REIHE «ORGANISIERTE VERANTWORTUNG» · ARBEITSBUCH

MPK-K

Klinische Kompetenz in der Praxis

Ein Arbeitsbuch für Medizinische Praxiskoordinatorinnen klinischer Richtung

Chronic Care Management in der Hausarztpraxis: Register, Recall, Risikostratifizierung, Sprechstunde für chronisch Kranke.

Emil Schalch

Edition Organisierte Verantwortung

IMPRESSUM

MPK-K: Klinische Kompetenz in der Praxis
Ein Arbeitsbuch für Medizinische Praxiskoordinatorinnen klinischer Richtung

Autor
Dr. med. Emil Schalch

Herausgeber
Edition Organisierte Verantwortung, Inhaber Dr. med. Emil Schalch, 6315 Oberägeri, Schweiz
Reihe «Organisierte Verantwortung»: Ordner «Lernen in der Arztpraxis» mit elf Vertiefungsskripten, Lehrbuch MPK-L, «Die Ärztin im Praxisteam», «SOP-Handbuch für die Grundversorgerpraxis».

1. Auflage 2026

ISBN 978-3-908276-04-3

Stand der Rechtsgrundlagen: 1. Oktober 2026. Stellen, die über die geltenden Vorgaben hinausgehen, sind als «Entwicklungsperspektive» gekennzeichnet.

Prüfungsordnung Odamed vom 5. Februar 2015. Eine neue Prüfungsordnung ist in Vorbereitung; die letzte Prüfung nach bisheriger Ordnung ist für November 2028, die erste nach neuer Ordnung für 2029 vorgesehen (Odamed).

Begleitmaterial online
Die Checklisten, Vorlagen und Raster aus Teil C stehen in bearbeitbarer Form unter www.organisierte-verantwortung.ch/mpk-k bereit. Dort sind auch Änderungen nachgeführt, die sich nach dem oben genannten Stand ergeben haben; ein Änderungsprotokoll weist sie aus. Massgeblich für den Unterricht ist die gedruckte Auflage mit ihrem Stand-Datum.

© 2026 Dr. med. Emil Schalch, Oberägeri, Schweiz

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ausserhalb der gesetzlichen Schranken des Urheberrechts bedarf der schriftlichen Zustimmung des Verfassers.

Die online bereitgestellten Checklisten, Vorlagen und Raster dürfen Käuferinnen und Käufer dieses Buchs im eigenen Praxis- oder Ausbildungsbetrieb verwenden, anpassen und intern vervielfältigen. Jede weitere Vervielfältigung, Weitergabe oder Übernahme in Kursunterlagen bedarf der schriftlichen Zustimmung des Verfassers.

Fachliche Grundlage
Dieses Handbuch basiert auf langjähriger praktischer Erfahrung in der hausärztlichen Grundversorgung, im Chronic Care Management, in der integrierten Versorgung sowie in der Aus- und Weiterbildung von MPA, MPK-K (Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung) und MPK-L (Medizinische Praxiskoordinatorin praxisleitender Richtung).

Zum Namen
Der Gesundheitspunkt Oberägeri bezeichnet in diesem Werk die Hausarztpraxis des Autors (gegründet 8. August 1988), in der ab 2010 die Konzepte der integrierten Versorgung erarbeitet wurden und die vom 16. November 2020 bis 31. Dezember 2025 unter seiner Leitung als Gesundheitspunkt Oberägeri geführt wurde. Die beschriebenen Instrumente sind dort entstanden und über Jahre angewendet worden. Seit 1. Januar 2026 wird der Name von einer Nachfolgeorganisation genutzt, die nicht Gegenstand dieses Werks ist.

Hinweis zur Entstehung dieses Werkes
Zur Unterstützung der Strukturierung, Textredaktion und grafischen Konzeptentwicklung wurden Werkzeuge der Künstlichen Intelligenz eingesetzt. Die fachliche Verantwortung für sämtliche Inhalte, Modelle, Schlussfolgerungen und Empfehlungen liegt ausschliesslich beim Verfasser.

Qualitätssicherung
Das Werk wurde nach dem «Beurteilungsraster für Lehr- und Praxisbücher der integrierten Versorgung» (Fassung vom 19. September 2026) geprüft. Delegation, Haftung und Kompetenzgrenzen sind nach dem Praxisleitfaden «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag» (SAMW/FMH, 4. Auflage 2026) dargestellt; Stand der Rechtsgrundlagen 1. Oktober 2026.

Haftungsausschluss
Stand der Inhalte: November 2026. Dieses Werk ist ein Lehrmittel. Massgebend sind das geltende Recht, die amtlichen Vorgaben und die Regeln der eigenen Praxis. Fälle, Personen und Praxen in den Beispielen sind erfunden. Hinweise auf Fehler nimmt der Verlag gern entgegen; Korrekturen stehen unter organisierte-verantwortung.ch.

Kontakt
Dr. med. Emil Schalch
Kalchrainstrasse 3, 6315 Oberägeri, Schweiz · kontakt@organisierte-verantwortung.ch

Gedruckt in der Schweiz.

Vorwort

«Berufliche Identität wächst nicht im Lehrsaal, sondern im Alltag – dort, wo Wissen Verantwortung wird.»

Die Weiterbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin habe ich von 2007 bis 2011 mitentwickelt; 2015 folgte das erste Lehrbuch zum Chronic Care Management für die MPK. Von 2020 bis 2025 haben wir die Rolle im Gesundheitspunkt Oberägeri im Alltag erprobt. Dabei wurde klar, was dieses Buch trägt: Die MPK-K ist nicht ein Bindeglied zwischen Ärztin und MPA. Sie trägt einen eigenen Verantwortungsraum, die klinische Kontinuität. Sie führt den Verlauf chronisch kranker Menschen, solange er im vereinbarten Korridor bleibt – und sie erkennt, wann er ihn verlässt.

Dieses Buch sagt dir, wofür du einstehst, wo deine Grenze liegt und an wen du übergibst. Es zeigt dir auch den Raum der Ärztin. Denn dein Raum entsteht dort, wo die Ärztin delegiert, freigibt und prüft.

Es setzt den Grundlagenband «Chronic Care für die Medizinische Praxiskoordinatorin» (Schmid-Barmet/Schalch, 3. Auflage 2026, Bezug SVA) voraus und wiederholt ihn nicht: Jedes Kapitel in Teil B nennt zu Beginn die Kapitel des Bandes, auf denen es aufbaut. Wer den Band nicht kennt, liest die genannten Kapitel zuerst.

Teil A beschreibt Rolle und Haltung der MPK-K. Teil B überträgt sie auf Krankheitsbilder und Abläufe. Teil C enthält die Werkzeuge für den Alltag, von Checklisten bis zu Gesprächsleitfäden.

Mein Dank gilt den Mitarbeitenden des Gesundheitspunkts Oberägeri, die diese Entwicklung mitgetragen haben. Sie haben gezeigt, dass Qualität dort entsteht, wo Menschen wissen, wofür sie einstehen, und gemeinsam handeln.

Ich wünsche dir, dass du deinen Raum mit Fachlichkeit, Klarheit und Selbstvertrauen trägst.

«Praxis ist Theorie, die atmet.»

Dr. med. Emil Schalch
Leitender Arzt des Gesundheitspunkts Oberägeri 2020–2025
Initiator und Autor der MPK-K-Lehrbücher

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
	Zuordnung zu den Modulen der Berufsprüfung MPK (klinische Richtung)	7
A	**Teil A – Grundlagen klinischer Arbeit**	**9**
	Einleitung Teil A	10
A1	Klinische Identität: Die Rolle der MPK-K verstehen	11
A2	Führung im Alltag: Einfluss statt Hierarchie	17
A3	Kommunikation: Klinische Kompetenz im Gespräch	23
A4	Klinisches Denken: Entscheiden und Prioritäten setzen	28
A5	Qualität: Sicherheit und kontinuierliche Verbesserung	33
A6	Selbstführung: Ethik, Resilienz und Verantwortung	38
B	**Teil B – Systemisches Arbeiten und Qualität**	**43**
	Einleitung Teil B	44
B1	Theorie trifft Praxis: Chronic Care Modell & Dokumentation im Qualitätsprozess	45
B2	Kardiale Erkrankungen: Struktur und Sicherheit	49
B3	Stoffwechselerkrankungen: Begleiten statt belehren	53
B4	Atemwegserkrankungen: Sicherheit und Selbstmanagement fördern	57
B5	Neurologisch-geriatrische Krankheitsbilder: Nähe mit Struktur	60
B6	Psychosoziale und schlafbezogene Gesundheitsprobleme: Verstehen, begleiten, entlasten	64
B7	Schmerzmanagement & Palliative Betreuung: Lebensende begleiten mit Würde	69
B8	Rheumatische Erkrankungen: Beweglich bleiben, Schmerz verstehen	73
C	**Teil C – Werkzeugkasten für klinische Arbeit**	**79**
	Einleitung Teil C	80
C1	Qualitäts- und Führungsinstrumente	82
C2	Klinische Werkzeuge und Checklisten	90
C3	Krankheitsspezifische Werkzeuge	95
	C3.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	95
	C3.2 Stoffwechsel und Bluthochdruck	98
	C3.3 Atemwegserkrankungen (COPD & Asthma bronchiale)	103
	C3.4 Neurologisch-geriatrische Krankheitsbilder	108
	C3.5 Psychosoziale und schlafbezogene Gesundheitsprobleme	112
	C3.6 Schmerzmanagement & Palliative Betreuung	115
	C3.7 Rheumatische Erkrankungen	118
Anh	**Anhänge**	**125**
1	Rechtliche und ethische Grundlagen	126
2	Datensicherheit und Dokumentation	129
3	Literatur-, Quellen- und Abkürzungsverzeichnis	132
4	Abbildungsverzeichnis	137
5	Vorbereitung auf die Berufsprüfung MPK	138
6	Üben und prüfen: drei Verlaufsfälle mit Erwartungshorizont	146

A1 Klinische Identität: Die Rolle der MPK-K verstehen

Modulbezug: CCM I: Rolle im proaktiven Praxisteam; Berufsbild PO 1.2 · Prüfung: S Reihe: Ordner R1 · Lehrbuch MPK-L Kap. 2

«Klinisches Denken bedeutet, Menschen zu verstehen – nicht nur Symptome zu ordnen.»

Lernziele

Nach diesem Kapitel kannst du …

- die Entstehung und Bedeutung der Rolle der MPK-K in der Hausarztmedizin erklären,
- deine Aufgaben im interprofessionellen Team klar von anderen Berufsgruppen abgrenzen,
- die klinische Haltung einer MPK-K beschreiben und in deinem Arbeitsalltag reflektieren,
- Verantwortung in deinem Kompetenzbereich übernehmen und Grenzen erkennen,
- deinen Beitrag zur Versorgungsqualität selbstbewusst benennen.

A1.1 Historische Entwicklung und Kontext

Die medizinische Grundversorgung steht in der Schweiz seit Jahren vor einem tiefgreifenden Wandel. Hausarztmedizin wird komplexer, Teams werden interprofessionell, und die Aufgaben verschieben sich vom Einzelarzt hin zu geteilten Verantwortlichkeiten (Abb. 2).

Mit der Agenda Grundversorgung des BAG und der Arbeit der Odamed wurde die neue Berufsrolle der Medizinischen Praxiskoordinatorin geschaffen – als Antwort

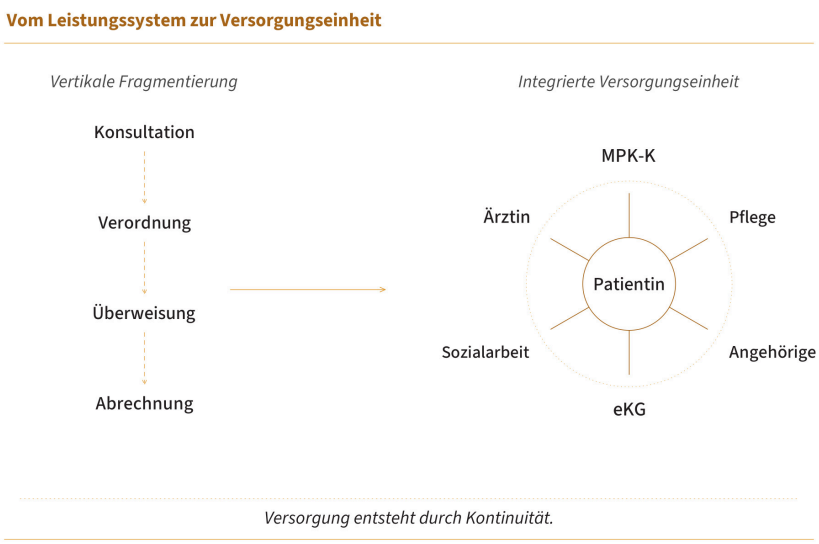

Abb. 2: Vom Leistungssystem zur integrierten Versorgungseinheit

auf diese Realität. Die klinische Richtung (MPK-K) konzentriert sich dabei auf die unmittelbare Arbeit am Patienten: Beobachten, Einschätzen, Handeln und Koordinieren im medizinischen Alltag.

MERKE **Die MPK-K ist mehr als ein Bindeglied zwischen Arzt und MPA – sie trägt einen eigenen Verantwortungsraum: die klinische Kontinuität.**

A1.2 Abgrenzung und Zusammenarbeit

Die MPK-K arbeitet eng mit Ärztinnen, MPK-L, Pflegefachpersonen und Therapeutinnen zusammen. Sie übernimmt keine ärztlichen Entscheidungen, wohl aber Verantwortung für deren Umsetzung, Überwachung und Qualität.

Vier Räume in der Praxis

Dieses Lehrwerk beschreibt Rollen nicht über Tätigkeiten und nicht über eine Rangordnung, sondern über Verantwortungsräume: Ein Verantwortungsraum ist der Teil der Versorgung, für den eine Rolle einsteht – nicht «Wer macht was?», sondern «Wer trägt wofür?».

Raum	Rolle	Wofür sie einsteht
Medizinische Gesamtverantwortung	Ärztin	Diagnose, Indikation, Therapie, Aufklärung; sie delegiert und trägt die Verantwortung für das Delegierte.
Konsultationssicherheit	MPA	Jede Konsultation kommt sicher zustande, läuft sicher ab und wird sicher abgeschlossen – vom ersten Kontakt bis zum quittierten Abschluss.
Klinische Kontinuität	MPK-K	Der Verlauf chronisch kranker Patientinnen: planen, begleiten, beurteilen im delegierten Rahmen.
Systemfähigkeit	MPK-L	Die Praxis als System: Organisation, Qualität, Führung; die Regeln und Abläufe, auf die sich alle stützen.

Raum statt Leiter: MPK-K und MPK-L sind nicht die Vorgesetzten der MPA; sie tragen andere Räume. Wo ein Raum endet, wird übergeben – an die zuständige Rolle, nicht «nach oben». Für jeden Vorgang gibt es genau eine Rolle, die ihn trägt. Jeden Raum beschreibt ein Werk der Reihe.

Der Raum der Ärztin: medizinische Gesamtverantwortung

Der Raum der Ärztin ist kein Restraum («alles Übrige»). Er hat einen Gegenstand und eine Grenze wie die drei anderen. Das Raumblatt zeigt ihn in derselben Form, in der dieses Buch deinen eigenen Raum beschreibt – damit du weisst, was du von der Ärztin erwarten darfst und was nicht.

Feld	Frage	Ärztin
Gegenstand	Wofür steht sie ein?	Jede Patientin erhält eine medizinisch richtige Entscheidung: Diagnose, Indikation, Therapie, Aufklärung. Und alles, was sie delegiert, geschieht nach Regeln, die sie gesetzt hat und überwacht.

B2 Kardiale Erkrankungen: Struktur und Sicherheit

Modulbezug: KHK/Herzinsuffizienz (Wahlpflicht) · Prüfung: Modul
Reihe: Vitalzeichen-Skript, EKG-Skript · SOP-Handbuch AA-309.2.2

«Klinische Qualität entsteht dort, wo Aufmerksamkeit, Struktur und Verantwortung zusammenkommen.»

B2.1 Lernziele

Nach diesem Kapitel kannst du …

- kardiale Erkrankungen im Rahmen des Chronic Care Modells strukturieren und koordinieren,
- *Red Flags* erkennen und korrekt reagieren,
- Patientinnen und Patienten in ihrem Selbstmanagement begleiten,
- mit Ärztinnen, Pflege und weiteren Fachpersonen interprofessionell kommunizieren,
- Qualität und Sicherheit im kardiologischen Praxisprozess sichern.

B2.2 Verweise auf Chronic Care für MPK

Dieses Kapitel baut auf den theoretischen Grundlagen aus Chronic Care für die Medizinische Praxiskoordinatorin / den Medizinischen Praxiskoordinator (Schmid-Barmet/Schalch, 3. Auflage 2026; im Folgenden kurz Chronic Care für MPK) auf: Teil I, Kapitel 5 (Chronic Care Modell, sechs Elemente); Teil IV, Kapitel 26 (5A-Strategie) und 27 (Ablauf einer Chronic-Care-Beratung); Teil V, Kapitel 34 (PDCA-Zyklus) und 38 (Patientenregister).

Die nachfolgenden Inhalte zeigen, wie diese Konzepte in der Praxis der MPK-K konkret umgesetzt werden: vom systemischen Denken zur klinischen Handlung, von der Beobachtung zur koordinierten Intervention.

B2.3 Zugang – Wie kommen die Patientinnen und Patienten zu dir?

Kardiale Patientinnen und Patienten treten meist im Rahmen von **chronischen Erkrankungen** in Kontakt mit der Praxis:

koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen oder hypertensive Herzerkrankungen.

Häufig erfolgt der Zugang über Hausärztinnen, Notfallkonsultationen, Spitalaustritte oder geplante Follow-up.

Die MPK-K koordiniert Termine, überprüft Vitalparameter, erfasst Symptome (Dyspnoe, Schwindel, Ödeme) und bewertet die Dringlichkeit.

MERKE **Der erste Eindruck entscheidet über Sicherheit – strukturiertes Triage-Denken ist der Anfang jeder klinischen Qualität.**

B2.4 Intervention – Was machst du mit ihnen?

Die Intervention beginnt mit der **standardisierten Anamnese** und der **Erhebung von Vitalwerten** (Blutdruck, Puls, Gewicht, SpO_2).

Danach folgen Medikamentenkontrolle, Symptombeobachtung und Beurteilung der Belastungstoleranz.

Die MPK-K nutzt dafür die strukturierten Werkzeuge aus Teil C.

In komplexen Fällen unterstützt sie die Ärztin oder den Arzt durch gezielte Verlaufskontrolle, Erinnerung an Labor- oder Echo-Kontrollen und Nachverfolgung von Therapieänderungen.

Warnzeichen meldet sie nach Dringlichkeit: Ruhedyspnoe, Brustschmerz oder eine Bewusstseinsveränderung – Ärztin sofort nach dem Notfallstandard der Praxis; eine Gewichtszunahme von mehr als 2 kg in drei Tagen, neue Ödeme oder zunehmende Atemnot bei Belastung – Rücksprache am selben Tag. Befund und Meldung werden dokumentiert.

MERKE **Jede dokumentierte Beobachtung ist eine Sicherheitsmassnahme – was nachvollziehbar ist, kann geprüft und verbessert werden.**

B2.5 Krankheitsbilder / Pathophysiologie

Koronare Herzkrankheit (KHK)
Chronische Durchblutungsstörung des Herzmuskels infolge atherosklerotischer Verengung der Koronararterien.

Ziele: Symptome reduzieren (Angina pectoris), Herzinfarkt verhindern, Therapieadhärenz fördern.

Herzinsuffizienz (HI)
Unfähigkeit des Herzens, ausreichend Blut in den Kreislauf zu pumpen.

Hauptzeichen: Belastungsdyspnoe, Ödeme, Gewichtszunahme, Müdigkeit.

Ziele: Früherkennung von Dekompensation, Medikationsoptimierung, Selbstmanagement stärken.

MERKE **Die MPK-K ist das Frühwarnsystem der Praxis – sie erkennt Dekompensationen, bevor sie gefährlich werden.**

Bereich	Warnzeichen	Reaktion
Körperlich	• Akute Atemnot, Brustschmerz • Neurologische Ausfälle • Plötzliche Verschlechterung	Sofort abklären, medizinische Notfallkette einleiten.
Psychisch	• Suizidgedanken • Verwirrtheit, Desorientierung • Akute Angst, Panik	Nicht allein lassen, sofortige fachliche Unterstützung organisieren.
Verlauf	• Rascher Funktionsverlust • Wiederholte Dekompensation • Therapieresistenz	Verlauf neu bewerten, Behandlungsplan anpassen, Spezialberatung einholen.
Sozial	• Isolation, fehlendes Netzwerk • Überforderung der Bezugspersonen • Finanzielle Notlage	Ressourcen aktivieren, Sozialdienst einbeziehen, Entlastung organisieren.
System	• Wichtige Informationen fehlen • Unklare Zuständigkeit • Kommunikationsbruch	Informationen klären, Verantwortung festlegen, Kommunikation sicherstellen.

Tab. 1: Red Flags – klinische Warnzeichen und Eskalationspunkte.

B2.6 Edukation / Kommunikation

Patientenbildung steht im Zentrum des *Chronic Care Modells*.

Die MPK-K nutzt die 5A-Methode (Assess – Advise – Agree – Assist – Arrange) und Elemente des Motivational Interviewing, um Verhaltensänderungen anzuregen und Selbstmanagement zu fördern.

Aufklärung über Gewichtskontrolle, Bewegung, Medikamenteneinnahme und Symptombeobachtung bildet den Kern der Edukation.

B2.7 Kooperation / Dokumentation / Qualität

Die MPK-K dokumentiert alle Beobachtungen zeitnah in der elektronischen Krankengeschichte *(eKG).*

Diese Daten ermöglichen den *PDCA-Zyklus* im Qualitätsmanagement:

Plan – Do – Check – Act.

Sie koordiniert Information zwischen Hausarztpraxis, Kardiologin, Spital und Angehörigen – ein zentrales Kriterium der EQUAM-Prozessqualität.

B2.8 Praxisbeispiel

Eine 72-jährige Patientin mit bekannter Herzinsuffizienz (NYHA III) meldet sich wegen zunehmender Atemnot.

Die MPK-K stellt eine Gewichtszunahme von 2 kg in drei Tagen fest und informiert die Ärztin.

Nach Anpassung der Diuretikadosis und telefonischem Follow-up stabilisiert sich die Situation.

→ Werkzeugkasten: Fussuntersuchung mit Monofilament und Stimmgabel (C3.2.2, S. 100)

B3.4 Intervention – Was machst du mit ihnen?

Die MPK-K führt strukturierte Kontrollen durch: Blutzucker, Gewicht, Blutdruck, Fusspflege, Medikamenten- und Insulinkontrolle.

Sie beobachtet Verlaufstrends und koordiniert Zwischenkontrollen mit dem Arzt oder der Diabetesberaterin.

Was du bei Auffälligkeiten tust, richtet sich nach der Dringlichkeit – in dieser Reihenfolge:

- Akut: Hypoglykämie (unter 4 mmol/l oder Zeichen wie Zittern, Schwitzen, Verwirrtheit), stark erhöhte Werte mit Erbrechen oder Bewusstseinsveränderung – Sofortmassnahme nach dem Notfallstandard der Praxis, Ärztin sofort, Patientin oder Patient nicht allein lassen.
- Warnzeichen (Red Flags): Polyurie, unklare Müdigkeit, Gewichtsschwankungen, neue Fussläsion, wiederholt erhöhte Werte – Dringlichkeit einordnen, Rücksprache mit der Ärztin am selben Tag, Befund und Meldung dokumentieren.
- Verlauf: alles Übrige in die Verlaufskontrolle aufnehmen und der Ärztin zur nächsten Konsultation vorlegen.

Was sich am Ablauf verbessern lässt, wertest du getrennt davon im PDCA-Zyklus aus (B3.7). Die Reaktion auf ein Warnzeichen ist kein Verbesserungsprozess, sondern Patientensicherheit.

MERKE **Jede Verlaufskontrolle ist eine Lernchance – für Patient und Team gleichermassen.**

B3.5 Krankheitsbilder / Pathophysiologie

Diabetes mellitus Typ 2

Chronische Stoffwechselstörung mit Insulinresistenz und relativem Insulinmangel.

Langzeitrisiken: Gefäss- und Nervenschäden, Amputation, Nephropathie.

Ziele: BZ-Stabilisierung, Lebensstilumstellung, Komplikationsprävention, Edukation zur Selbstmessung.

Arterielle Hypertonie

Dauerhafte Erhöhung des Blutdrucks > 140/90 mmHg.

Risikofaktoren: Übergewicht, Stress, Salz, Bewegungsmangel.

Ziele: Regelmässige Kontrollen, Therapietreue, Selbstmessung, Bewusstseinsbildung für Langzeitfolgen.

MERKE **Stoffwechselerkrankungen entstehen aus Veranlagung, Alter, Umfeld und Gewohnheiten – an den Gewohnheiten lässt sich gemeinsam arbeiten, ohne Schuld.**

Red-Flag-Check Diabetes

- Wiederholte Hypoglykämien (< 3,5 mmol/l)?
- Starke Schwankungen trotz gleicher Ernährung?
- Wunden / Rötungen an den Füssen?
- Visusveränderungen / Schwindel / Schwäche?
- Medikamentenlücken oder unklare Einnahme?

☐ kein Alarm ☐ ärztliche Beurteilung innerhalb 24 h notwendig

MERKE **Jede Hypoglykämie ist ein Frühwarnsystem. Sie zeigt, dass Planung, Ernährung oder Medikation überprüft werden müssen.**

Patientenedukation – Kurzleitfaden

Thema	Kernaussage	Hilfsmittel
Ernährung	kleine Portionen, weniger Zucker & Weissmehl	Ernährungstabelle
Bewegung	täglich mind. 30 min, regelmässig	Aktivitätsplan
Medikamente	Einnahme gemäss Plan, nie doppeln	Medikamentenplan
Blutzuckermessung	1–2× täglich oder gemäss Arzt	Messprotokoll
Fusskontrolle	täglich, mit Spiegel	Fusskontrollkarte

MERKE **Eigenverantwortung beginnt mit Wissen – Edukation ist Therapie.**

Follow-up-Raster Diabetes

Intervall	Fokus	Verantwortlich	Dokumentation
1 Monat	Adhärenz, Messwerte, Ernährung	MPK-K	Verlauf
3 Monate	HbA1c, Gewicht, Blutdruck	Ärztin + MPK-K	Labor / Verlauf
6 Monate	Fussstatus, Augenarztbericht	MPK-K	Verlauf
12 Monate	Gesamt-Review (CCM)	MPK-K + Ärztin	Checkliste DM

PDCA-Beispiel Diabetes

Phase	Beschreibung	Beispiel
PLAN	Ziel: HbA1c < 7,0 %	Patientin + MPK-K – Ernährungsplan
DO	Umsetzung Ernährungs- und Bewegungsplan	Spaziergänge + Tagebuch
CHECK	Kontrolle nach 3 Monaten	HbA1c 6,8 %, Gewicht –1 kg
ACT	Verstetigen / Anpassen	neue Teilziele vereinbart

Fussprotokoll – Vorlage

Patientin / Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Diabetes seit: _____

Datum	Inspektion rechts / links	Monofilament rechts / links (gespürt von 3)	Stimmgabel rechts / links (x/8)	Pulse rechts / links	Risikoklasse (ärztlich)	Massnahme	Nächste Kontrolle
	☐ unauffällig ☐ Hornhaut ☐ Deformität ☐ Wunde	/	/	☐ tastbar ☐ nicht tastbar	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		
	☐ unauffällig ☐ Hornhaut ☐ Deformität ☐ Wunde	/	/	☐ tastbar ☐ nicht tastbar	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		
	☐ unauffällig ☐ Hornhaut ☐ Deformität ☐ Wunde	/	/	☐ tastbar ☐ nicht tastbar	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		
	☐ unauffällig ☐ Hornhaut ☐ Deformität ☐ Wunde	/	/	☐ tastbar ☐ nicht tastbar	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		
	☐ unauffällig ☐ Hornhaut ☐ Deformität ☐ Wunde	/	/	☐ tastbar ☐ nicht tastbar	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		
	☐ unauffällig ☐ Hornhaut ☐ Deformität ☐ Wunde	/	/	☐ tastbar ☐ nicht tastbar	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		

Die Risikoklasse (0 keine Neuropathie – 3 früheres Ulkus oder Amputation) legt die Ärztin fest; sie bestimmt das Kontrollintervall (jährlich bis alle ein bis drei Monate) und ob Podologie, orthopädische Schuhversorgung oder eine Fussklinik einbezogen werden.

Kopiervorlage – zum Kopieren für den Praxisgebrauch freigegeben.