

Sprecher der AG Strukturierte Diabetestherapie:

Dr. Michael Birgel
Dr. Carin Groene
Dr. Christof Kloos
Dr. Nicolle Müller, DB DDG
Dr. Dieter Tessmann

Infomappe ASD

Informationen für Mitglieder & Neueinsteiger

Liebe Interessenten und Neueinsteiger, liebe ASD-Mitglieder,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der ASD. Um Ihnen den Einstieg und die Mitarbeit in der ASD zu erleichtern, haben wir für Sie diese Informationsmappe zusammengestellt.

Ihre Sprecher

Dr. med. Michael Birgel, Diabeteszentrum Nord / Klinikum Dortmund gGmbH

Dr. med. Carin Gröne, Mathias Spital & Jakobi Krankenhaus,

Dr. med. Christof Kloos, Klinik Innere Medizin III, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Dr. rer. nat. Nicolle Müller, Klinik Innere Medizin III, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Dr. med. Dieter Teßmann, Medizinische Klinik Passau

Inhaltsverzeichnis

1. Ziele der Arbeitsgemeinschaft Strukturierte Diabetestherapie (ASD)

2. Zur Geschichte der ASD/AKD

3. Das ASD-Qualitätssiegel

3.1. Antrag mit Selbstauskunft

3.2. Hospitation

3.3. Evaluation

3.4. Präsentation

4. Kontakt

4.1. Kontaktdaten der Sprecher der ASD

4.2. Adresse Datenstelle (Evaluationen und Hospitationsberichte)

5. Antragsunterlagen – Anhang

5.1. Antragsformular

5.2. Hospitationscheckliste

5.3. Vorlage Präsentation Hospitationsbericht

5.4. Evaluationsbogen (Datenerfassung)

5.5. Vorlage Präsentation der Evaluation

(Formulare auch auf der Webseite der DDG: <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/organisation/ags/arbeitsgemeinschaften.php>)

1. Ziele der AG Strukturierte Diabetestherapie (ASD)

Die ASD ist eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Sie beschäftigt sich mit der Evaluation und Verbesserung der Behandlungsqualität von Menschen mit Diabetes mellitus in Deutschland. Schwerpunkt bildet dabei die Therapieoptimierung im Rahmen von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen („Schulung“). Die ASD will eine hohe Qualität in diabetologischen Versorgungseinheiten gewährleisten. Hierzu gehört, dass die Behandlungsqualität regelmäßig anhand gemeinsam beschlossener Qualitätsindikatoren überprüft und das Ergebnis offengelegt wird. Die ASD war durch ihr umfassendes Qualitätsmanagement immer wieder Schrittmacher für Verbesserungen in der Qualitätssicherung der Deutschen Diabetesgesellschaft. Darüber hinaus konnten interessante Fachbeiträge zu wichtigen klinischen Fragestellungen vorgestellt werden. Die Mitglieder der ASD evaluieren regelmäßig ihre Arbeit hinsichtlich der Teilaspekte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Struktur- und Prozessqualität werden durch gegenseitige Hospitation erfasst und transparent gemacht. Die Untersuchung der Ergebnisqualität erfolgt durch die Nachuntersuchung (Evaluation) einer Stichprobe von Patienten. Dies ist im klinischen Alltag aufwendig, jedoch langfristig erfolgreich, da sie das wichtigste Patientenanliegen einer optimalen und rationalen Diabetestherapie in den Mittelpunkt des Interesses stellt.

Hospitationen und Evaluationen werden auf der Jahrestagung der ASD vorgestellt. Dies soll einen offenen Vergleich der teilnehmenden Institutionen erlauben und den Teilnehmern die Möglichkeit einer direkten Rückmeldung bieten („Benchmarking“, „Wo stehe ich?“).

Für den Nachweis aller Qualitätskriterien stellt die ASD ein Zertifikat aus. Das Zertifikat kann bei der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG eingereicht werden und ersetzt die Untersuchungen zur Stufe 1 („Basisanerkennung“) der von der DDG geforderten Qualitätsrichtlinien. Die Evaluation der Patienten kann auch im Rahmen der Anerkennung Stufe 2 der DDG verwendet werden.

Die strukturierte Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus ist eine komplexe Intervention mit medizinischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Komponenten. Der Erfolg der Intervention ist von Gegebenheiten der medizinischen Einrichtung und des schulenden Diabetesteams, dem weiter betreuenden Arzt, der Öff-

fentlichkeit/Politik und natürlich auch vom Patienten selbst abhängig. Damit das Ziel einer guten Stoffwechseleinstellung mit wenig Einschränkungen für den Patienten erreicht werden kann, ist eine fortlaufende Prüfung der Intervention notwendig. Diese muss auch in der Basismedizin durchführbar sein. Die verwendeten Parameter der Qualitätssicherung müssen klar definiert sein und den Vergleich mit anderen Einrichtungen ermöglichen. Dies entspricht auch den gesetzlichen Vorgaben des SGB V.

2. Zur Geschichte der ASD/AKD

Die Arbeitsgemeinschaft entstand 1992 als ASD (Arbeitsgemeinschaft für strukturierte Diabetestherapie). Prof. Michael Berger und seine Arbeitsgruppe in Düsseldorf hatten strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme entwickelt, die für die Behandlung von Patienten mit Diabetes nachgewiesenermaßen einen großen Behandlungsfortschritt darstellten. Diese Behandlungs- und Schulungsprogramme sollten flächendeckend, jedoch ohne Qualitätsverlust, verbreitet werden. Hierbei sollte die Arbeitsgemeinschaft den interessierten Einrichtungen bei der Einführung der Schulungsprogramme Hilfestellung geben sowie den Prozess auch qualitativ absichern.

Anfangs wurden nur Menschen mit Typ 1 Diabetes hinsichtlich der Effekte einer strukturierten Schulung untersucht. Die Arbeit der ASD wurde dann auch auf die Schulung, Behandlung und Nachuntersuchung von Menschen mit Typ 2 Diabetes ausgeweitet. In dieser Zeit wurden viele Daten von Menschen mit Typ 1 Diabetes und Typ 2 Diabetes zusammengetragen. Unter anderem konnte gezeigt werden, dass eine HbA1c-Verbesserung in Verbindung mit guter Schulung nicht zu einer Zunahme von Hypoglykämien führt (wie es in der DCCT der Fall gewesen war), sondern dass Hypos und Ketoazidosen signifikant gesenkt werden konnten.

2003 fusionierten die ASD, die eher in Akutkliniken vertreten war, und die ADDK, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Diabeteskliniken. Beide Arbeitsgemeinschaften hatten sich seit Jahren mit der Evaluation und Verbesserung der Behandlungsqualität von Patienten mit Diabetes mellitus in Deutschland beschäftigt. Den Schwerpunkt bildet dabei die wichtigste Intervention im Bereich der Diabetologie, die Therapieoptimierung im Rahmen von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen für Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus. Um die Fusion nach außen kenntlich zu ma-

chen, wurde als neue Bezeichnung AKD (Arbeitsgemeinschaft Klinische Diabetologie) gewählt.

Die Versorgungsstrukturen haben sich in den letzten Jahren deutlich geändert. Ein großer Teil der Diabetesbehandlung findet inzwischen in Diabetologischen Schwerpunktpraxen statt. Stationäre Behandlung wird erforderlich bei akuten Entgleisungen, bei Patienten mit erheblichen Begleiterkrankungen, bei schwierigen psychischen oder sozialen Bedingungen.

Auf der Jahrestagung 2009 stimmten die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft für eine Rückkehr der Arbeitsgemeinschaft zur alten Bezeichnung ASD. Die Neubenennung soll auch Signal sein, dass die Teilnahme von Einrichtungen aus dem ambulanten Bereich, die strukturierte Schulungen anbieten, in der Arbeitsgemeinschaft erwünscht ist. Zum anderen sollte die Verbindung mit dem Schulungsgedanken erneut betont und in den Mittelpunkt gestellt werden.

3. Das ASD-Qualitätssiegel

Voraussetzungen für das ASD-Qualitätssiegel sind:

1. Vorliegen eines Antrages mit Selbstauskunft
2. aktive und passive Hospitation (alle drei Jahre)
3. Evaluation einer Patientenstichprobe (DM1 oder/und DM2) (alle drei Jahre)
4. Präsentation auf der Jahresversammlung

Die Evaluation umfasst

- 30 nicht ausgewählte konsekutive Patienten mit Typ 1-Diabetes und/oder
- 60 nicht ausgewählte konsekutive Patienten mit Typ 2-Diabetes oder
- 30 Patienten nach strukturierter Einzelschulung (separates Gütesiegel)

Das ASD-Qualitätssiegel (Zertifikat) wird für drei Jahre erteilt, wenn alle Kriterien erfüllt sind.

Das Qualitätssiegel kann zur Basisanerkennung (Stufe I) der DDG verwendet werden. Dazu muss der DDG-Antrag ausgefüllt, die Gebühr an die DDG überwiesen sowie die Datentabelle und das ASD Qualitätssiegel (Zertifikat) an die DDG geschickt werden.

3.1. Antrag mit Selbstauskunft

Der Antrag enthält alle wichtigen Angaben zur Struktur der ambulanten oder stationären Behandlungseinrichtung. Neben Informationen zur personellen oder räumlichen Ausstattung ist vor allem die Beschreibung der Schulungsorganisation gefragt.

3.2. Hospitation

In der ASD erfolgt die Sicherung der Struktur- und Prozessqualität durch aktive und passive Hospitation. Dabei besuchen Teammitglieder in einer anderen Klinik/Einrichtung möglichst ein komplettes Behandlungs- und Schulungsprogramm. Eine Hospitation bedeutet, "sich in die Karten schauen zu lassen". Dieses sich "für Fremde öffnen" stellt das härteste Qualitätskriterium dar und erlaubt die beste Beurteilung der Struktur- und Prozessqualität einer Behandlungseinheit. Entstehende Fragen und Kritikpunkte sollen in einer offenen und konstruktiven Atmosphäre besprochen werden, damit sie eine echte Chance für Verbesserungen bieten.

Eine Hospitation muss alle 3 Jahre erfolgen. Die Einschätzung der Struktur der Klinik/Einrichtung, der Teaminteraktion und des Schulungsstandards erfolgt anhand der Hospitations-Checkliste (s.u.). Die Checkliste dient als Leitlinie und sollte immer durch eigene Kritikpunkte oder Anregungen ergänzt werden.

Passive Hospitation: Die teilnehmende Einrichtung wird besucht. Die besuchende Diabetesberaterin/-assistentin hospitiert für 3 Tage, der Arzt besucht mindestens 1 Tag, wobei an diesem Tag auch die Teambesprechung stattfinden sollte.

Aktive Hospitation: Die Diabetesberaterin/-assistentin einer ASD-Klinik besucht für 3 Tage die strukturierte Schulung einer ASD-Klinik, ein Arzt der gleichen Klinik besucht die Schulung und das Team mindestens einen Tag, wobei an diesem Tag auch die Teambesprechung stattfinden sollte.

Über die aktive Hospitation wird – entsprechend der Hospitationscheckliste – ein Hospitationsbericht erstellt.

Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter sein als 18 Monate.

Gegenseitige Hospitationen sind unzulässig.

3.3. Evaluation

Eine Vereinfachung der Evaluation ist wünschenswert, um die ASD für viele diabetologisch interessierte bzw. ausgerichtete Einrichtungen attraktiv zu machen.

Eingeschlossen werden Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2, die eine strukturierte Schulungsintervention zur Initiierung oder Optimierung der Insulintherapie durchlaufen haben. Strukturierte Einzelinterventionen können ebenfalls zur Evaluation eingereicht werden und führen zu einem Zertifikat, sind jedoch nicht Bestandteil des Gütesiegels ASD.

1 .Die Anmeldung der Evaluation entfällt. Ausschlaggebend ist der Antrag für die Zertifizierung mit den entsprechenden Daten.

2. Einschluss aller Schulungspatienten ab Starttermin in chronologischer Reihenfolge, bis die Quote von mindestens 30 Patienten mit Typ 1 Diabetes und mindestens 60 Patienten mit Typ 2 Diabetes oder 30 Patienten mit Einzelschulung erreicht ist (Achtung: Es darf keine Auswahl von Patienten erfolgen!). Es wird empfohlen, 10% mehr Patienten in die Basisuntersuchung (also 33 Patienten mit Typ 1 und 66 Patienten mit Typ 2) einzubringen, da mit einem „Verlust“ von Patienten gerechnet werden muss („Drop out“), die aus verschiedenen Gründen nicht nachuntersucht werden können. Gruppenschulungen müssen mindestens 3 Patienten aufweisen. Für Reha-Kliniken, die auch einen lokalen Versorgungscharakter aufweisen, gilt die Ausnahme, dass in die Evaluation nur die lokal zugewiesenen Patienten in chronologischer Reihenfolge eingeschlossen werden (Umkreis von ca. 50 km).

3. Dokumentation der Basisdaten für jeden Patienten während des Schulungsaufenthaltes. Eintragen der Basisdaten in die in die dafür vorgesehene computerauswertbare Mustertabelle (Excel-Tabelle - siehe Anhang). **Die Mustertabelle darf nicht modifiziert werden, da sonst die spätere Datenanalyse nur mit sehr hohem Aufwand möglich ist.**

4..Exportversionen für die Datenerfassung durch Computerprogramme zur Qualitätssicherung (z.B. Emil und DPV) müssen von den Zentren selbstständig vor Ort eingerichtet werden.

5. Die Nachuntersuchung wird frühestens nach 12 und spätestens nach 15 Monaten durchgeführt. Die Dokumentation erfolgt wie bei der Basiserhebung. Es müssen mindestens 30 Typ 1, 60 Typ 2 Diabetespatienten bzw. 30 einzelgeschulte Patienten (Diabetestyp egal) nachuntersucht werden. Ein Drop out von 10% der Patienten soll nicht überschritten werden. Bis zu 50% der eingeschlossenen Patienten (15 Patienten mit Typ 1 Diabetes sowie 30 Patienten mit Typ 2 Diabetes (50%)) dürfen telefonisch nachuntersucht werden. Bei einer telefonischen Nachuntersuchung muss der Patient durch die weiterbehandelnde Einrichtung/Arzt befragt werden. Bei telefonischer Nachuntersuchung ist auf die Einhaltung der Definitionen, z.B. schwere Hypoglykämie als Notwendigkeit von Glukagon i.m. oder Glukosegabe i.v. sowie die Erhebung des HbA1c-Referenzbereichs zu achten.

Verstorbene gelten als nachuntersucht, wenn die Todesursache in Erfahrung gebracht werden kann und dokumentiert ist.

3.3.1. Evaluation Typ 1 Diabetes

Einschlusskriterien:

- Typ 1 Diabetes (einschließlich Pankreasdiabetes, berücksichtigt werden alle Therapieformen, auch CSII und schwangere Typ 1 Diabetikerinnen)
- bekannte Diabetesdauer > 3 Monate
- Teilnahme an einem strukturierten Schulungsprogramm

Ausschlusskriterien:

- Diabetesdauer < 3 Monate (Manifestationen: diese Patienten kommen meist mit einem sehr hohen HbA1c-Wert. Auch ohne strukturierte Therapie wird hier mit nahezu jeder Form der Insulin-Therapie zunächst eine Stoffwechselverbesserung möglich. Diese HbA1c-Verbesserung ist somit nicht unbedingt Ausdruck der Qualität der strukturierten Therapie).
- Typ 2 Diabetes (auch mit intensiver Insulintherapie)
- Gestationsdiabetes (auch mit Insulintherapie)

3.3.2. Evaluation Typ 2 Diabetes

Einschlusskriterien:

- Typ 2 Diabetes mit Insulintherapie
- Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm für konventionelle, supplementäre oder intensivierete konventionelle Insulintherapie

Ausschlusskriterien:

- Gestationsdiabetes (auch bei Insulintherapie)
- Andere Diabetesformen

3.3.3.Evaluation strukturierte Einzelintervention**Einschlusskriterien:**

- Alle Patienten, unabhängig vom Diabetestyp, die eine strukturierte Einzelintervention (Curriculum!!) durchlaufen haben

Ausschlusskriterien:

- keine

3.4. Präsentation

Die aktive Hospitation und die Ergebnisse der Evaluation werden auf der jährlichen Mitgliederversammlung der ASD vorgestellt und diskutiert. Die Präsentation der Hospitation sollte möglichst das Teammitglied vortragen, welches die Hospitation durchgeführt hat.

Die Präsentation der Daten sollte kurzgefasst sein, sich auf die wesentlichen Qualitätsindikatoren beschränken und zusätzlich allenfalls auf Besonderheiten der Klinik und des untersuchten Patientenkollektivs verweisen (zur Orientierung s. unten aufgeführtes Untersuchungsblatt).

4.Kontakt

4.1. Kontaktdaten der Sprecher der ASD

Dr. med. Michael Birgel, Diabeteszentrum Nord / Klinikum Dortmund gGmbH, Münsterstr. 240, 44145 Dortmund, Tel.: 0231-953-18241, E-Post: Michael.Birgel@klinikumdo.de

Dr. med. Carin Gröne, Mathias Spital & Jakobi Krankenhaus, Hörstkamp 12, 48431 Rheine, Tel.: 05971-460, E-Post: c.groene@mathias-spital.de

Dr. med. Christof Kloos, Klinik Innere Medizin III, Friedrich-Schiller-Universität, Erlanger Allee 101, 07740 Jena, Tel. 03641-9-34843, E-Post: christof.kloos@med.uni-jena.de

Dr. rer. nat. Nicolle Müller, Klinik Innere Medizin III, Friedrich-Schiller-Universität, Bachstr.18, 07740 Jena, Tel. 03641-9-33071, E-Post: nicolle.mueller@med.uni-jena.de

Dr. med. Dieter Teßmann, Medizinische Klinik Passau, Kohlbruck 5, 94036 Passau, Tel. 0851-5305-300, E-Post: dieter.teßmann@klinik-passau-kohlbruck.de

4.2. Kontakt Datenstelle

Dr. med. Christof Kloos
Dr. rer. nat. Nicolle Müller, Diabetesberaterin DDG
Klinik für Innere Medizin III der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Bachstraße 18
D-07743 Jena

5. Antragsunterlagen - Anhang

Der vollständige Antrag enthält:

- Formular zur Selbstauskunft,
- Hospitationsberichte aktiv und passiv
- Evaluationsbogen.

Er wird per E-Post (akd@med.uni-jena.de) oder über die normale Post (Klinik für Innere Medizin III, Friedrich-Schiller-Universität Jena, c/o Dr. Christof Kloos, Dr. Nicolle Müller, Bachstraße 18, 07740 Jena) an die ASD-Datenstelle geschickt.

Vorlagen sind jeweils im Anhang angefügt.

5.1. Antragsformular



**ASD
ARBEITSGEMEINSCHAFT
Strukturierte Diabetestherapie**

Antrag auf Zertifizierung als Behandlungseinrichtung der ASD

Behandlungseinrichtung (stationär / ambulant):

Einrichtungsdaten:

Bezeichnung der Einrichtung: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Ansprechpartner: _____

E-mail-Adresse: _____

Sprechzeiten: _____

Bundesland: _____

Qualitätsstandards

1.1 Strukturqualität

Rahmenbedingungen: bitte nennen bzw. beschreiben Sie explizit:

Schulungsräume: _____

Gruppe (Struktur, Kontinuität): _____

Organisation: _____

Mitarbeiter:

Für die strukturierte Behandlung des Diabetespatienten **unmittelbar** zuständige Mitarbeiter:

1. _____ berufliche Qualifikation: _____

2. _____ berufliche Qualifikation: _____

3. _____ berufliche Qualifikation: _____

4. _____ berufliche Qualifikation: _____

5. _____ berufliche Qualifikation: _____

1.2. Prozessqualität

Lernzielkatalog: bitte nennen bzw. beschreiben Sie explizit:

Curriculum: _____

Medien: _____

Materialien: _____

Strukturierter Unterricht: _____

Praktische Übungen (Selbstkontrolle, Büfett, Restaurant, Sport, Fußpflege, Dosisanpassung, Hypoversuch): _____

Teambesprechungen: _____

Philosophie des Schulens: Hier haben Sie Platz, Ihre Schulung, die Vor- und Nachbereitung selbst zu beschreiben: Wie gehen Sie mit Problemen um? Wie kommen Sie zu einer Entscheidungsfindung? Wie sieht das Team und deren Zusammenhalt aus? Wie ist der Austausch zu einzelnen Patienten? Welche Rolle spielt das Diabetesteam im Gesamtkrankenhaus?

Kooperation/Weiterbehandlung

Ambulante Weiterbetreuung (bei stationären Einrichtungen): _____

Stationäre Kooperationspartner (bei ambulanten Einrichtungen):

1.3. Hospitation

aktive Hospitation: Das Teammitglied _____

hat am _____ folgende Behandlungseinrichtung hospitiert:

passive Hospitation: Die Einrichtung ist am _____ hospitiert worden von:

1.4. Ergebnisqualität

Beiliegende Excel-Tabelle (CD-Rom-E-Post o. ä.)

Bestätigung

Der Unterzeichner / die Unterzeichnerin als für die strukturierte Diabetesbehandlung zuständige/r Ärztin/Arzt¹ bestätigt mit seiner / ihrer Unterschrift die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift

Zuständige/r Diabetologe/Diabetologin
arzt/Chefärztin

Unterschrift

Chef-

Stempel der Einrichtung

¹Der für die Behandlung und Schulung von Patienten zuständige Arzt / die Ärztin ist nicht zwangsläufig der ärztliche Leiter der Behandlungseinrichtung, sondern der/diejenige, der/die verantwortlich die strukturierte Diabetes-schulung durchführt bzw. die Behandlungsdurchführung unmittelbar delegiert. Er / Sie hat stets Facharztstatus

5.2. Hospitations-Checkliste

Hospitationscheckliste

Rahmenbedingungen:

1. Schulungsraum
2. Gruppe (Struktur, Kontinuität, ...)
3. Organisation

Lernzielkatalog und Umsetzung:

1. Curriculum
2. Medien
3. Materialien
4. strukturierter Unterricht
5. Praktische Übungen (Selbstkontrolle, Büfett, Restaurant, Sport, Fußpflege, Do-
sisanpassung, Hypoversuch)
6. Entscheidungsfreiheit

Pädagogik:

1. Technische Aspekte (Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit, Fremdwörter, Erklä-
rungen)
2. Psychologische Aspekte
3. Gespür für Ängste/Wünsche
4. "Wohlfühlatmosphäre"
5. Zulassen von Problemen
6. Ehrlichkeit/Transparenz
7. Patientenselbständigkeit/Entscheidungsfreiheit

Teaminteraktion:

1. Teambesprechung
2. Gruppendynamik
3. Informationsaustausch über Patienten
4. Konsens
5. Umgang miteinander
6. Partnerschaftliche Mitentscheidung
7. Kritikfähigkeit (aktiv - passiv; untereinander - nach außen)
8. Arztkontrolle
9. Rolle des Teams im Hause

Hospitationsakzeptanz:

1. Freundliche offene Aufnahme
2. Information
3. "In die Karten gucken lassen"
4. Begründung für evtl. Begrenzung/Ausschluss an der Teilnahme

VORSICHT: Subjektiver Eindruck

5.4. Evaluationsbogen

Bitte die unten aufgeführte Tabelle nicht zur Dateneingabe nutzen, sondern nur die vorformatierte Excel-Tabelle zur Dateneingabe für die Evaluation verwenden!

Vor Schulung		
	Feldbezeichnung	Erläuterung
1	laufende Nummer der Evaluation	Typ 1 = 30 Pat. (Stichprobe 33 Pat.) Typ 2 = 60 Pat. (Stichprobe 66 Pat.)
2	Interne Code- Nr.des Pat.	Erster Buchstabe Vor- und Nachname (z.B. X.Y.)
3	Initialien des Patienten	
4	Datum der Vorstellung bzw. Schulung des Patienten, Schulung	
5	Diabetestyp	1= Typ1, 2=Typ2; 3= unbekannt; Pankreas wie Typ1
6	Geschlecht	w=0 ; m=1
7	Aufnahmegrund aus diabetologischer Sicht (1 Hauptursache dokumentieren)	1 = akute Hypo, 2 = akute Ketoazidose, 3 = rez. Hypos, 4 = chron. Hyperglykämie, 5 = stark schwankende Werte, 6 = diabetischer Fuß, 7 = Diabetesexazerbation unter Zweiterkrankung, 8 = Steroidtherapie, 9 = Pumpenneueinstellung, 10 = Ersts Schulung, 11 = ambulante Schulung versagt, 12 = Manifestation, 13 = psychische Probleme, 14 = Schwangerschaft, 15= Aufnahme wegen Folgerkrankung des Diabetes, andere Gründe bitte aus formulieren (Mehrfachnennung möglich)
8	Gruppenschulung vs. Einzelschulung	Gruppenschulung =1, Einzelschulung =2
9	Therapieziel	Symptomfreiheit = 0, nahe Normoglykämie = 1
10	Migrant	ja = 1 nein = 0
11	Anzahl bisheriger strukturierter Schulungen	Nur Interventionen durch ein strukturierte Schulung- und Behandlungsprogramm (keine "Kassenschulung" o.Ä.)
12	Alter des Pat. (Jahre), Schulung	
13	Zeit seit Diabetesdiagnose (Jahre), Schulung	
14	Größe in cm, Schulung	
15	Gewicht(KG) in kg, Schulung	(Wert der letzten Messung)
16	Gesamt-Insulin-Dosis in IE/Tag, vor Schulung	(Mittelwert der letzten 3 Tage)
17	Zahl der Insulininjektionen /Tag, vor Schulung	
18	langwirksames Analog-Insulin, vor Schulung	ja = 1 nein = 0
19	kurzwirksames Analog-Insulin, vor Schulung	ja = 1 nein = 0
20	Behandlung mit Insulinpumpe, vor Schulung	ja = 1 nein = 0
21	Orale Antidiabetika, vor Schulung	ja = 1 nein = 0
22	Metformin vor Schulung	ja = 1 nein = 0
23	Sulfonylharnstoff vor Schulung (Glibenclamid, Glimepirid, etc.)	ja = 1 nein = 0
24	Glinide vor Schulung (Repaglinid, Nateglinid)	ja = 1 nein = 0
25	Glitazone vor Schulung (Pio-, Rosiglitazon)	ja = 1 nein = 0
26	Andere antidiabetische Medikation vor Schulung	Textfeld, z.B. GLP-1-Analoga (Liraglutide o.ä.) oder DDP4-Hemmer etc. vermerken
27	Blutzucker-Selbstkontrollen vor Schulung /Woche	
28	HbA1c-Wert (%), Schulung	nicht älter als 12 Wochen

29	oberer Normbereich HbA1c, Schulung	Cave! Wichtig bei Methodenänderung und telefonischer Nachuntersuchung!
30	unterer Normbereich HbA1c, Schulung	Cave! Wichtig bei Methodenänderung und telefonischer Nachuntersuchung!
31	systol. Blutdruck (von med. Personal gemessen), vor Schulung	Wert in mm Hg
32	diastol. Blutdruck (von med. Personal gemessen), vor Schulung	Wert in mm Hg
33	systol. Blutdruck Selbstkontrolle, vor Schulung	Wert in mm Hg Mittel der letzten 10 Werte
34	diastol. Blutdruck Selbstkontrolle, vor Schulung	Wert in mm Hg Mittel der letzten 10 Werte
35	Mikro-/Abuminurie, Schulung	ja = 1 nein = 0
36	Kreatininwert, Schulung	0=normal, 1=erhöht
37	Schwere Hypoglykämien (Glukose i.v., Glukagon-Injektion), Schulung	Anzahl in den letzten 12 Monaten
38	Ketoazidose/Koma mit Krankenhausaufenthalt, Schulung	Anzahl in den letzten 12 Monaten
39	Zahl der Krankenhaustage vor Schulung der letzten 12 Monate	Anzahl in den letzten 12 Monaten
40	Dialyse, Schulung	ja = 1 nein = 0
41	Fußkomplikationen, letzte 12 Mon. neu aufgetreten, Schulung	ja = 1 nein = 0 (offene Stellen, Amputationen, kein Nagelpilz oder Hyperkeratose)
42	Schwangerschaft bei Diabetikerinnen, Schulung	ja = 1 nein = 0
Nachuntersuchung (12-15 Monate nach Intervention)		
1 N	Datum der Nachuntersuchung des Patienten	
2 N	Verstorben, Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0
3 N	Telefonisch nachuntersucht	ja = 1 nein = 0
4 N	Art der Weiterbetreuung, Nachuntersuchung	selber = 0, anderer Diabetologe/Endokrinologe = 1, Hausarzt = 2
5 N	Anzahl an Besuchen bei Diabetologen, Nachuntersuchung	
6 N	Gewicht(KG) in kg, Nachuntersuchung	(Wert der letzten Messung)
7 N	Gesamt-Insulin-Dosis in IE/Tag, Nachuntersuchung	(Mittelwert der letzten 3 Tage)
8 N	Zahl der Insulinjektionen /Tag, Nachuntersuchung	
9 N	langwirksames Analog-Insulin, Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0
10 N	kurzwirksames Analog-Insulin, Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0
11 N	Behandlung mit Insulinpumpe, Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0
12 N	Orale Antidiabetika, Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0
13 N	Metformin Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0
14 N	Sulfonylharnstoff, Nachuntersuchung (Glibenclamid, Glimepirid, etc.)	ja = 1 nein = 0
15 N	Glinide, Nachuntersuchung (Repaglinid, Nateglinid)	ja = 1 nein = 0
16 N	Glitazone Nachuntersuchung (Pio-, Rosiglitazon)	ja = 1 nein = 0
17 N	Andere antidiabetische Medikation, Nachuntersuchung	Textfeld, hier z.B. Inhalatives Insulin oder Exenatide etc. Vermerken
18 N	Blutzucker-Selbstkontrollen Nachuntersuchung /Woche	
19 N	HbA1c-Wert (%), Nachuntersuchung	nicht älter als 12 Wochen
20 N	oberer Normbereich HbA1c, Nachuntersuchung	Cave! Wichtig bei Methodenänderung und telefonischer Nachuntersuchung!
21 N	unterer Normbereich HbA1c, Nachunter-	Cave! Wichtig bei Methodenänderung und

	suchung	telefonischer Nachuntersuchung!
22 N	systol. Blutdruck (von med. Personal gemessen), Nachuntersuchung	Wert in mm Hg
23 N	diastol. Blutdruck (von med. Personal gemessen), Nachuntersuchung	Wert in mm Hg
24 N	systol. Blutdruck Selbstkontrolle, Nachuntersuchung	Wert in mm Hg Mittel der letzten 10 Werte
25 N	diastol. Blutdruck Selbstkontrolle, Nachuntersuchung	Wert in mm Hg Mittel der letzten 10 Werte
26 N	Mikro-/Abuminurie, Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0
27 N	Kreatininwert, Schulung	0=normal, 1=erhöht
28 N	Schwere Hypoglykämien (Glukose i.v., Glukagon-Injektion), Schulung	Anzahl in den letzten 12 Monaten
29 N	Ketoazidose/Koma mit Krankenhausaufenthalt, Schulung	Anzahl in den letzten 12 Monaten
30 N	Zahl der Krankenhaustage der letzten 12 Monate	
31 N	Dialyse, Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0
32 N	Fußkomplikationen, letzte 12 Mon. neu aufgetreten, Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0 (offene Stellen, Amputationen, kein Nagelpilz oder Hyperkeratose)
33 N	Schwangerschaft bei Diabetikerinnen, Nachuntersuchung	ja = 1 nein = 0
34 N	Anmerkungen	z.B. Todesursache

5.5. Vorlage Präsentation der Evaluation

Anschrift incl. Telefon / Fax / e-mail:

Angaben zum Team, Schulungsprogramm, Evaluationszeitraum und HbA1c:

- Name Diabetesberaterin:
- Name Teamarzt:
- Bezeichnung und Dauer des strukturierten Behandlungsprogramms:
- Evaluationszeitraum:
- Methode und Normbereich des HbA1c:
- Normbereich selbst an Gesunden ermittelt (ja/nein):

Angaben zu den geschulten Patienten:

- Gesamtzahl an Patienten mit Typ 1 Diabetes:
- Gesamtzahl an Patienten mit Typ 2 Diabetes:
- Anzahl an Patienten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnahmen:
- Anzahl an Patienten, die an einer strukturierten Einzelschulung teilnahmen:

Angaben zur Nachuntersuchung:

- Drop-out:
- Anzahl nicht selbst nachuntersuchter (z.B. telefonisch) Patienten:

Angaben zur Weiterbetreuung nach der Schulung:

- Anzahl an Patienten, die im Schulungszentrum weiter ambulant betreut wurden:
- Anzahl an Patienten, die durch einen anderen Diabetologen betreut wurden:
- Anzahl an Patienten, die nichtspezialisiert weiter betreut wurden:

Angaben zu verstorbenen Patienten und häufigen Akutkomplikationen:

- Charakterisierung von verstorbenen Patienten mit folgenden Mindestangaben auf separatem Blatt: Initialen, Alter, Geschlecht, Diabetestyp, Diabetesdauer, Folgekrankheiten, Todesursache, hatte eine Amputation, eine Hypoglykämie oder ande-

re Akutkomplikationen des Diabetes eine Rolle gespielt (*Achtung: verstorbene Patienten mit genauen Angaben gelten als nachuntersucht!*)

- Charakterisierung von Patienten mit mindestens 3 schweren Hypoglykämien oder 2 Ketoazidosen auf separatem Blatt: Initialen, Alter, Geschlecht, Diabetestyp, Diabetesdauer, Folgekrankheiten, Anzahl an Akutkomplikationen im Untersuchungszeitraum, Ursachen für die Akutkomplikationen, konnte das Patientenproblem gelöst werden?

Charakterisierung der Patienten	Erstuntersuchung	Nachuntersuchung
Alter (Jahre)		
Diabetesdauer (Jahre)		
BMI (kg/m ²)		
Zahl der Patienten mit Wiederholungsschulung		
HbA1c (%) MW +SD		
Schwere Ketoazidosen bei Typ 1 Diabetes (Anzahl/Pat./letzte 12 Monate)		
Schwere Hypoglykämien (Anzahl/Pat./letzte 12 Monate)		
RR syst. Arztmessung		
RR diast. Arztmessung		
Dialyse (Anzahl Patienten)		
Schwangerschaft (Anzahl Patientinnen)		
Neue Fußkomplikationen/letzte 12 Monate		