

**Strukturierter Gesprächsleitfaden für die Arzt-Versicherten-Betreuung**  
**zum Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit COPD / KHK mit dem BKK**  
**Landesverband Bayern**

**I. Eingangsgespräch:**

**Einführung Eingangsgespräch:**

„Innerhalb der nächsten 10 Minuten möchte ich mit Ihnen herausfinden, welche persönlichen Ziele mit Ihnen gemeinsam festgelegt werden können zur Verbesserung Ihrer Situation.“  
Die Gesprächsinhalte können nach ärztlichem Ermessen auf den Versicherten angepasst werden.

<b>Eingangsgespräch zum Krankheitsbild:.....</b>
Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand? <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Zufriedenstellend <input type="checkbox"/> Weniger gut <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht
Wie stark sehen Sie sich durch die diagnostizierte Erkrankung in Ihrer Lebensqualität eingeschränkt? <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark Welche Einschränkungen (max. 3) belasten Sie am stärksten?
Wie gut fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung und die damit einhergehenden Therapiemaßnahmen informiert? <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Zufriedenstellend <input type="checkbox"/> Weniger gut <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht Welche weiteren Informationen zu Diagnose bzw. Therapie oder welche weiteren Hilfestellungen benötigen Sie?
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja: Besteht Interesse und die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm?
Sind Sie sportlich aktiv oder gehen regelmäßiger, körperlicher Aktivität nach? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein Sind Sie interessiert daran, Ihre körperliche Aktivität durch geeignete Angebote zu erhöhen?
<b>Festlegung von konkreten, persönlichen Zielen gemeinsam mit dem Versicherten und dem behandelnden Arzt auf Basis des durchgeführten Assessments:</b> Ziel: Maßvolles körperliches Training (Beispiel: In den nächsten drei Monaten gehe ich täglich abends von 19:00 bis 19:20 Uhr spazieren, ich nehme an einer Lungen-/Herzsportgruppe teil, ich nutze das „Rezept für Bewegung“). _____ Ziel: Effektive Lebensstiländerung (Beispiel: Ich nehme mit meiner Betriebskrankenkasse telefonisch Kontakt auf und lasse mir Kurseempfehlungen für gezielte Präventionsmaßnahmen geben) _____ Ziel: Atemgymnastik (Beispiel: Ich übe jeden Abend zu Hause 5 Minuten konzentriertes Atmen). _____ Ziel: Entspannung (Beispiel: Ich nehme Kontakt mit meiner Betriebskrankenkasse auf zur Vermittlung von Angeboten zur progressiven Muskelentspannung o.ä.).

Ziel: Strukturierte Behandlungsprogramme (Beispiel: Erläuterung und Motivation zur Teilnahme an einem DMP-Programm zum Krankheitsbild).
_____ Weitere Ziele:
Wiedervorstellung zur Erfolgskontrolle im nächsten Quartal am: _____

## II. Folgegespräch:

### Einführung Folgegespräch

„Innerhalb der nächsten 10 Minuten möchte ich mit Ihnen besprechen, wie es Ihnen bei der Umsetzung Ihrer persönlichen Ziele in den letzten Monaten erging.“

Die Gesprächsinhalte können nach ärztlichem Ermessen auf den Versicherten angepasst werden.

<b>Folgegespräch(e) zum Krankheitsbild:.....</b>
Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand? <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Zufriedenstellend <input type="checkbox"/> Weniger gut <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht
Wie stark sehen Sie sich durch die diagnostizierte Erkrankung in Ihrer Lebensqualität eingeschränkt? <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark Welche Verbesserungen oder Schwierigkeiten haben sich seit dem letzten Gespräch ergeben?
<b>Konnten die im letzten Gespräch vereinbarten Ziele erreicht werden?</b> <b>Ziel maßvolles körperliches Training:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein Welche Fortschritte konnten erzielt werden? _____
Welche weiteren Maßnahmen zur Zielerreichung sind erforderlich? _____
Wiedervorstellung erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Ziel effektive Lebensstiländerung:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein Welche Fortschritte konnten erzielt werden? _____
Welche weiteren Maßnahmen zur Zielerreichung sind erforderlich? _____
Wiedervorstellung erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Ziel Atemgymnastik:**

Ja  Teilweise  Nein

Welche Fortschritte konnten erzielt werden?

---

Welche weiteren Maßnahmen zur Zielerreichung sind erforderlich?

---

Wiedervorstellung erforderlich?

Ja  Nein

**Ziel Entspannung:**

Ja  Teilweise  Nein

Welche Fortschritte konnten erzielt werden?

---

Welche weiteren Maßnahmen zur Zielerreichung sind erforderlich?

---

Wiedervorstellung erforderlich?

Ja  Nein

Die Zielerreichung der Versorgung liegt auf Basis des durchgeführten Folgegesprächs vor (dies ist auch bei erfolgter Einschreibung in ein DMP-Programm zum Krankheitsbild der Fall):

Ja  Nein

Falls nein: Wiedervorstellung zur Erfolgskontrolle im nächsten Quartal am: \_\_\_\_\_