genießen.

Ihre Vorteile bei einem Umstieg:

- Höheres Honorar (+ 17,5 %) bei vergleichsweise geringem Mehraufwand
- Elektronische Datenübertragung
- Übersichtlicheres Dokublatt
- Umfassendes Infomaterial
- Zukünftig: Recallmöglichkeit für PatientInnen (wird erst implementiert)

Die wesentlichen Änderungen zu unserem aktuellen strukturierten Betreuungsprogramm für Typ-2 DiabetikerInnen entnehmen Sie bitte der Beilage1.

Die elektronische Verwaltung und Dokumentation Ihrer PatientInnen erfolgt im Therapie Aktiv Programm mittels GINA – Oberfläche. Sie haben auch die Möglichkeit, diese Funktionalitäten von Ihrem Softwareanbieter in Ihre individuelle Arztsoftware integrieren zu lassen. Die dabei entstehenden Implementierungskosten werden **ab einer Einschreibungszahl von 10 PatientInnen** in Höhe von € 500.-, von der Kasse **gefördert**. Wenn Sie diese Möglichkeit in Anspruch nehmen wollen, organisieren Sie bitte zeitgerecht die Implementierung in Ihre Software bei Ihrem SW-Lieferanten.

Ihre Unterstützung (Checkliste, Ausfüllhilfe für Jahresdokubogen,..) für einen reibungslosen Betreuungsablauf nach dem Umstieg sowie entsprechendes Infomaterial für Ihre PatientInnen erhalten Sie von uns rechtzeitig vor dem 01. Juli 2011.

Wir danken Ihnen, dass Sie Ihren PatientInnen bereits jetzt im Rahmen der „Strukturierten Diabetikerbetreuung in OÖ“ bestmögliche Therapie, Beratung und Betreuung zukommen lassen und wir bitten Sie, diesen Weg der strukturierten Betreuung mit uns und Ihren PatientInnen fort zu setzen und uns Ihren Umstieg in das Programm „Therapie Aktiv“ mit dem beiliegenden Fax-Formular (Beilage 2) bis Freitag 11. Mai zu bestätigen.

Dass dieser Weg ein Positiver ist, hat die medizinische Evaluierung 2010 (siehe Beilage 3) eindeutig gezeigt, da alle relevanten Parameter (HbA1c, Cholesterin, BMI, Rauchverhalten,...) der strukturiert betreuten PatientInnen einen tendenziell positiven Verlauf nehmen.

Für Fragen stehen Ihnen folgende **AnsprechpartnerInnen** zur Verfügung:

Seitens der Ärztekammer für OÖ:

Mag. Robert Prankl, 0732/778371-305, E-Mail: prankl@aeckooe.or.at

Seitens der OÖ Gebietskrankenkasse:

DI Birgit Otruba, Tel.: 057807/104817, E-Mail: birgit.otruba@ooegkk.at

OÖ Gebietskrankenkasse



Mag. Franz Kiesel
Ressortdirektor

Ärztekammer für Oberösterreich



MR Dr. Thomas Fiedler
Kuriennobmann-Stv.
niedergelassene Ärzte



OMR Dr. Oskar Schwening
Kuriennobmann
niedergelassene Ärzte



Dr. Peter Niedermoser
Präsident

Beilage 1: Wesentliche Änderungen Therapie Aktiv

Beilage 2: Fax-Formular „Umstiegserklärung“

Beilage 3: „Strukt. Diabetikerbetreuung“ – Zusammenfassung der Ergebnisse der medizinischen Evaluierung 2010

Beilage 4: Jahresdokubogen Therapie Aktiv

Beilage 5: EuroQuol5 – Fragebogen zur Lebensqualität

Wesentliche Änderungen beim Umstieg in die Diabetikerbetreuung „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“:

1) Adaptierte Arzthonorare

10x → Erstuntersuchung € 66.-
 10y → Quartalscheck € 19.-
 10z → Jahrescheck € 43.-

Ergibt eine **durchschnittliche Honorarerhöhung von 17,5%**.

2) Aus- und Fortbildung der ÄrztInnen

- Grundsicherung der ÄrztInnen bleibt im selben Umfang. Es kann in Zukunft auch eine elektronische Schulung (diese wird gerade konzipiert) alternativ absolviert werden
- Bereits aktive BetreuungsärztInnen benötigen keine neue Schulung (tel. Startunterstützung durch Fr. Piffath, OÖGKK, Tel 05/ 78 07 – 104815)
- Refresher (6x45Min.), sollen innerhalb von 3 Jahren absolviert werden. Als Refresher gelten Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Diabetes, die frei gewählt werden können.

3) Österreichweite einheitliche Dokumentation - Jahresdokubogen neu

Es gibt geringfügige Unterschiede, der Aufwand für diese Dokumentation entspricht in etwa dem bisherigen (Neuer Jahresdokubogen siehe Beilage 4).

4) Elektronischer Ablauf

Im Sinne einer vereinfachten Verwaltung wird auch in OÖ nach Umstieg die elektronische Lösung von Therapie Aktiv verwendet (Anmeldung von PatientInnen, Jahresdokubogen; nach Implementierung: recall-system)

Es wird für jene ÄrztInnen, die aus irgendwelchen Gründen die elektronische Lösung nicht verwenden können (zB weil kurz vor der Pensionierung), möglich sein, weiterhin Jahresdokubögen in Papierform an die OÖGKK zu übermitteln. Für diesen Fall sind € 3.- Honorarabzug pro Bogen vereinbart (analog Vorgehen bei der Vorsorgeuntersuchung). (Förderung für die Implementierung der elektronischen Lösung siehe beiliegendes Rundschreiben.)

5) Zusätzliche verpflichtende Leistungen

EuroQuol 5 – Fragebogen zur Lebensqualität Beilage 5

ist 1x jährlich mittels Fragebogen zu erheben und im Jahresdokubogen zu dokumentieren.

Stimmgabeltest

Dieser Test ist zur Überprüfung eines herabgesetzten Vibrationsempfindens zusätzlich zum Monofilamenttest durchzuführen.

6) EKG

Es gibt nach dem Umstieg keine Verpflichtung mehr, ein jährliches EKG im Rahmen der Betreuung durchzuführen, da keine Evidenzen für ein EKG als Screening vorhanden sind.

Ob die Durchführung eines EKG's medizinisch indiziert ist, liegt im Ermessen der Ärztin/des Arztes.

7) Einbindung KH-Ambulanzen als Schulungszentren

Nachdem derzeit zu wenige Schulungen im niedergelassenen Bereich stattfinden, werden mittelfristig die Krankenhausambulanzen in den Schulungsbetrieb für ProgrammteilnehmerInnen eingebunden.

8) Einbindung WahlärztInnen

Auch WahlärztInnen können weiterhin wie bisher an der Betreuung teilnehmen.

Anmerkung: Diabetespass / Zielvereinbarungsformular

In OÖ wird nach wie vor im Diabetespass dokumentiert. Nur so ist sichergestellt, dass andere behandelnde Ärztinnen/Ärzte die Werte des Patienten kennen.

Das im Therapie Aktiv-Programm vorgesehene Zielvereinbarungsformular wird daher nicht verwendet, sondern die Ziele – wie bisher – im Diabetespass eingetragen.

Ines Piffath
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Gruberstraße 77
4021 Linz

Fax an: 05/7807- 66104815

Umstiegserklärung

von der Vereinbarung über die „Strukturierte Diabetikerbetreuung in OÖ“ vom 23. März 2006
in die neue Vereinbarung „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ vom April 2011

jeweils abgeschlossen zwischen der OÖ Gebietskrankenkasse (stellvertretend auch für die
Krankenversicherungsträger SVB, BKK Austria Tabak, BVA, SVA und VAEB) und der
Ärzttekammer für OÖ.

*Die neue Vereinbarung entnehmen Sie bitte der Homepage der OÖ Ärztekammer unter
www.aekooe.or.at/Themen A-Z/Therapie Aktiv.*

Meine Daten (bitte leserlich ausfüllen!):

Name:

Adresse:

Ich stimme hiermit verbindlich der neuen Vereinbarung und damit dem Umstieg am 1. Juli 2011 auf
das Diabetikerbetreuungsprogramm „Therapie-Aktiv – Diabetes im Griff“ zu. Ab diesem Zeitpunkt
ist die Vereinbarung über die „Strukturierte Diabetikerbetreuung“ beendet und alle bis dahin
eingeschriebenen PatientInnen sind nach der neuen Vereinbarung zu betreuen.

Umstiegshilfen (Checklisten, Ausfüllhilfen,...) werden von der Kasse zeitgerecht vor dem Umstieg
zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift und
Arztstempel

.....

.....

**P.S. Bitte die Umstiegserklärung bis spätestens Mittwoch, 11. Mai 2011 per Fax (05/7807- 66
104815) oder Post übersenden!**

Medizinische Evaluierung der Strukturierten Diabetikerbetreuung

Oberösterreich 2010

Kurzfassung vom 23.09.2010

Basisdaten

Mit Stand Februar 2010 waren rund 5.800 PatientInnen in das Programm eingeschrieben (Patienten, die in die Evaluierung eingegangen sind). Diese Daten sind für die Evaluierung herangezogen worden. Von den PatientInnen, die im Zeitraum 2006 bis 2010 am Projekt teilgenommen haben, sind 7 Prozent ausgeschieden. Von den aktiv im Programm eingeschrieben können 66 Prozent als programm-treu eingestuft werden (mindestens drei der „Quartalschecks“ im ersten Betreuungsjahr und höchstens zwei versäumte Checks hintereinander in den Folgejahren).

Aktuell sind ca. 6600 PatientInnen in das Programm eingeschrieben. Davon sind 205 Wahlarztpatienten und 778 bei anderen Versicherungsträgern als der OÖGKK versichert. Es gibt 372 betreuende ÄrztInnen (davon 42 WahlärztInnen).

Ergebniszusammenfassung

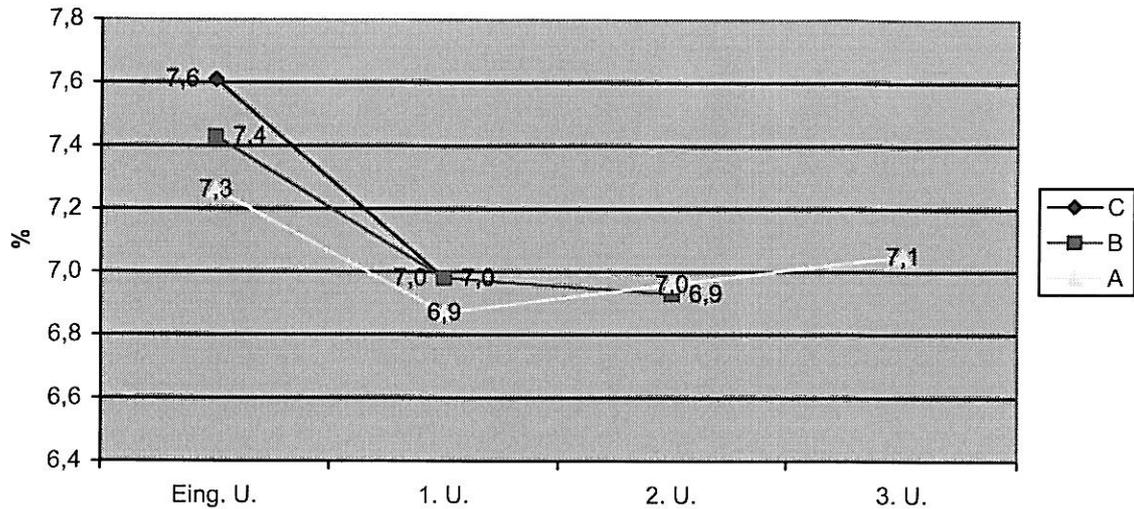
Bezüglich der Rekrutierung der ProgrammteilnehmerInnen ist zu beobachten, dass zwischen 2006 und 2010 das durchschnittliche Eintrittsalter und die Dauer der Erkrankung vor Programmeintritt zurückgegangen ist.

Die Längsschnittanalysen für die Parameter BMI, LDL-Cholesterin, HbA1c, Blutdruck und Rauchgewohnheiten ergeben bei allen Parametern tendenzielle, meist auch signifikante Verbesserungen, sowohl hinsichtlich des Durchschnittswertes des jeweiligen Parameters als auch hinsichtlich des Anteiles der Personen, die die Behandlungsziele der Österreichischen Diabetes Gesellschaft erfüllen. Nimmt man eine ausreichend gute Einstellung der drei wichtigsten Zielparameter (HbA1c, LDL-Cholesterin und diastolischer Blutdruck) als Zielkriterium, so steigt der Anteil der Personen, die mindestens zwei dieser drei Behandlungsziele erreichen, von 16 bis 20 Prozent auf 29 bis 31 Prozent. Der Anteil der Personen, die alle drei Kriterien erfüllen steigt von 2 Prozent auf 4 bis 6 Prozent. Der Anteil der PatientInnen, die kein Zielkriterium erfüllen, sinkt im Betreuungsverlauf von 36 bis 45 Prozent bei der Eingangsuntersuchung auf 26 bis 29 Prozent bei der letzten erfassten Untersuchung.

Grafische Darstellung (HbA1c, LDL, Blutdruck)

Veränderung HbA1c (Mittelwert)

Der mittlere HbA1c-Wert sinkt in allen drei Gruppen zwischen Eingangsuntersuchung und 1. Folgeuntersuchung signifikant ab (in der Gruppe A von 7,3 % auf 6,9 %, in Gruppe B von 7,4 % auf 7,0 Prozent und in Gruppe C von 7,6 % auf 7,0 %). Bei den weiteren Folgeuntersuchungen bleibt der mittlere HbA1c-Wert ungefähr auf dem Niveau der 1. Folgeuntersuchung (in Gruppe B ist bei der 2. Folgeuntersuchung eine geringfügige Abnahme zu beobachten, in Gruppe A bei der 2. und 3. Folgeuntersuchung eine geringfügige Zunahme). In allen drei Gruppen liegt der mittlere HbA1c-Wert bei allen vorhandenen Folgeuntersuchungen signifikant unter dem Wert der Eingangsuntersuchung.



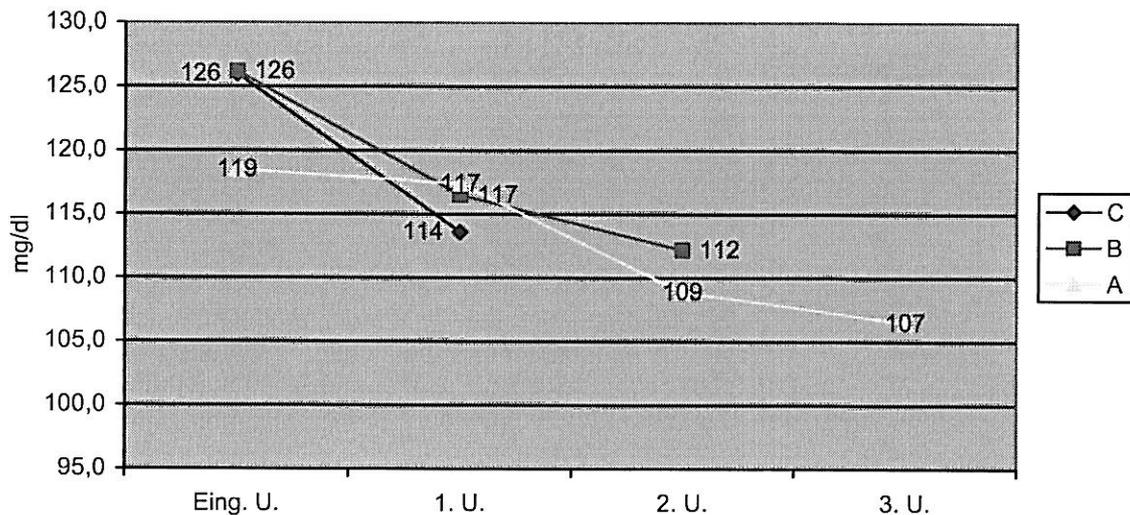
T-Test auf Mittelwertunterschiede (f. gepaarte Stichproben):

Gruppe A: Personen mit 3 Untersuchungen (N=988): Eing.U. & 1. U.: signifikant ($p < 0,001$); Eing.U. & 2. U.: signifikant ($p < 0,001$); Eing.U. & 3. U.: signifikant ($p < 0,001$)

Gruppe B: Personen mit 2 Untersuchungen (N=977): Eing.U. & 1. U.: signifikant ($p < 0,001$); Eing.U. & 2. U.: signifikant ($p < 0,001$)

Gruppe C: Personen mit 1 Untersuchung (N=1.120): Eing.U. & 1. U.: signifikant ($p < 0,001$)

Veränderung LDL-Cholesterin (Mittelwert)



T-Test auf Mittelwertunterschiede (f. gepaarte Stichproben):

Gruppe A: Personen mit 3 Untersuchungen (N=971): Eing.U. & 1. U.: nicht signifikant; Eing.U. & 2. U.: signifikant ($p < 0,001$); Eing.U. & 3. U.: signifikant ($p < 0,001$)

Gruppe B: Personen mit 2 Untersuchungen (N=949): Eing.U. & 1. U.: signifikant ($p < 0,001$); Eing.U. & 2. U.: signifikant ($p < 0,001$)

Gruppe C: Personen mit 1 Untersuchung (N=1.097): Eing.U. & 1. U.: signifikant ($p < 0,001$)

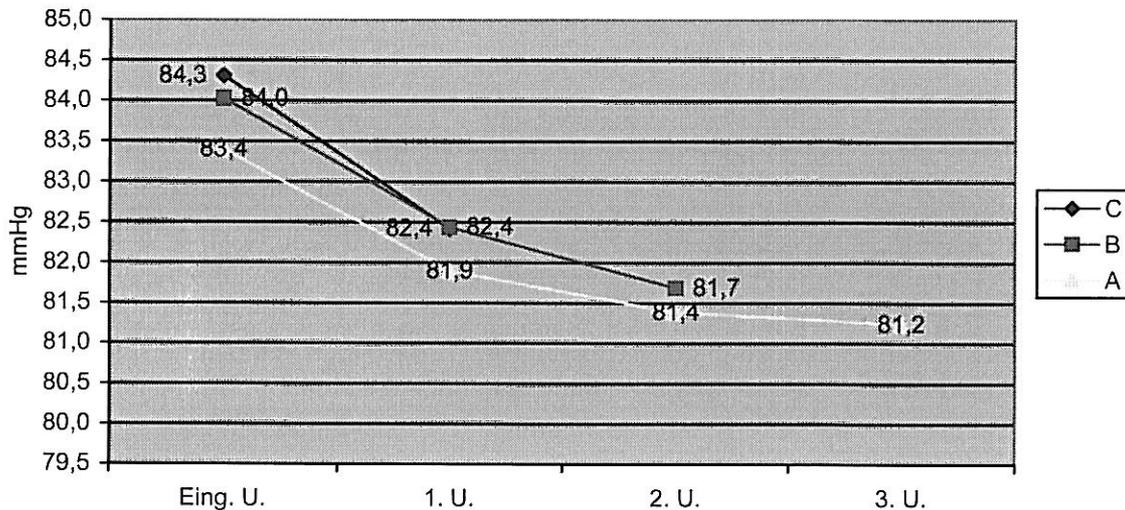
In der Gruppe A lässt sich zwischen Eingangsuntersuchung und 1. Folgeuntersuchung keine signifikante Veränderung des mittleren LDL-Cholesterinwertes feststellen

Eingangsuntersuchung 119 mg/dl, 1. Folgeuntersuchung 117 mg/dl). Zwischen 1. und 2. Folgeuntersuchung ist eine Abnahme auf 109 mg/dl zu beobachten, so dass der mittlere LDL-Wert signifikant unter dem der Eingangsuntersuchung liegt. Bei der 3. Folgeuntersuchung liegt der Mittelwert bei 107 mg/dl, also ähnlich wie bei der 2. Untersuchung und signifikant unter dem der Eingangsuntersuchung.

In der Gruppe B sinkt der mittlere LDL-Wert von 126 mg/dl bei der Eingangsuntersuchung auf 117 mg/dl bei der 1. Untersuchung und auf 112 mg/dl bei der 2. Untersuchung. Die Mittelwerte beider Folgeuntersuchungen liegen signifikant unter dem der Eingangsuntersuchung.

In der Gruppe C ist zwischen Eingangsuntersuchung und 1. Folgeuntersuchung eine signifikante Abnahme von 126 mg/dl auf 114 mg/dl zu beobachten.

Veränderung diastolischer Blutdruck (Mittelwert)



T-Test auf Mittelwertunterschiede (f. gepaarte Stichproben):

Gruppe A: Personen mit 3 Untersuchungen (N=991): Eing.U. & 1. U.: signifikant ($p < 0,001$); Eing.U. & 2. U.: signifikant ($p < 0,001$); Eing.U. & 3. U.: signifikant ($p < 0,001$)

Gruppe B: Personen mit 2 Untersuchungen (N=978): Eing.U. & 1. U.: signifikant ($p < 0,001$); Eing.U. & 2. U.: signifikant ($p < 0,001$)

Gruppe C: Personen mit 1 Untersuchung (N=1.120): Eing.U. & 1. U.: signifikant ($p < 0,001$)

Der mittlere diastolische Blutdruck sinkt in der Gruppe A von etwas über 83 mmHg bei der Eingangsuntersuchung auf knapp 82 mmHg bei der 1. Folgeuntersuchung und auf gut 81 mmHg bei der 2. und 3. Untersuchung. Bei allen Folgeuntersuchungen liegt der Mittelwert signifikant unter dem der Eingangsuntersuchung.

Ähnliches gilt für die Gruppe B, wo der Mittelwert der Eingangsuntersuchung bei 84 mmHg liegt, der Mittelwert der 1. Untersuchung bei gut 82 mmHg und der der 2. Untersuchung bei knapp 82 mmHg. Auch in der Gruppe C liegt der mittlere diastolische Blutdruck bei der 1. Folgeuntersuchung (mit gut 82 mmHg) signifikant unter dem der Eingangsuntersuchung (gut 84 mmHg).

SV-Nummer <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Nur bei Einschreibung Diabetes-Diagnose (Jahr) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Hypertonie seit (Jahr) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	Insulin seit (Jahr) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> OAD seit (Jahr) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
---	--	--

St. Vincent Ziele (aktuelle Situation)	Symptome (seit der letzten Dokumentation)	Co-Morbiditäten																																																									
<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 <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"/>	Amputation	major <input type="checkbox"/>	minor <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Herzinsuffizienz</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>KHK</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Depression</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PAVK</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bypass</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dilatation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	KHK	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	PAVK	<input type="checkbox"/>	Bypass	<input type="checkbox"/>	Dilatation	<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"/>	<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"/>																																																									
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>																																																										
KHK	<input type="checkbox"/>																																																										
Depression	<input type="checkbox"/>																																																										
PAVK	<input type="checkbox"/>																																																										
Bypass	<input type="checkbox"/>																																																										
Dilatation	<input type="checkbox"/>																																																										

Augenuntersuchung (in den letzten 12 Monaten)	Fußuntersuchung	Risikoverhalten																																										
<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>Lasierung (j^{emals})</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Retinopathie</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;">nicht proliferativ</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;">proliferativ</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Makulopathie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	nein	Lasierung (j ^{emals})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht proliferativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	proliferativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Makulopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">rechts</td> <td style="text-align: center;">links</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td></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> </tr> <tr> <td>Geheiltes Ulkus</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Akutes Ulkus</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Puls <i>nicht</i> tastbar</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> </tr> </table>		rechts	links		ja	nein		ja	nein	Fußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geheiltes Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Akutes Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puls <i>nicht</i> tastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrationsempfinden vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen (Zigaretten/Tag) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
	ja	nein																																										
Lasierung (j ^{emals})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
nicht proliferativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
proliferativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Makulopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	rechts	links																																										
	ja	nein																																										
	ja	nein																																										
Fußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Geheiltes Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Akutes Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Puls <i>nicht</i> tastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Vibrationsempfinden vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
		Lebensqualität EQ-5D <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> EQ-5D VAS <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>																																										

Gemessene Werte	<i>(Mind. eines der 3 Felder ausfüllen)</i>	
Gewicht (kg) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Größe (cm) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	BMI <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	Blutdruck in Ruhe Einmalmessung (mmHg) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Mittelwert aus 30 Selbstmessungen (mmHg) <input style="width: 40px;" type="text"/>
		24-h-RR-Messung (wenn vorhanden) <input style="width: 40px;" type="text"/>

HbA1c (%) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	Mikroalbuminurie negativ <input type="checkbox"/> erhöht <input type="checkbox"/>	Proteinurie (g/l) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	LDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
---	--	---	--	---	---	---	--

Therapie	Zielvereinbarungen	Selbstkontrolle	Diabetes-Schulung																																																																		
<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>Insulin</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;">Konventionell</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;">Prä-prandial</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;">Intensiviert</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;">Nur basal</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> </table>		ja	nein	Nur Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konventionell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prä-prandial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensiviert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nur basal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HbA1c (%) <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <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>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>		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"/>	<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>Blutdruckmessung</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;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Harnzuckermessung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	nein	Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutzuckermessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harnzuckermessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Wann (Jahr)</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>		ja	nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann (Jahr)	<input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	
	ja	nein																																																																			
Nur Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
OAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Konventionell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Prä-prandial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Intensiviert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Nur basal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
	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																																																																			
Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Blutzuckermessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Harnzuckermessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
	ja	nein																																																																			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
Wann (Jahr)	<input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																				

Vertragspartner-Nr. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Untersuchungsdatum Tag <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Monat <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" 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!

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

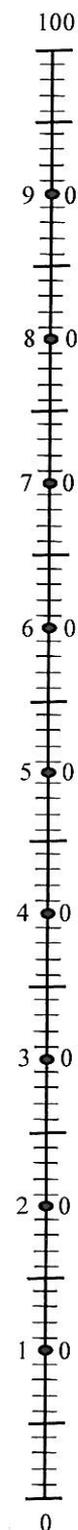
- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

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