

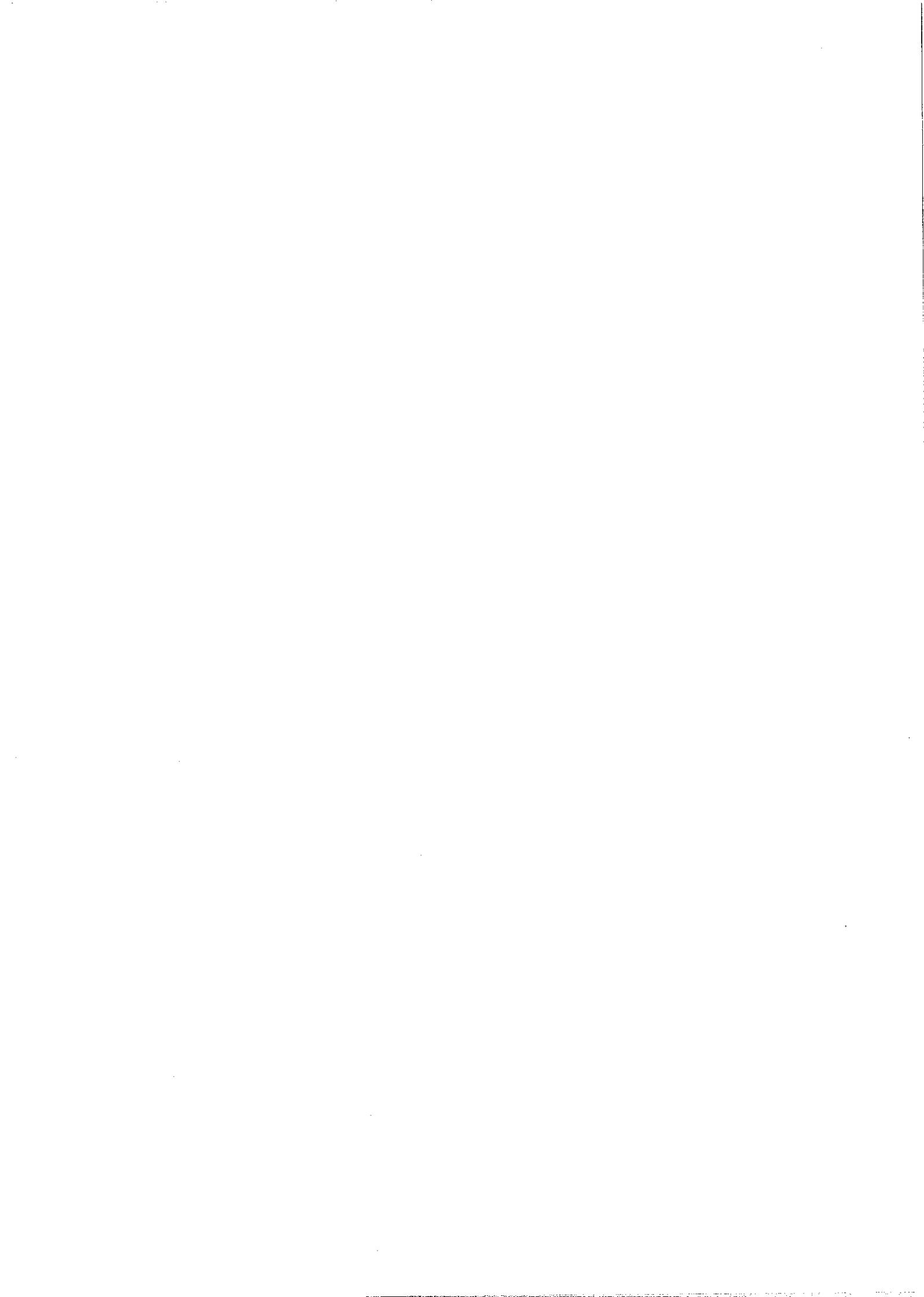
Anlagen:

Anlage I – eKOS-Vereinbarung

Anlage II – Therapie Aktiv

Anlage III – Tarifkatalog Kinder- und Jugendheilkunde

Anlage IV - Bezirksbündel



# Gesamtvertragliche Vereinbarung

abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge HV genannt) im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (in der Folge BKNÄ genannt) im eigenen Namen und im Namen aller Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern gemäß §§ 342ff ASVG.

Diese Vereinbarung ergänzt die Verpflichtungen der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gemäß der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 16. Dezember 2004 über die Verwendung der e-card in der derzeit geltenden Fassung, sowie gemäß der diesbezüglichen Vereinbarungen der kurativen Gesamtverträge. Die zuständigen Krankenversicherungsträger und die zuständigen Ärztekammern verpflichten sich, ihre kurativen Gesamtverträge entsprechend dieser Vereinbarung anzupassen.

Soweit in der Folge personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf eine bestimmte Person ist die jeweilige geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

## Präambel

Ziel der Vereinbarung ist die gemeinsame (Weiter-)Entwicklung des e-card Systems zur Verbesserung der Servicequalität für die Versicherten und zur Vereinfachung der Prozesse in den Ordinationen und in den Sozialversicherungsträgern.

Die eKOS-Applikation verfolgt den Zweck, die Zusammenarbeit zwischen Leistungsverordnern und Leistungserbringern zu unterstützen und in der Kommunikation mit den Krankenversicherungsträgern effizienter zu gestalten. Papierprozesse sollen weitestgehend durch elektronische Abläufe ersetzt werden, um Bürokratie abzubauen. Regelungen über die Abrechenbarkeit von Leistungen werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

## Einführung von e-Services 2018 und 2019

### § 1 Elektronisches Kommunikations Service eKOS (e-Zuweisung, e-Überweisung, e-Verordnung)

- (1) Bei der eKOS-Applikation handelt es sich um die elektronische Erfassung, Übermittlung und Bearbeitung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen, wobei die zugrundeliegenden Leistungen unterschiedlich nach den jeweiligen Regelungen der Krankenversicherungsträger einer

Bewilligungspflicht durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst unterliegen können. eKOS wird auf Basis eines einvernehmlich festgelegten Rollout Planes für das Jahr 2018 eingeführt und gemeinsam weiterentwickelt.

- (2) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit kurativem Einzelvertrag zu einer GKK sind jedenfalls verpflichtet, ab 01.01.2019 bei jeder Überweisung, Zuweisung und Verordnung, die eine der in Abs. 3 angeführten Leistungsarten betrifft, die eKOS-Applikation zu verwenden. Die Verpflichtung umfasst nicht die Ausstellung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen bei Hausbesuchen bzw. Hausbesuchen in Heimen, sofern keine (mobile) Ausstattung vorhanden ist. Ausgenommen von der verpflichtenden Verwendung sind Vertragsärzte, die zum 01.01.2019 das 68. Lebensjahr bereits vollendet oder den Einzelvertrag bis 31.12.2018 gekündigt haben werden.
- (3) Als Leistungsarten umfasst die Verwendungspflicht folgende Untersuchungen bzw. Therapien: MR, CT, Knochendichtemessung, Humangenetische Untersuchungen, Nuklearmedizinische Untersuchungen, klinisch-psychologische Diagnostik, Röntgen, Sonographie, Röntgentherapie.
- (4) Die weitere Verpflichtung zur Verwendung der eKOS-Applikation von zusätzlichen ärztlichen Fachgruppen als Zuweisungsempfänger und Leistungserbringer bedarf des Einvernehmens zwischen den Vertragsparteien.
- (5) Die eKOS-Applikation ist unabhängig davon anzuwenden, ob eine Leistungsart bei einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst zu bewilligen ist oder nicht. Die Regelungen über die Bewilligungspflicht von Leistungen werden durch die gegenständliche Vereinbarung nicht berührt.
- (6) Die eKOS-Applikation ändert nicht die Zuständigkeit der Patienten für die allfällige Einholung der Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes.
- (7) Der HV leistet für die verpflichtende flächendeckende Verwendung eine pauschale Vergütung in Höhe von € 2,1 Mio., zahlbar mit 01.09.2019. Die Verteilung an Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen erfolgt, ab 1.10.2019 sobald die Verpflichtung der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen gemäß § 1 Abs. 2 eintritt, durch die ÖÄK.
- (8) Die Vertragsparteien setzen sich dafür ein, dass eKOS ab 01.10.2019 flächendeckend und verpflichtend verwendet wird. Daher ist erstmalig mit 01.10.2019 die Voraussetzung gemäß §13 Abs. 1 3. Zusatzprotokoll VU-GV zur Erhöhung der Tarife der VU auf € 91,- gegeben.
- (9) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit einem kurativen Einzelvertrag zu einer Gebietskrankenkasse, die eKOS integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von € 4,- pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat bis einschließlich Dezember 2022, frühestens aber erst ab 01.01.2019. Der Zuschuss gemäß § 2 Abs. 2 ist davon unberührt.
- (10) Zur Auszahlung wird folgende Vorgangsweise vereinbart: Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der üblichen jeweiligen GKK Honorarabrechnung über eine

eigene Verrechnungsposition. Deren Abrechnung durch den Vertragspartner setzt das weitere Bestehen seiner Anspruchsberechtigung und die Zustimmung zur Überprüfung der integrierten Verwendung durch den Hauptverband voraus.

## § 2 e-Medikation

- (1) Die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen zur Verwendung von e-Medikation ergeben sich aus §§ 13 Abs 2 und 3 iVm § 16a Gesundheits telematikgesetz 2012 (GTeIG 2012) iVm der ELGA-Verordnungsnovelle 2017, BGBl. II Nr. 380/2017). Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass nach Ende des Rollouts eine flächendeckende Verwendung der e-Medikation durch zumindest 80 Prozent der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen im Bereich der Allgemeinmedizin und der allgemeinen Fachärzte gegeben ist.
- (2) Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit einem kurativen Einzelvertrag zu einer Gebietskrankenkasse (ausgenommen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen mit Ordinationsstandort in Vorarlberg), die e-Medikation integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten einen Betrag von € 20,- pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat (nicht jedoch vor dem Zeitpunkt der tatsächlichen Verpflichtung lt. Rollout-Plan der Region) bis einschließlich Dezember 2022. Der Zuschuss gemäß § 1 Abs. 9 ist davon unberührt.
- (3) Zur Auszahlung wird folgende Vorgangsweise vereinbart: Mit dem Antrag zur Bundesförderung für die Anschubfinanzierung kann gleichzeitig der in Abs. 2 beschriebene Zuschuss bei der jeweiligen GKK beantragt werden. Dieser muss die Zustimmung des Antragstellers enthalten, dass die integrierte Verwendung seitens des Betreibers stichprobenartig überprüft wird. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der üblichen jeweiligen GKK Honorarabrechnung über eine eigene Verrechnungsposition. Deren Abrechnung durch den Vertragspartner setzt das weitere Bestehen seiner Anspruchsberechtigung und die Zustimmung zur Überprüfung der integrierten Verwendung durch den zuständigen Betreiber gemäß § 16a GTeIG 2012 voraus.

## § 3 Einführung „Foto auf der e-card“ von 2019 -2023

Die Ärztekammern sowie die Ärzte und Gruppenpraxen werden die flächendeckende Ausstattung durch zielgerichtete Information der Patienten unterstützen.

## § 4 Gemeinsame Einführung

Die BKNÄ und die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern werden die oben vereinbarten Projekte bei der Einführung durch Informationen an die Mitglieder aktiv und positiv unterstützen.

## Einführung weiterer e-Services

### § 5 Generelles Vorgehen vor Einführung (Kosten/Nutzen-Prozedere)

- (1) HV und BKNÄ vereinbaren, bis 30.06.2018 ein gemeinsames Prozedere zu erarbeiten und zu vereinbaren, damit eine kooperative Einführung von e-Services (insb. e-Rezept, e-Transportschein, e-Impfpass und e-Mutter-Kind-Pass) im Zeitraum 2018-2022 vorgenommen werden kann.
- (2) Folgende Schritte zur Einführung werden dabei als Weg festgelegt:
  - HV und BKNÄ ermitteln und definieren Kriterien zur Nutzen/Kostenverteilung der betroffenen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen unter Einbindung der Softwarehersteller.
  - Ermittlung der „Standard“-Kosten/Nutzen für betroffenen Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen (sowohl einmalig als auch laufend).
  - Bewertung erfolgt durch Bewertungsteam von HV und BKNÄ.
  - Bei Nichteinigung innerhalb von drei Monaten ab Beginn der Kosten/Nutzen-Evaluierung werden von HV und BKNÄ einvernehmlich zwei Experten bestellt. Beide Seiten akzeptieren das Gutachten.
  - Das Ergebnis stellt einen Teil der Verhandlungsgrundlagen und allfälliger Kostenabgeltungen für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen dar.

### § 6 Geplante Einführung von e-Rezept

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Rollout von e-Rezept nach Maßgabe des Prozederes nach § 5 gestaffelt im Jahr 2020 erfolgen soll. Gemeinsames Ziel ist es, dass e-Rezept von Vertragsärzten, Vertragsgruppenpraxen und Wahlärzten mit Rezeptrecht ab Ausstattung, spätestens jedoch ab 01.01.2021, verwendet wird.

### § 7 Geplante Einführung von e-Transportschein

Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Rollout von e-Transportschein nach Maßgabe des Prozederes nach § 5 gestaffelt im Jahr 2021 erfolgen soll. Gemeinsames Ziel ist es, dass e-Transportschein von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen ab Ausstattung, spätestens jedoch ab 01.01.2022, verwendet wird.

## Modernisierung der Infrastruktur

### § 8 GIN-Zugangsnetz: Zusammenlegung von SV-Kanal und MWD-Kanal im Jahr 2018 und Erhöhung der Bandbreite auf 2MBit/s<sup>1</sup>

- (1) Der Aufpreis für die Kanalzusammenlegung beträgt € 3,- netto zzgl. USt pro Monat pro GIN-Zugangsnetzanschluss ab 01.01.2018. Der HV wird mit den GIN-Zugangsnetz Providern im Wege der GIN-Zugangsnetz-Providerverträge vereinbaren, dass der Betrag nur jenen Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen in Rechnung gestellt wird, die über eine Zuzahlung durch den HV gestützt werden.
- (2) Der Aufpreis für die Bandbreitenerhöhung beträgt € 1,- netto zzgl. USt pro Monat pro GIN-Zugangsnetzanschluss ab 01.01.2018. Der HV wird mit den GIN-Zugangsnetz Providern im Weg der GIN-Zugangsnetz-Providerverträge vereinbaren, dass der Betrag nur jenen Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen in Rechnung gestellt wird, bei denen die Bandbreitenerhöhung vorgenommen wird. Das schließt jene aus, bei denen eine Bandbreitenerhöhung nicht herstellbar ist oder deren GIN-Zugangsnetzanschluss zum 01.01.2018 bereits eine höhere Bandbreite hat.
- (3) Die unter Abs. 1 und Abs. 2 anfallenden Kosten je GIN-Zugangsnetzanschluss für 12 Monate á max. € 4,- netto zzgl. USt werden von der ÖÄK übernommen.
- (4) HV und BKNÄ streben eine weitere deutliche Erhöhung der Bandbreiten an und werden dazu im Jahr 2018 ein gemeinsames Verhandlungsteam einrichten.

### § 9 Ersatz der physischen GINA durch ein Service (GINA-as-a-Service) – schrittweise Einführung ab 2021

- (1) Der HV verpflichtet sich ab 2021 den Ersatz der physischen GINA durch ein Service (GINA-as-a-Service) schrittweise durchzuführen. Der dadurch entstehende Wegfall der Hardwarekosten reduziert jedenfalls die Kosten des GIN-Zugangsnetzes für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen ab 01.01.2022 in der Höhe des Aufpreises gemäß § 8 Abs. 1. Wird diese Preisreduktion per 01.01.2022 nicht erreicht wird, der Hauptverband diese Kosten in Höhe von maximal € 3,- netto zzgl. USt für die Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen übernehmen. Sollten andere Preissteigerungen anfallen, werden diese nicht vom HV übernommen. Eine gemeinsame Lösung mit den Providern wird gesucht.
- (2) Mit dem Wegfall der physischen GINA entfällt gleichzeitig die Möglichkeit, über diese Offline Konsultationen zu erfassen, sowie die Stand-alone Anbindungsmöglichkeit.

---

<sup>1</sup> Sofern technisch möglich

### Schlussbestimmung

#### § 10 Vertragsdauer

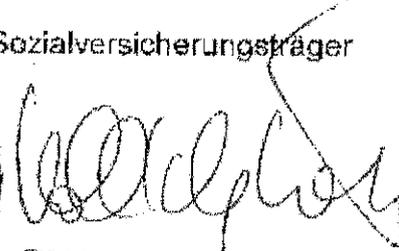
- (1) Diese Vereinbarung wird für eine Laufzeit von fünf Jahren geschlossen und endet spätestens am 31.12.2022. Von dieser Vereinbarung abweichende Vereinbarungen auf Ebene der Krankenversicherungsträger und Landesärztekammern sind nur mit Zustimmung der Vertragsparteien zulässig.
- (2) HV und BKNÄ kommen überein, im Jahr 2021 Gespräche über eine Fortführung dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung oder einzelner Bestandteile sowie einer Valorisierung zu führen, mit dem Ziel, die laufenden Zahlungen auf Basis dieser Vereinbarungen in eine zusätzliche Modernisierung der Leistungskataloge für Telekonsultationen überzuführen.

Wien, am **05. Juni 2018**

Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

  
 Dr. Alexander Blach  
 Verbandsvorsitzender

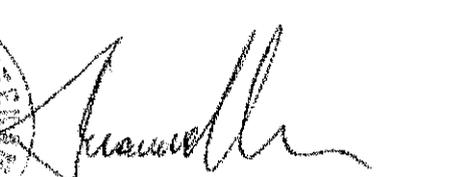


  
 DI Volker Schörghofer

Für die Österreichische Ärztekammer  
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte

  
 VP MR Dr. Johannes Steinhardt  
 BKNÄ-Obmann



  
 Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres  
 Präsident

## **Strukturqualitätskriterien für niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte, die an Therapie Aktiv - Diabetes Typ 2 teilnehmen**

### **Z 1. „Medizinisch-technische Ausstattung – allgemein“**

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

#### **Ausstattungsliste**

Blutzuckermessung - Trockenchemie,  
Blutdruckmessung,  
Harnstreifen Mikroalbumintest,  
Möglichkeit zur venösen Blutabnahme,  
Reflexhammer,  
Monofilament,  
Stimmgabel,  
Personenwaage (bis 180 kg) – Messlatte – Maßband  
Oberarmmanschette für adipöse Patientinnen/Patienten

### **Z 2. „Dokumentation“**

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

### **Z 3. „Arzneimittelverfügbarkeit – Notapparat“**

Arzneimittel, die eine Ärztin bzw. ein Arzt, die bzw. der am DMP teilnimmt, JEDENFALLS vorrätig haben soll: Kochsalzlösung, Glukoselösung min. 10 %, schnell wirksames Insulin.

### **Z 4. „Ordinationsbedarf“**

Medizinisches Verbrauchsmaterial ist in ausreichender Menge vorhanden.

### **Z 5. „Apparative Ausstattung“**

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

## **Z 6. „Fachliche Qualifikation“**

- Ärztliche Fortbildung gemäß der Aus- und Weiterbildung zur Therapie Aktiv-Ärztin bzw. zum Therapie Aktiv Arzt
- Alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, bei denen es medizinisch/fachlich geboten ist, verfügen über eine entsprechende spezifische Ausbildung. Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Ordination, die Geräte bedienen, sind auf die Anwendungen geschult. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Ordination haben klar definierte Aufgaben und Verantwortungsbereiche. Die fachliche Weiterbildung der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters wird von der Ärztin bzw. dem Arzt gefördert.
- Jene Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die fachlich in die Schulung von Patientinnen/Patienten einbezogen sind, verfügen über eine Aus-/ Fortbildung zur/zum Diabetesberaterin/Diabetesberater bzw. haben als Diätologin/Diätologe erfolgreich das Ausbildungsprogramm „Diabetesberatung und -schulung“ absolviert.

## **Prozessqualitätskriterien für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die an "Therapie Aktiv" teilnehmen**

Die folgenden Prozessqualitätskriterien umfassen lediglich jene Behandlungsschritte und Arbeitsschritte am Patienten/an der Patientin im weitesten Sinne, die spezifisch für "Therapie Aktiv" gelten.

Für die Evaluierung der Prozessqualität bei an "Therapie Aktiv" teilnehmenden ÄrztInnen und Ärzten sind ausschließlich jene Merkmale relevant, die von der Ärztin/vom Arzt selbst verantwortet werden und ihrem/seinem Einfluss unterliegen.

### **PROZESSQUALITÄTSKRITERIEN:**

#### **1. Dokumentation**

##### **1.1. Patientenzustimmung**

Die Eintrittserklärung (Anlage 3) der Patientin/des Patienten zu "Therapie Aktiv" wird an die Administrationsstelle weitergeleitet und dokumentiert oder bei einer elektronischen Einschreibung über die e-card-Leitung in der Patientendokumentation abgelegt. Mit der Eintrittserklärung wird die Zustimmung der Patientin/des Patienten eingeholt, dass Personendaten an die Administrationsstelle weitergeleitet werden und auf die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs hingewiesen.

##### **1.2. Ärztliche Dokumentation**

Die Patientendokumentation im Programm "Therapie Aktiv" umfasst neben der allgemeinen und spezifischen ärztlichen Dokumentation:

- die spezifische Aufklärung zu "Therapie Aktiv" und Selbsthilfegruppen
- die Einschreibeerklärung/Teilnahmeerklärung der Patientin bzw. des Patienten einschließlich
  - der Zielvereinbarung (Anlage 4)
  - der Dokumentationsbögen (Anlage 5)

#### **2. Weiterleitung des Dokumentationsbogens – Erfassung der Gesundheitsdaten**

Die Dokumentationsbogen (Anlage 5) wird von der Ärztin/vom Arzt elektronisch an die Pseudonymisierungsstelle des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger gesendet. In Ausnahmefällen kann dies auch auf Papier erfolgen (bei gleichzeitigem Anfall der Erfassungsgebühr gemäß § 8 Abs. 2), wobei der Dokumentationsbogen dann an die Administrationsstelle für "Therapie Aktiv" weitergeleitet wird.

#### **3. Zielvereinbarungen**

Es werden regelmäßig, jedenfalls einmal pro Jahr Zielvereinbarungen mit den Patientinnen bzw. Patienten getroffen, Verlaufskontrollen durchgeführt und gegebenenfalls Ziele adaptiert.

#### **4. Patientinnenschulung/Patientenschulung**

Die Ärztin bzw. der Arzt klärt die Patientin bzw. den Patienten über die im Programm "Therapie Aktiv" angebotene Patientinnenschulung/Patientenschulung bedarfsgerecht auf und motiviert sie bzw. ihn zur Teilnahme.

Die Patientinnenschulung/Patientenschulung wird in der Verantwortung der Ärztin bzw. des Arztes (selbst oder gemeinsam mit einer/einem qualifizierten Diabetesberaterin/Diabetesberater bzw. und/oder einer Diätologin/eines Diätologen DMP) durchgeführt oder sie bzw. er überweist die Patientin bzw. den Patienten an die in Therapie Aktiv hierfür vorgesehenen Schulungseinrichtungen bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten oder in die Gesundheitszentren der Wiener Gebietskrankenkasse.

#### **5. Mitarbeiterinformation**

Soweit Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der Ärztin bzw. des Arztes in die Patientenbetreuung eingebunden sind, werden sie regelmäßig über die für ihre Arbeit relevanten Veränderungen im Programm "Therapie Aktiv" informiert.

#### **6. Ärztliche Zusammenarbeit und Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe – Nahtstellen**

Die Patientinnen bzw. Patienten werden zumindest in den in "Therapie Aktiv" vorgesehenen Zeitabständen zu den vorgesehenen Untersuchungen (Fußinspektion, Augenärztin/Augenarzt) überwiesen bzw. werden diese durch die Ärztin/den Arzt selbst durchgeführt. Die in "Therapie Aktiv" erforderlichen Laborparameter werden ebenfalls überprüft.

### Beitrittserklärung

Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

Titel, Vor- und Zuname

Vertragspartnernummer

- 01 - Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin  
 07 - Facharzt/-ärztin für Innere Medizin

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Straße, Hausnummer (Ordination)

PLZ, Ort (Ordination)

Politischer Bezirk (Ordination)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Telefonnummer (Ordination)

E-Mail (sofern Informationen per E-Mail erwünscht)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Therapie Aktiv ist ein freiwilliges Betreuungsprogramm für Typ-2-DiabetikerInnen zur Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität in Österreich.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Gruppenpraxen mit Gesellschaftern dieser Fachrichtungen haben die Möglichkeit zur Teilnahme, sofern die notwendigen Strukturkriterien sowie die Aus- und Fortbildung von der Ärztekammer bestätigt wurden. Die Ärztekammer überprüft die Voraussetzungen der/s Ärztin/Arztes für die Tätigkeit als Therapie Aktiv Ärztin/Arzt. Sie leitet die Beitrittserklärung mit Ihrer Stellungnahme an die Therapie Aktiv Administrationsstelle (Gebietskrankenkasse des jeweiligen Bundeslandes) weiter.

#### Nachweis Strukturkriterien

- Ich habe die Basisschulung Therapie Aktiv am \_\_\_\_\_ (Datum) in \_\_\_\_\_ (Ort) absolviert und beabsichtige die Direktverrechnung von Leistungen im Rahmen des Programms Therapie Aktiv lt. Projektvereinbarung.
- Ich werde im Sinne der Erfüllung der Strukturkriterien (personelle Voraussetzungen) jeweils zwei Stunden diabetesspezifische Fortbildung pro Jahr in den auf die Basisschulung folgenden drei Jahren absolvieren.
- Alle MitarbeiterInnen, bei denen es medizinisch/fachlich geboten ist, verfügen über eine entsprechende spezifische Ausbildung und sind, wenn sie die Geräte bedienen, auf deren Anwendung geschult. Die MitarbeiterInnen haben klar definierte Aufgaben und Verantwortungsbereiche. Die fachliche Weiterbildung der MitarbeiterInnen wird von der Ärztin bzw. dem Arzt gefördert.
- Die Grundausrüstung zur allgemein-medizinischen bzw. fachspezifisch-medizinischen Versorgung ist entsprechend dem angebotenen Leistungsspektrum vorhanden:
  - Blutzuckermessung – Trockenchemie
  - Möglichkeit zur venösen Blutabnahme
  - Blutdruckmessung
  - Reflexhammer, Monofilament, Stimmgabel
  - Oberarmmanschette für adipöse PatientInnen
  - Personenwaage (bis 180 kg), Messlatte, Maßband
- Folgende Arzneimittel sind jedenfalls vorrätig:
  - Kochsalzlösung
  - Glukoselösung 10%
  - Schnellwirksames Insulin
- Medizinisches Verbrauchsmaterial ist in ausreichender Menge vorhanden.
- Für medizinisch-technische Apparate liegen Gerätebücher auf. Allfällige gesetzliche Vorgaben werden eingehalten und vorgeschriebene Überprüfungen finden vorschriftsmäßig statt. Geräte für physikalische Messgrößen sind nach Möglichkeit geeicht.

#### Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Im Zusammenhang mit meinem Beitritt zum Programm Therapie Aktiv erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von mir in der Beitrittserklärung angegebenen Daten zum Zwecke der Organisation, Durchführung und Abwicklung des Programms, der zielgruppenorientierten Information über das Programm, der Korrespondenz in Angelegenheiten des Programms sowie der Erstellung von Statistiken durch die zuständige Therapie Aktiv Administrationsstelle (Gebietskrankenkasse des jeweiligen Bundeslandes als Verantwortliche) verarbeitet werden.

Darüber hinaus willige ich ein, dass – im Falle einer Aufnahme in das Programm – bestimmte bereitgestellte Daten (Name, Anschrift der Ordination, Bezirk und Kontaktdaten) an am Programm Interessierte bzw. am Programm teilnehmende PatientInnen weitergegeben werden.

#### **Beendigung der Programmteilnahme**

Die Programmteilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen bei der Therapie Aktiv Administrationsstelle (Wiener Gebietskrankenkasse, Wienerbergstraße 15-19, A-1100 Wien, Tel.-Nr. 01 60122-4323, E-Mail: [therapie-aktiv@wgkk.at](mailto:therapie-aktiv@wgkk.at)) beendet werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Beitrittserklärung bis zur Abmeldung erfolgten Datenverarbeitung berührt wird.

#### **Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die nachfolgenden Felder bitte frei.

- Ich willige ausdrücklich ein, dass – im Falle der Aufnahme in das Programm – Name, Anschrift, Bezirk und Telefonnummer der Arztordination auf der Website [www.therapie-aktiv.at](http://www.therapie-aktiv.at) zur Information an Therapie Aktiv Interessierte sowie zur Kontaktaufnahme durch ProgrammteilnehmerInnen veröffentlicht werden. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an [therapie-aktiv@wgkk.at](mailto:therapie-aktiv@wgkk.at) widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- Ich möchte in regelmäßigen Abständen per E-Mail über die Umsetzung des Programms im Bundesland informiert werden. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an [therapie-aktiv@wgkk.at](mailto:therapie-aktiv@wgkk.at) widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich am Programm Therapie Aktiv teilnehmen möchte und ich alle Strukturkriterien erfülle. Weiters willige ich – im Falle einer Aufnahme in das Programm – ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den angeführten Zwecken ein.**

.....  
Datum, Unterschrift des Arztes, Ordinationsstempel

#### **Informationen zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Programm Therapie Aktiv**

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Die WGKK (Administrationsstelle Therapie Aktiv, Wienerbergstraße 15-19, A-1100 Wien, E-Mail: [therapie-aktiv@wgkk.at](mailto:therapie-aktiv@wgkk.at); Datenschutzbeauftragter: [dsb@wgkk.at](mailto:dsb@wgkk.at)) als Verantwortliche verarbeitet ausschließlich die personenbezogenen Daten, welche Sie uns in Ihrer Beitrittserklärung zum Programm Therapie Aktiv bereitstellen. Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter [www.wgkk.at/datenschutz](http://www.wgkk.at/datenschutz).

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen einer Einwilligung gemäß den in der Beitrittserklärung festgelegten Zwecken und im darin vereinbarten Umfang. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Die in der Beitrittserklärung angegebenen Daten sind für die Teilnahme am Programm erforderlich und werden auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen erhoben. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind am Programm Therapie Aktiv teilzunehmen bzw. Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Bei Nichtbereitstellung der erforderlichen Daten ist eine Teilnahme am Programm Therapie Aktiv jedoch nicht möglich.

Bestimmte bereitgestellte Daten (Name, Anschrift der Ordination, Bezirk und Kontaktdaten) werden – im Falle einer Aufnahme in das Programm – an am Programm Interessierte bzw. am Programm teilnehmende PatientInnen weitergegeben.

Die von Ihnen in der Beitrittserklärung bereitgestellten Daten werden bis zum Widerruf der Einwilligung bzw. bis zur Beendigung der Teilnahme am Programm Therapie Aktiv sowie darüber hinaus gemäß den für die Sozialversicherung einschlägigen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, welche sich ua aus der Datenschutzverordnung für die gesetzliche Sozialversicherung ergeben, verarbeitet.

Sie haben jederzeit ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer gespeicherten Daten, ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß den Voraussetzungen des Datenschutzrechtes. Beschwerden können Sie an die Österreichische Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, richten.



Das Modul A und Teil 1 des Moduls B sind verpflichtend für alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Von Modul B Teil 2 sind Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Endokrinologie ausgenommen.



- Umgang mit Disease Management:
  - Dokumentation
  - Durchführung
  - Abrechnung
  - Nahtstellenmanagement
  - etc.

Das Modul A soll auf allenfalls folgende mit dem Konzept von Therapie Aktiv vergleichbare Programme (auch für DMPs) anrechenbar sein.



Teil 1:

Medizinische Grundlagen von Therapie Aktiv – Diabetes im Griff 2 Stunden  
(Therapie Aktiv und Umsetzung in der Praxis)

Teil 2:

Diabetes-spezifische Fortbildung 6 Stunden  
Fachliche Inhalte Therapie Aktiv, Früherkennung, Diagnostik, Therapie  
(innerhalb von spät. 2 Jahren ab Eintritt in Therapie Aktiv)

Ausbildungsinhalte werden zwischen ÖDG und Akademie der Ärzte akkordiert.



Modul C ist optional für jene Ärztinnen und Ärzte, die eine Diabetikerschulung anbieten wollen.

- Inhalte:

- Standards, Techniken und Inhalte einer strukturierten Schulung
- Methodik, Logistik und praktische Aspekte
- Didaktik und Pädagogik
- Information über Selbsthilfegruppen

Inhalte des Moduls C werden zwischen ÖDG, VÖD und Diätologinnen erarbeitet. Bereits absolvierte Kurse über fachliche Patientinnen-/Patientenschulungen können durch die Akademie der Ärzte angerechnet werden.

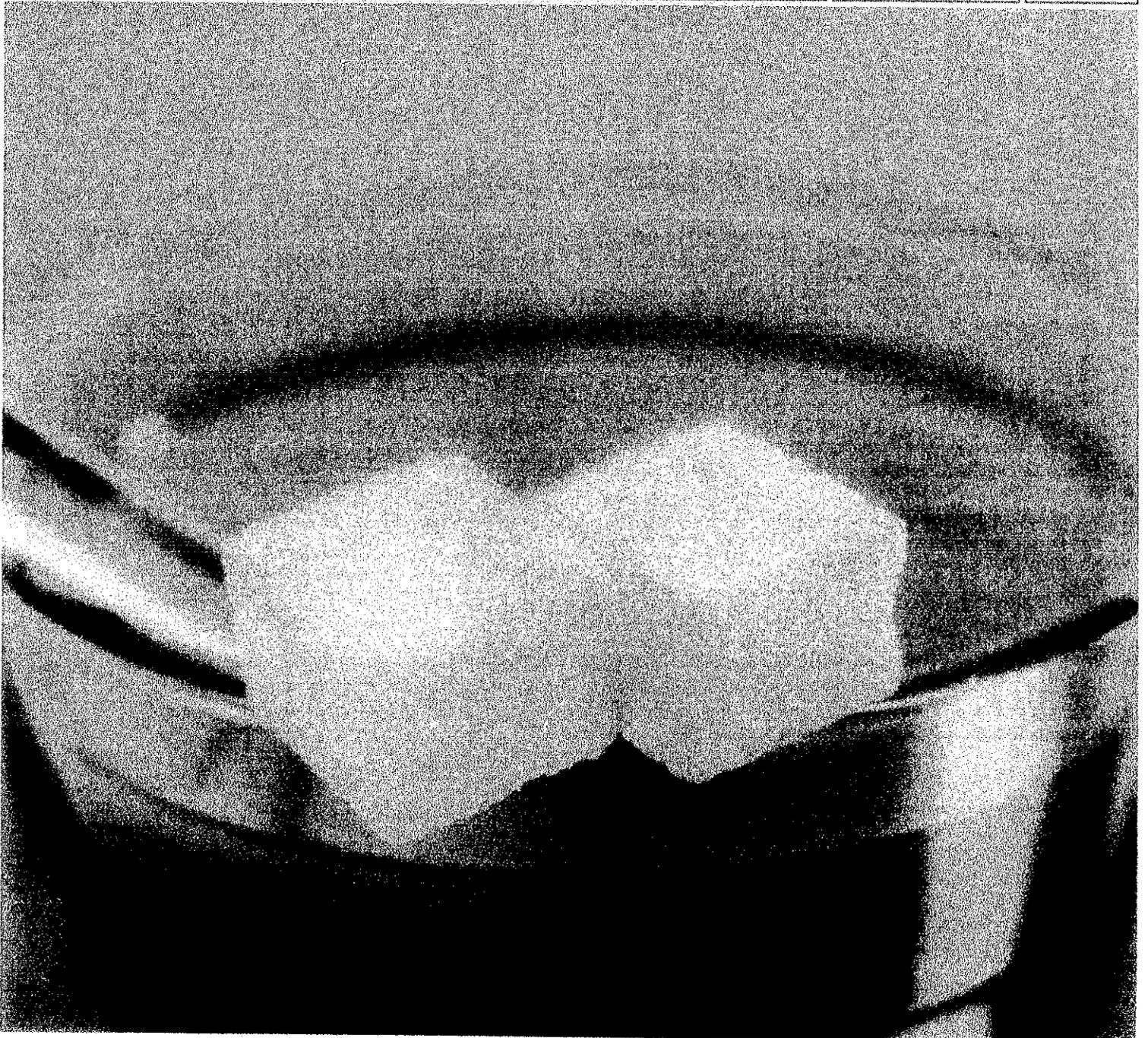


# ARZTHANDBUCH

## KURZFASSUNG



Der Behandlungspfad zum Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2



## IMPRESSUM

**Medieninhaber/Herausgeber:**

Steiermärkische Gebietskrankenkasse,  
8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1

**Für den Inhalt verantwortlich:**

Prim. Dr. Reinhold Pongratz, MBA  
Steiermärkische Gebietskrankenkasse

**Mitarbeit:**

Univ.Doz.Dr. Uwe Langsenlehner  
Mag. Gerhard Hofer  
Mag. (FH) Silke Mayer

**Layout:** Steiermärkische Gebietskrankenkasse

**Bilder:** Eigene Darstellungen

Vorbehaltlich Irrtümer und Druckfehler  
Alle Rechte vorbehalten

Wir bedanken uns bei der Österreichischen Diabetesgesellschaft, insbesondere bei Univ.-Prof. Dr. Thomas C. Wascher für die gute Zusammenarbeit im Rahmen der Abstimmung der Behandlungspfade (Arzthandbuch). Die Angaben beziehen sich hauptsächlich auf Evidenzen und Leitlinien mit Stand Oktober 2014. Aufgrund der Aktualisierung des E-Learnings erfolgten weitere Adaptierungen mit Stand 8.3.2016.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der leichteren Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform angeführt und gelten gleichermaßen für Männer und Frauen.

Kurzfassung

# ARZTHANDBUCH

zum

DISEASE MANAGEMENT PROGRAMM  
DIABETES MELLITUS TYP 2

Stand: Juni 2015  
(adaptiert März 2016)

# Inhalts-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

## INHALTSVERZEICHNIS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>DIAGNOSE DIABETES MELLITUS TYP 2</b>                          | <b>1</b>  |
| Voraussetzungen für die Diagnose                                 | 1         |
| Kriterien für die Diagnosestellung eines Diabetes mellitus Typ 2 | 2         |
| Äquivalenz-Werte der Glukosekonzentration in Plasma und Vollblut | 3         |
| <b>THERAPIEZIELE UND -VEREINBARUNGEN</b>                         | <b>4</b>  |
| Therapieziele im Überblick                                       | 4         |
| Festlegen einer individuellen Therapievereinbarung               | 5         |
| Lebensstil   | 5         |
| <b>THERAPIE</b>  | <b>7</b>  |
| Blutzucker   | 7         |
| Blutdruck  | 8         |
| Lipide   | 9         |
| Diabetisches Fußsyndrom  | 10        |
| Diabetische Retinopathie   | 11        |
| Diabetische Nephropathie   | 12        |
| <b>LITERATURVERZEICHNIS</b>                                      | <b>13</b> |

## ABBILDUNGEN

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Therapieziele im Überblick | 4  |
| Abbildung 2: Blutdrucksenkende Therapie | 8  |
| Abbildung 3: Lipidsenkende Therapie     | 9  |
| Abbildung 4: Diabetisches Fußsyndrom    | 10 |
| Abbildung 5: Diabetische Retinopathie   | 11 |
| Abbildung 6: Diabetische Nephropathie   | 12 |

## TABELLEN

|  |   |
|--|---|
| Tabelle 1: HbA1c-Umrechnungstabelle                      | 1 |
| Tabelle 2: Diagnosekriterien des Diabetes mellitus       | 2 |
| Tabelle 3: Individuelle Blutzucker-Zielwerte             | 7 |
| Tabelle 4: Substanzgruppen – blutzuckersenkende Therapie | 7 |
| Tabelle 5: Zielwerte LDL-Cholesterin                     | 9 |

# DIAGNOSE DIABETES MELLITUS TYP 2

## VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE DIAGNOSE

Die Diagnose eines Diabetes mellitus erfolgt anhand der Bestimmung der Blutglukosekonzentration (nüchtern, nicht-nüchtern, 2 Stunden nach Aufnahme von 75g Glukose (oGTT)) oder anhand der Bestimmung des HbA1c.<sup>1,2</sup>

HbA1c-Umrechnungstabelle:

|          |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| %        | 5,0  | 5,1  | 5,2  | 5,3  | 5,4  | 5,5  | 5,6  | 5,7  | 5,8  | 5,9  |
| mmol/mol | 31   | 32   | 33   | 34   | 36   | 37   | 38   | 39   | 40   | 41   |
| %        | 6,0  | 6,1  | 6,2  | 6,3  | 6,4  | 6,5  | 6,6  | 6,7  | 6,8  | 6,9  |
| mmol/mol | 42   | 43   | 44   | 45   | 46   | 48   | 49   | 50   | 51   | 52   |
| %        | 7,0  | 7,1  | 7,2  | 7,3  | 7,4  | 7,5  | 7,6  | 7,7  | 7,8  | 7,9  |
| mmol/mol | 53   | 54   | 55   | 56   | 57   | 58   | 60   | 61   | 62   | 63   |
| %        | 8,0  | 8,1  | 8,2  | 8,3  | 8,4  | 8,5  | 8,6  | 8,7  | 8,8  | 8,9  |
| mmol/mol | 64   | 65   | 66   | 67   | 68   | 69   | 70   | 72   | 73   | 74   |
| %        | 9,0  | 9,1  | 9,2  | 9,3  | 9,4  | 9,5  | 9,6  | 9,7  | 9,8  | 9,9  |
| mmol/mol | 75   | 76   | 77   | 78   | 79   | 80   | 81   | 83   | 84   | 85   |
| %        | 10,0 | 10,1 | 10,2 | 10,3 | 10,4 | 10,5 | 10,6 | 10,7 | 10,8 | 10,9 |
| mmol/mol | 86   | 87   | 88   | 89   | 90   | 91   | 92   | 93   | 95   | 96   |
| %        | 11,0 | 11,1 | 11,2 | 11,3 | 11,4 | 11,5 | 11,6 | 11,7 | 11,8 | 11,9 |
| mmol/mol | 97   | 98   | 99   | 100  | 101  | 102  | 103  | 104  | 105  | 107  |
| %        | 12,0 | 12,1 | 12,2 | 12,3 | 12,4 | 12,5 | 12,6 | 12,7 | 12,8 | 12,9 |
| mmol/mol | 108  | 109  | 110  | 111  | 112  | 113  | 114  | 115  | 116  | 117  |

Tabelle 1: HbA1c-Umrechnungstabelle

Quelle: ÖDG-Leitlinie 2013, Kurzfassung

Für eine ausreichend sichere Diagnose sollte die Bestimmung der oben genannten Parameter in venösem Plasma (Zusatz von EDTA (Ethyldiamintetraessigsäure) + Natrium-Fluorid oder Lithium Heparin) durchgeführt werden. Die Bestimmung der Blutglukosekonzentration muss ausschließlich durch Einsatz von qualitätsgesicherten Maßnahmen und Tests erfolgen. Blutglukosemessgeräte die zur Selbstkontrolle verwendet werden, sind hierfür nicht geeignet.<sup>3</sup>

Bestehende Erkrankungen (z. B. Infekte, Dehydration, gastrointestinale Erkrankungen) oder Medikamenten-Einnahme (z. B. Kortison) können die Bestimmung verfälschen.<sup>4</sup> Bei Vorliegen von Hämoglobinopathien, Veränderung der Erythrozytenlebensdauer (hämolytische Anämie, Eisenmangel-Anämie, Leber- und Nierenerkrankungen), Modifikationen des Hämoglobins (z. B. Urämie) und in Situationen, in denen die Glykierung des Hämoglobins gehemmt wird (z. B. Dauertherapie mit Vitamin C oder E), kann die Diagnose nur durch die Bestimmung der Blutglukose erfolgen.<sup>5,6</sup>

# KRITERIEN FÜR DIE DIAGNOSESTELLUNG EINES DIABETES MELLITUS TYP 2

| Kriterien für die Diagnosestellung eines Diabetes mellitus Typ 2 <sup>7,8</sup>   |   |
|---|---|
| Typische Symptome der Hyperglykämie oder hyperglykämischen Entgleisung  | + BG $\geq$ 200 mg/dl                   |
| oder  |   |
| Nicht-Nüchtern Blutglukose  | $\geq$ 200 mg/dl <sup>a</sup>           |
| oder  |   |
| Nüchtern Blutglukose  | $\geq$ 126 mg/dl <sup>a,b</sup>         |
| oder  |   |
| 2 Stunden Blutglukose im oGTT   | $\geq$ 200 mg/dl <sup>a</sup>           |
| oder  |   |
| HbA1c   | $\geq$ 48 mmol/mol (6,5 %) <sup>c</sup> |
| <sup>a</sup> an 2 Tagen<br><sup>b</sup> letzte Kalorienaufnahme mindestens 8 Stunden vor Testung<br><sup>c</sup> Wenn das Vorliegen eines Diabetes mellitus nicht zweifelsfrei ist, Wiederholung des Tests, sobald das Ergebnis des Erst-Tests vorliegt.<br>Eine Blutglukosekonzentration unterhalb der genannten Grenzwerte ist mit einer geringen, eine Konzentration oberhalb der Grenzwerte, mit einer erhöhten Häufigkeit von Retinopathie assoziiert. Der Risikoanstieg über dem Grenzwert scheint linear zu erfolgen. <sup>9</sup> |   |

Tabelle 2: Diagnosekriterien des Diabetes mellitus

Die Wiederholungen der Tests zur Diagnosesicherung sind notwendig, um möglichen Laborfehlern und der Testvariabilität Rechnung zu tragen.<sup>10,11</sup>

Wenn für eine Person Resultate aus zwei unterschiedlichen Tests vorliegen, die beide über den Grenzwerten liegen, kann die Diagnose Diabetes mellitus gestellt werden, ohne dass einer der Tests wiederholt werden muss.<sup>12</sup>

Liegen für eine Person Resultate aus zwei unterschiedlichen Tests mit divergierenden Resultaten vor, sollte jener Test wiederholt werden, dessen Ergebnis über dem Grenzwert liegt.<sup>13,14</sup>

Bei Personen, bei denen ein Test wiederholt wird, da sein erstes Resultat über dem Grenzwert und das zweite Resultat unter dem Grenzwert liegt, sollte die Testung in 3 bis 6 Monaten wiederholt werden.<sup>15</sup>

Typische Symptome für einen akuten klinischen Verdacht auf Diabetes mellitus werden nachfolgend zusammengefasst:

- ... Leistungsabfall
- ... unwillentliche Gewichtsabnahme
- ... Mykosen
- ... gehäufte Infekte
- ... schlechte Wundheilung
- ... rezidivierende Harnwegsinfekte
- ... Polyurie, Polydipsie
- ... Depression
- ... gesteigertes Durstempfinden

## ÄQUIVALENZ-WERTE DER GLUKOSEKONZENTRATION IN PLASMA UND VOLLBLUT

In der nachfolgenden Tabelle werden die Äquivalenz-Werte der Glukosekonzentration in Plasma und Vollblut angeführt (Angaben in mg/dl). Weiters werden die vorgeschlagenen klinischen Konsequenzen beschrieben.

|  | Verf.   |          | Vorgehensweise                                  |
|--|---------|----------|---|
|  | Plasma  | Vollblut |   |
| <b>Nüchternwert</b>                              |         |          |   |
| Normal   | < 100   | < 90     |   |
| Gestörte Nüchternglukose                         | 100-125 | 90-109   | Allgemeine Maßnahmen<br>intensivierter Vorsorge |
| Diabetes mellitus                                | ≥ 126   | ≥ 110    | Therapie (z. B. Disease<br>Management Programm) |
| <b>2-h Wert (75 g oGTT) bei Nichtschwangeren</b> |         |          |   |
| Normal   | < 140   | < 120    |   |
| Gestörte Glukosetoleranz                         | 140-199 | 120-179  | Allgemeine Maßnahmen<br>intensivierter Vorsorge |
| Diabetes mellitus                                | ≥ 200   | ≥ 180    | Therapie (z. B. Disease<br>Management Programm) |

Tabelle 6: Äquivalenz-Werte der Glukosekonzentrationen in Plasma und Vollblut

# THERAPIEZIELE UND -VEREINBARUNGEN

## THERAPIEZIELE IM ÜBERBLICK

Die nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die wichtigsten Ziele im Rahmen der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

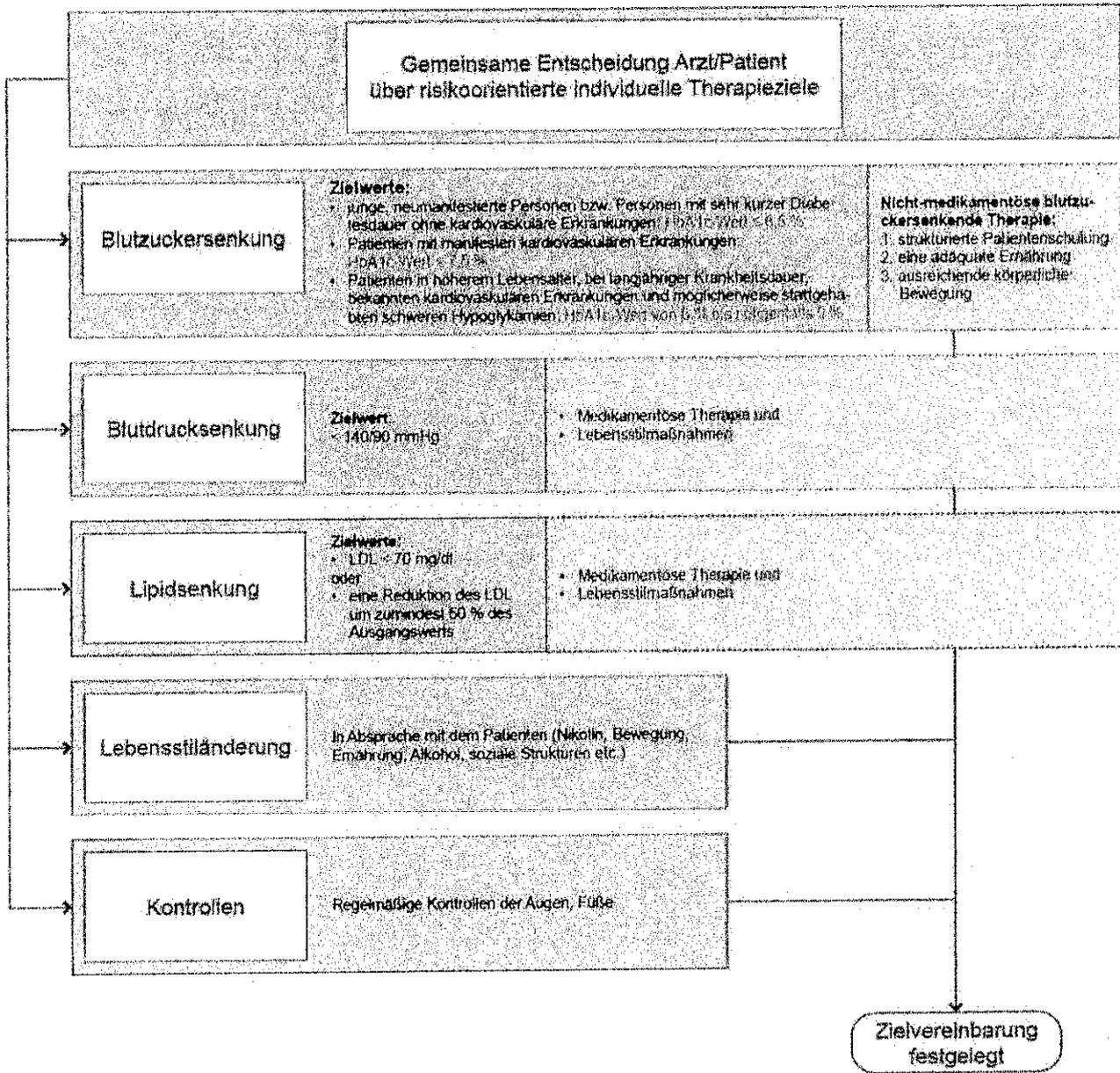


Abbildung 1: Therapieziele im Überblick

## FESTLEGEN EINER INDIVIDUELLEN THERAPIEVEREINBARUNG

Die Vereinbarung von **Therapiezielen zwischen dem „Therapie Aktiv“-Arzt und –Patient** (bzw. auch gemeinsam mit Angehörigen) mittels **„Therapie Aktiv“-Zielvereinbarung** oder **Diabetespass** bildet ein Kernstück des Disease Management Programms. Die Individuelle Situation des Patienten spielt dabei ebenso eine Rolle wie die Entscheidung des Patienten, dieses Therapieziel mitzutragen. Es gilt, die Risikoeinschätzung mit der Lebenssituation und -planung des Patienten abzugleichen und danach gemeinsam Ziele zu formulieren.

Neben der Vereinbarung von Zielen und der weiteren Therapieplanung für die Bereiche **„Blutzucker“**, **„Blutdruck“**, **„Lipide“** und den diabetischen **Begleit- und Folgeerkrankungen** spielt ein gesunder Lebensstil eine große Rolle, damit Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ihre Krankheit in den Griff bekommen.

### LEBENSSTIL

**Ausgewogene Ernährung, viel Bewegung, der Abbau von Übergewicht und ein konsequenter Rauch-Stopp** sind Grundvoraussetzungen, um den Diabetes stabil zu halten und somit schweren Stoffwechsellstörungen (Über- und/oder Unterzuckerung) entgegenwirken zu können. Daher ist es besonders wichtig, dass zwischen Patient und „Therapie Aktiv“-Arzt in regelmäßigen Abständen individuelle Ziele vereinbart werden. Tipps für einen gesunden Lebensstil erhalten Patienten zudem im Rahmen einer **strukturierten Schulung**.

### Bewegung

Eine einfache Möglichkeit seinen Lebensstil positiv zu verändern ist sich ausreichend zu bewegen. Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 profitieren im Besonderen von Bewegung als Ergänzung zur herkömmlichen Therapie. Die Ursache liegt in der dieser Erkrankung zugrunde liegenden Insulinresistenz, welche sowohl durch Ausdauertraining als auch durch Krafttraining grundlegend beeinflusst werden kann. Gemäß den Empfehlungen der Amerikanischen Diabetesgesellschaft (ADA):

- ... **regelmäßige moderate körperlicher Aktivität (30 min/Tag, bzw. 150 min/Woche).**<sup>16</sup> Die Bewegung soll an 3-7 Tagen pro Woche stattfinden, wobei dazwischen nicht mehr als zwei Tage Pause sein sollten.
- ... **Zusätzlich sollte 3x/Woche Krafttraining** aller großen Muskelgruppen durchgeführt werden (bis zu 3 Sätze von 8–10 Wiederholungen). Das jeweilige Gewicht wird so gewählt, dass bis zur Erschöpfung 8–10 Wiederholungen möglich sind.<sup>17</sup>

Es gilt: **Jede Bewegung ist besser als keine Bewegung!**<sup>18</sup>

- |  |   |
|--|---|
| ... Radfahren: zur Arbeit und in der Freizeit      | ... Treppensteigen statt Lift oder Rolltreppe |
| ... Nordic Walken, wandern, spazieren gehen        | ... Schwimmen, Wassergymnastik                |
| ... eine Haltestelle früher aus dem Bus aussteigen | ... Gymnastik, Tanzen, Kegeln                 |
|  | ... Gartenarbeit                              |

## Ernährung<sup>19</sup>

- ... Die tägliche Zufuhr von Kohlenhydraten, Fetten und Eiweiß soll dem individuellen Stoffwechselziel und den Vorlieben des Patienten angepasst werden (LoE 2+, Grade C). Typ 2 Diabetiker können zwischen 45 und 60% der aufgenommenen Gesamtenergie in Form von Kohlenhydraten aufnehmen (bevorzugt in Form von Gemüse, Vollkornprodukten, Hülsenfrüchten und kleinen Mengen Obst)
- ... Bei Übergewicht ist eine Gewichtsreduktion vorrangig, welche durch eine kalorienreduzierte kohlenhydratarme Ernährung, fettarme Ernährung, oder Mediterrane Kost erreichbar ist.
- ... Weiters ist die Berücksichtigung des Glykämischen Index bzw. der Glykämischen Last (das bedeutet in der Praxis z. B. Verwendung von ballaststoffreichen Kohlenhydratträgern, Kombination von süßen Obstsorten mit Milchprodukten, Vermeidung von Fruchtzubereitungen wie Fruchtsäften – auch ungesüßt!, Smoothies etc.) und die Vermeidung mit Zucker versetzter Getränke sinnvoll.
- ... Die Zufuhr gesättigter Fettsäuren soll unter 7 % liegen, Trans-Fette sollen weitgehend gemieden werden (LoE 2++, Grade B). Das bedeutet in der Praxis: Verwendung von mageren Milchprodukten, fettarmen Käse, mageren Wurstwaren...; Verwendung von hochwertigen Ölen – Rapsöl, Olivenöl, Walnussöl, Kernöl... zum Kochen und für Salate; als Streichfett kleine Mengen Butter (ca. 1 TL/Tag) oder hochwertiger pflanzlicher Margarine. Hoherhitzte Backwaren wie Croissant, Plundergebäck aber auch Fast Food, Pommes sind relativ reich an Trans-Fetten und sollten (nicht nur deswegen) gemieden werden!
- ... Der Ballaststoffanteil soll > 20 g/1000 kcal betragen (das sind tgl. 30-40g) und neben Obst und Gemüse durch Vollkornprodukte und Hülsenfrüchte zugeführt werden (LoE 1++, Grade A).
- ... Zucker: Eine vollständige Saccharoserestriktion wird heute nicht mehr gefordert. Zucker kann bei befriedigender Blutglucoseeinstellung in Form von Mono- und Disacchariden (max.50g/d) aufgenommen werden. Die Zuckeraufnahme sollte 10% der Gesamtenergie nicht überschreiten (das bedeutet für die Praxis: Zucker nur in „verpackter“ Form z. B. in 1 Rippe Schokolade, 1 Kugel Eis, 1 kleines Stück Mehlspeise; bevorzugt im Anschluss an eine Mahlzeit; Zucker in Getränken bzw. in purer Form wie z. B. Zuckerl, Gummibärchen etc. sollte gemieden werden. Zu beachten ist, dass nicht nur Süßigkeiten Zucker enthalten sondern auch diverse Lebensmittel wie Fruchtjoghurt, Müsli etc.)

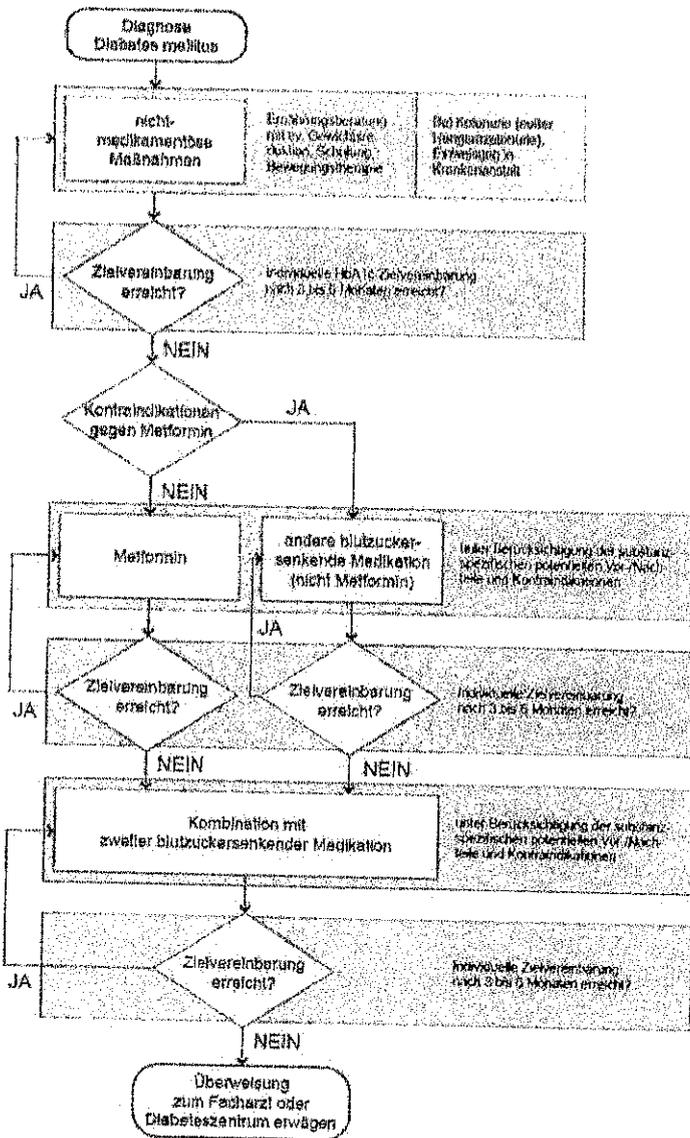
## Rauchstopp

Bereits Minimalinterventionen sind wirksam, um bei einem Raucher eine Verhaltensänderung zu erwirken. Für eine ärztliche Kurzberatung wird daher die Anwendung des „ABC-Modells“<sup>20</sup> empfohlen:

- A. Ask** – Abfragen des Rauchstatus, Dokumentation
- B. Brief advice oder intervention** – Individuelle und motivierende Empfehlung zum Rauchstopp
- C. Cessation support** – qualifizierte Unterstützung bei Aufhörwunsch, Weiterleitung an ein anerkanntes Entwöhnungsangebot
  - Österreichweites „Rauchfrei-Telefon“: 0800 810 013
  - „Rauchfrei per Mausklick“ unter [www.endlich-aufatmen.at](http://www.endlich-aufatmen.at)
  - Eine Auflistung aller ambulanten und stationären Angebote findet man unter: <http://rauchfrei.at/aufhoeren/weitere-beratungsangebote-in-oe/ambulante-beratung/>

# THERAPIE BLUTZUCKER

## Behandlungsüberblick



## Blutzucker-Zielwerte

Auf Basis der aktuell vorliegenden Evidenz ist eine Festlegung der anzustrebenden Blutzucker-Senkung nur individuell für jeden Patienten, unter Zugrundelegung des zu erwartenden Nutzen-Schaden-Verhältnisses möglich.<sup>21,22</sup>

| HbA1c-Zielwerte & Zielgruppe   |
|--|
| <b>≤ 6,5 % (48 mmol/mol)</b> <sup>23</sup>   |
| Bei jungen, neu manifestierten Personen, bzw. Personen mit sehr kurzer Diabetesdauer ohne kardiovaskuläre Erkrankungen, bei denen eine intensivierete Blutzucker-Therapie eine Reduktion mikro- und makrovaskulärer Spätschäden erwarten lässt   |
| <b>&lt; 7,5 % (58 mmol/mol)</b>  |
| Patienten mit manifesten kardiovaskulären Erkrankungen   |
| <b>8 % (64 mmol/mol) und nötigenfalls bis 9 % (75 mmol/mol)</b> <sup>24</sup>  |
| Im höheren Lebensalter mit langjähriger Krankheitsdauer, bekannten kardiovaskulären Erkrankungen und möglicherweise stattgehabten schweren Hypoglykämien   |
| Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, bei denen niedrigere HbA1c-Werte nur unter hohem Aufwand bzw. mit hohem Risiko für das Auftreten von Hypoglykämien erreicht werden können, sollten weniger intensiv therapiert werden. Schwere oder häufig auftretende hypoglykämische Reaktionen stellen eine absolute Indikation für eine Therapiemodifikation inklusive höherer Blutglukoseziele dar. <sup>25</sup> |

Tabelle 3: Individuelle Blutzucker-Zielwerte

## Blutzuckersenkende Therapie

Die nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Blutzucker-Senkung umfassen die strukturierte Patientenschulung, eine adäquate Ernährung und ausreichende körperliche Bewegung.

In der nebenstehenden Tabelle werden die wichtigsten Substanzgruppen der medikamentösen Therapie sowie der Boxenstatus angeführt.

|                               |
|-------------------------------|
| Thiazolidindion (Pioglitazon) |
| Gliptine (DPP4 Hemmer)        |
| GLP1-Analoga                  |
| SGLT2-Hemmer                  |
| Insulinanaloga                |

Der Großteil der Substanzen kann dem hier angeführten Boxenstatus zugeordnet werden. Ausnahmen sind möglich!

Tabelle 4: Substanzgruppen – blutzuckersenkende Therapie

# BLUTDRUCK

## Behandlungsüberblick

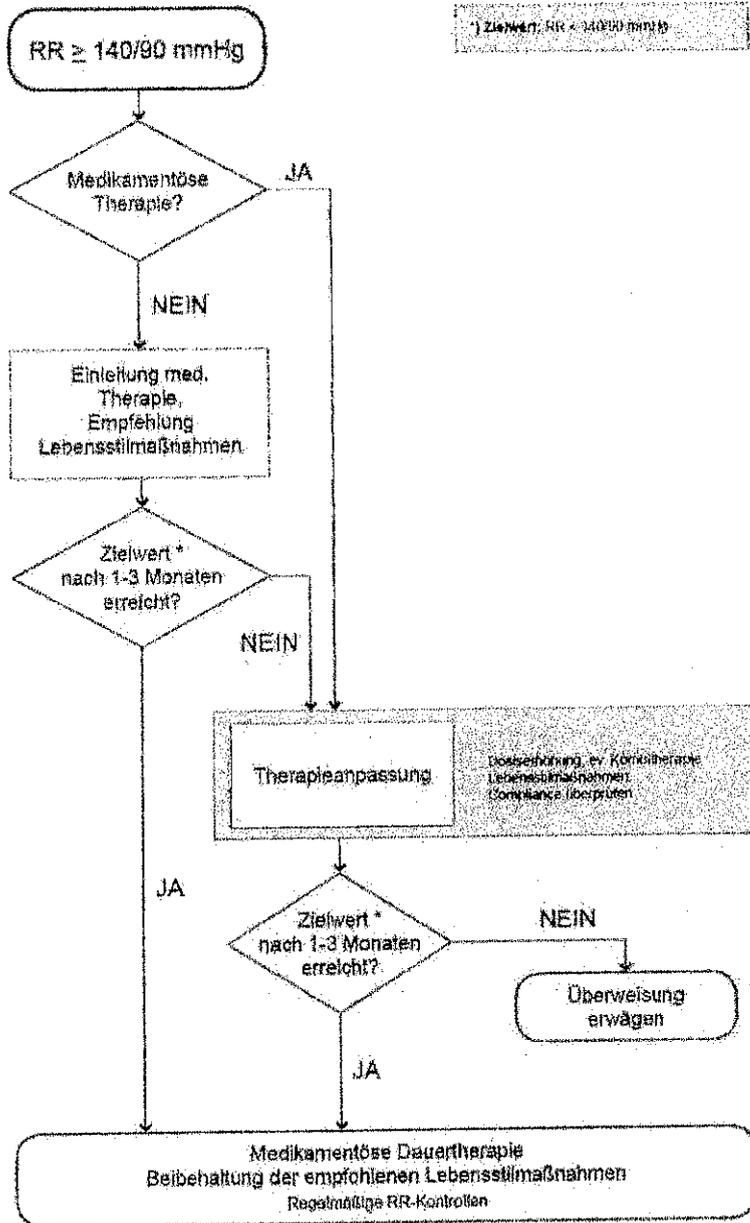


Abbildung 2: Blutdrucksenkende Therapie

## Blutdrucksenkende Therapie

- ... Initiierung von Lebensstilmaßnahmen – unter anderem Teilnahme an einer strukturierten Schulung – und Beginn einer pharmakologischen blutdrucksenkenden Therapie in erster Linie mit einem ACE-Hemmer oder AT2-Blocker, Thiazid-Diuretikum oder Kalziumkanal Blocker, bzw. einer Kombination von Medikamenten dieser Substanzklassen. Etwaige Komorbiditäten sind zu berücksichtigen (z. B.  $\beta$ -Blocker bei koronarer Herzkrankheit).
- ... Monatliche Kontrollen hinsichtlich des Erreichens des Therapieziels.
- ... Bei Nichterreichen des Therapieziels Intensivierung der blutdrucksenkenden Therapie durch Dosiserhöhung bzw. Kombinationstherapie (primär Kombination der first-line blutdrucksenkenden Substanzen, dann bei Notwendigkeit andere Substanzen, bzw. je nach Komorbidität).
- ... Überweisung, wenn trotz Mehrfachkombination das Therapieziel nicht erreicht wird.

## Blutdruck-Zielwerte

Eine Hypertonie besteht, wenn bei mindestens zwei Gelegenheits-Blutdruckmessungen an zwei unterschiedlichen Tagen **Blutdruck-Werte von  $\geq 140$  mmHg systolisch und/oder  $\geq 90$  mmHg diastolisch** vorliegen.<sup>26</sup>

Für Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 wird ein **Blutdruck-Ziel von  $< 140/90$  mmHg** vorgeschlagen.

## Durchführung der Blutdruckmessung:

- ... Die Messung erfolgt nach drei bis fünf Minuten Ruhe im Sitzen.
- ... Der Arm liegt entspannt in Herzhöhe auf.
- ... Die Blutdruckmanschette muss hinsichtlich der Größe für den Patienten geeignet sein. Für Patienten mit besonders kräftigen Oberarmen wird eine besondere, breitere Manschette benötigt.

# LIPIDE

## Behandlungsüberblick

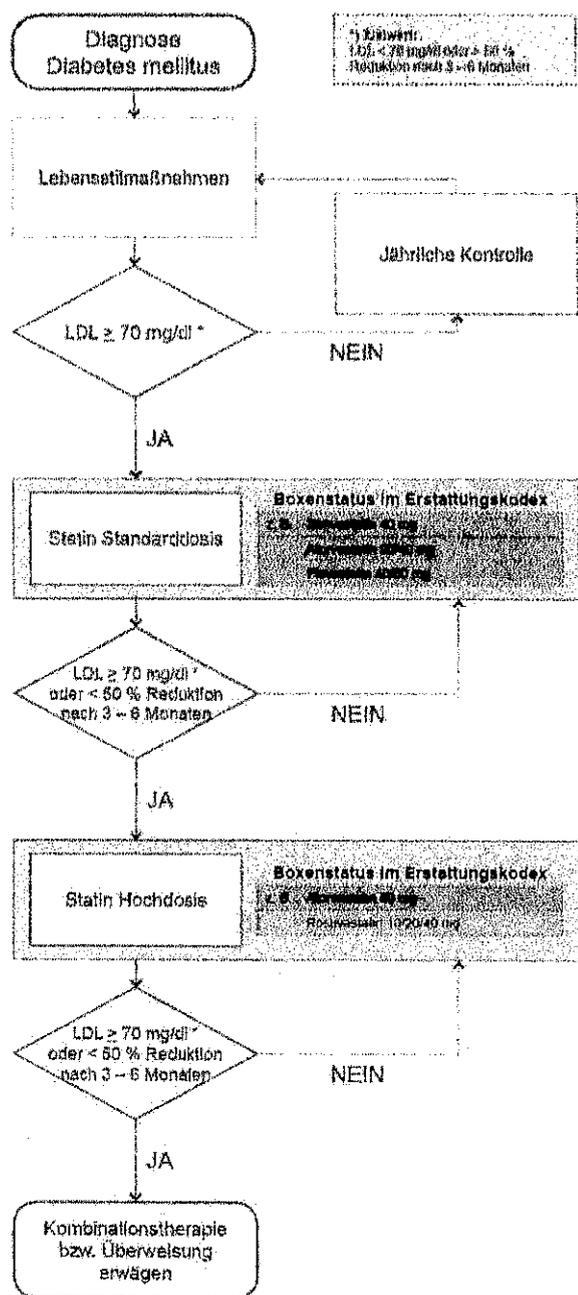


Abbildung 3: Lipidsenkende Therapie

## Lipid-Zielwerte

Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 sind Hochrisikopatienten. Deswegen sollte eine Lipidtherapie mit den unten angeführten Zielwerten durchgeführt werden. Die Zielbereiche der Therapie hängen vom globalen kardiovaskulären Risiko ab.

|   | LDL-Werte                       | Maßnahmen                                   |
|---|---------------------------------|---|
| <b>LDL-Cholesterin ZIELWERT</b>   | < 70 mg/dl                      | Lebensstilmaßnahmen und jährliche Kontrolle |
| <b>LDL-Cholesterin</b>  | ≥ 70 mg/dl                      | Statin Standarddosis*                       |
| <b>LDL-Cholesterin nach 3-6 Monaten</b>   | ≥ 70 mg/dl oder < 50% Reduktion | Statin Hochdosis**                          |
| * Standard-Dosis<br>z. B.:  |                                 |   |
| ** Hoch-Dosis<br>z. B.:   | Rosuvastatin 10/20/40 mg        | Erstattungs-Kodex: gelbe Box                |
| Anmerkung: Bei nicht Erreichen der LDL-Zielwerte mit den oben angeführten Substanzen ist darüber hinaus der Wirkstoff Ezetimib für eine Kombinationstherapie mit einem Statin geeignet. |                                 |   |

Tabelle 5: Zielwerte LDL-Cholesterin

## Labor

Im Programm „Therapie Aktiv“ sollte der Lipidstatus jährlich erhoben werden, sofern nicht wegen Therapieanpassungen kurzfristige Kontrollen angezeigt sind. Er umfasst:

- ... Gesamtcholesterin
- ... HDL-Cholesterin
- ... LDL-Cholesterin (kann bei Triglyzeridwerten < 350 mg/dl mit Hilfe der Friedewald-Formel errechnet werden)
- ... Triglyzeride

## Therapie

Grundlage der Lipid-Therapie ist die adäquate Modifikation des **Lebensstils**.<sup>27,28,29</sup>

Indikation für den Beginn einer Statintherapie ist das Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 2 und eines LDL-Wertes ≥ 70mg/dl. Für die Senkung des LDL-Cholesterins steht mit den Statinen eine wirksame und in der Regel gut verträgliche Medikamentenklasse zur Verfügung. Daneben wird durch Statine die HDL-Konzentration geringfügig angehoben und der Triglyzeridspiegel etwas gesenkt.

# DIABETISCHES FUSSSYNDROM

## Behandlungsüberblick

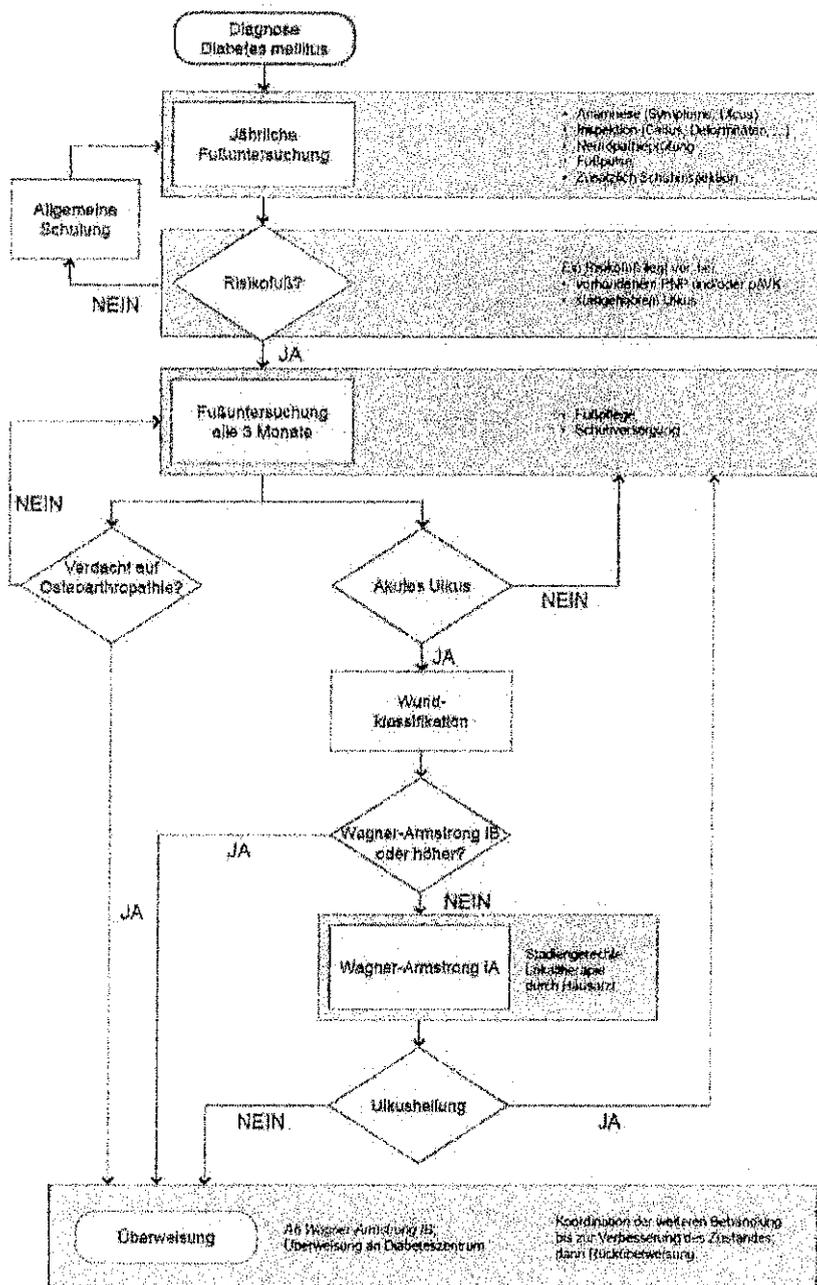


Abbildung 4: Diabetisches Fußsyndrom

### Screening auf diabetisches Fußsyndrom

Die **Fußuntersuchung** sollte so oft wie nötig, aber **zumindest einmal jährlich** durchgeführt werden.

Ein **Risikofuß** (bei vorhandener PNP und/oder pAVK sowie bei stattgehabtem Ulkus) sollte **alle 3 Monate kontrolliert** werden.

Bei **Verdacht auf eine Osteoarthropathie** sollte sofort eine **Überweisung in eine spezialisierte Einrichtung** erfolgen.

Liegt **kein akutes Ulkus** vor, so hat eine Information bezüglich **Fußpflege und Schuhversorgung** sowie eine **Fußuntersuchung alle 3 Monate** zu erfolgen.

Liegt ein **akutes Ulkus** vor, muss eine Wundklassifikation anhand der **Wagner-Armstrong** Klassifizierung vorgenommen werden:

... Ulzerationen nach **Wagner-Armstrong-Stadium IA**, das heißt oberflächliche Ulzera (ohne Infektion), können durch den **Hausarzt** betreut werden. Bei fehlender Abheilung erfolgt eine Überweisung in eine spezialisierte Einrichtung.

... Ab einer Ulzeration im **Wagner-Armstrong-Stadium IB** und immer **bei nicht beherrschbaren Infektionen** (innerhalb von 2-3 Wochen) und Anzeichen einer kritischen Ischämie ist die sofortige Einweisung in eine auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms entsprechend spezialisierte Einrichtung vorzunehmen.

### Schulung

Neuropathie führt zu Wahrnehmungsverlust und erfordert erhöhte Aufmerksamkeit. Daher ist es besonders wichtig, dass der Patient in der Patientenschulung Maßnahmen kennenlernt, die er selbst ergreifen kann und die das Risiko, Ulzerationen zu erleiden, vermindern helfen.

# DIABETISCHE RETINOPATHIE

## Behandlungsüberblick

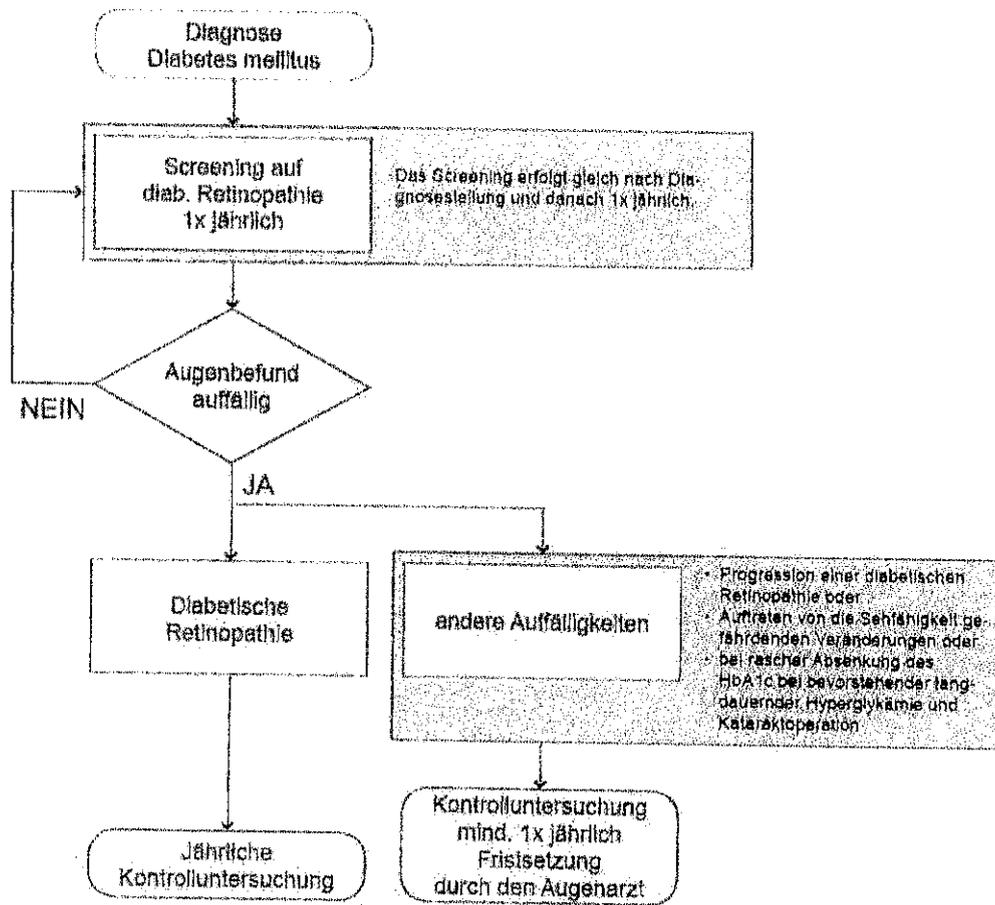


Abbildung 5: Diabetische Retinopathie

### Screening auf diabetische Retinopathie<sup>30,31</sup>

Typ-2-Diabetiker sollten gleich nach der Diagnose auf das Vorliegen einer diabetischen Retinopathie gescreent werden. Die Screeningmethode der Wahl ist die **Augenhintergrunduntersuchung** nach Pupillenerweiterung.

Bei unauffälligem Befund und beim Vorliegen einer diabetischen Retinopathie werden jährliche Kontrolluntersuchungen empfohlen.

Bei **Progression einer diabetischen Retinopathie** oder bei **Auftreten von die Sehfähigkeit gefährdenden Veränderungen** sind kürzere Kontrollintervalle indiziert. Ebenso sind kürzere Intervalle bei **rascher Absenkung des HbA1c bei bestehender langdauernder Hyperglykämie und nach Kataraktoperationen** indiziert. Die Fristsetzung erfolgt dabei individuell durch den Augenarzt.

# DIABETISCHE NEPHROPATHIE

## Behandlungsüberblick

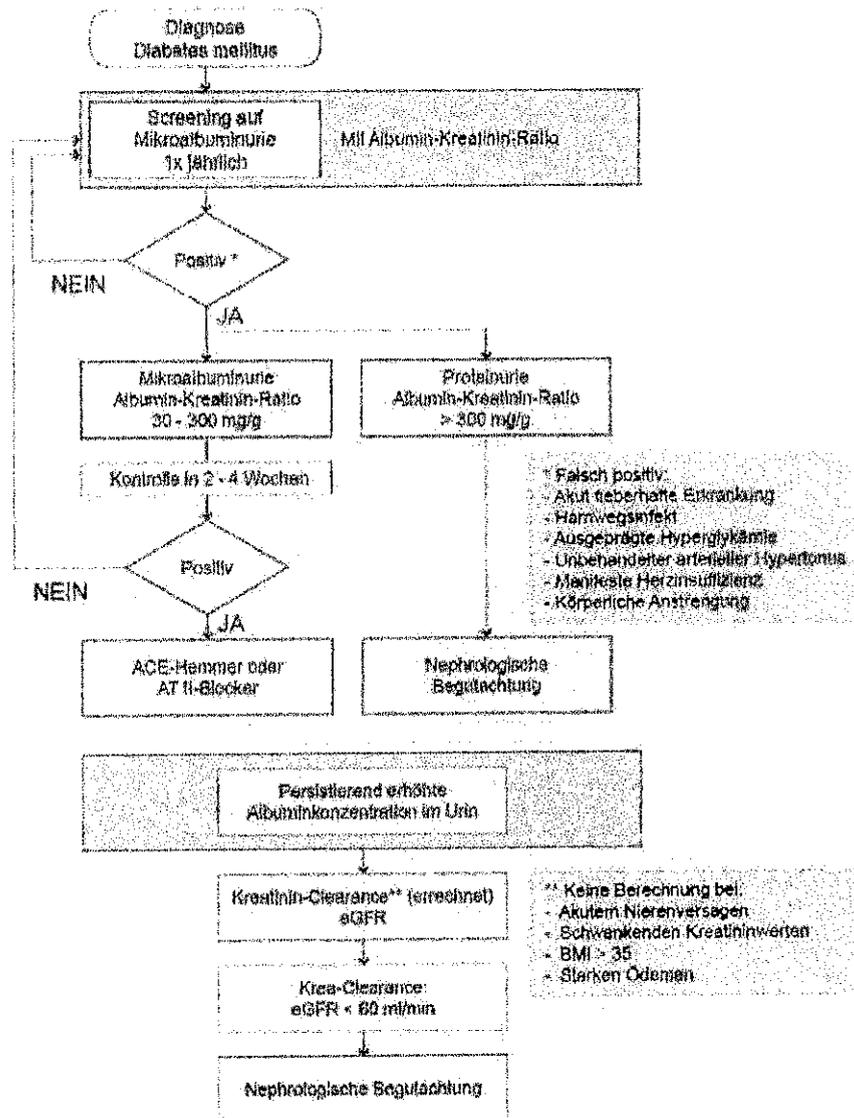


Abbildung 6: Diabetische Nephropathie

## Diagnostik der diabetischen Nephropathie

Das Screening auf Mikroalbuminurie erfolgt **mit der Diagnosestellung** des Diabetes mellitus Typ 2. Danach wird das Screening **einmal jährlich** durchgeführt.

Zur Diagnostik der Mikroalbuminurie sind mindestens zwei positive Befunde innerhalb von 2-4 Wochen erforderlich.

Zur Bestimmung ist die **Albumin-Kreatinin-Ratio** aus dem Spontanharn zu verwenden.

## Management der diabetischen Nephropathie

Die Entwicklung und Progression der diabetischen Nephropathie kann durch Optimierung der Blutzucker- und Blutdruckeinstellung, durch Vermeidung von Nikotinkonsum sowie Normalisierung erhöhter Eiweißzufuhr zumindest verlangsamt werden.

Da die Nephropathie bereits im Stadium der Mikroalbuminurie mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert ist, sollte zusätzlich bei diesen Patienten auf eine konsequente Behandlung der übrigen kardiovaskulären Risikofaktoren, insbesondere der Dyslipidämie und der erhöhten Thrombozyten-Aggregations-Neigung geachtet werden. Ebenso ist konsequent eine Optimierung der diabetischen Stoffwechselsituation und des Blutdrucks anzustreben.

Bei nachlassender Nierenfunktion ist zusätzlich das erhöhte Hypoglykämierisiko zu berücksichtigen.

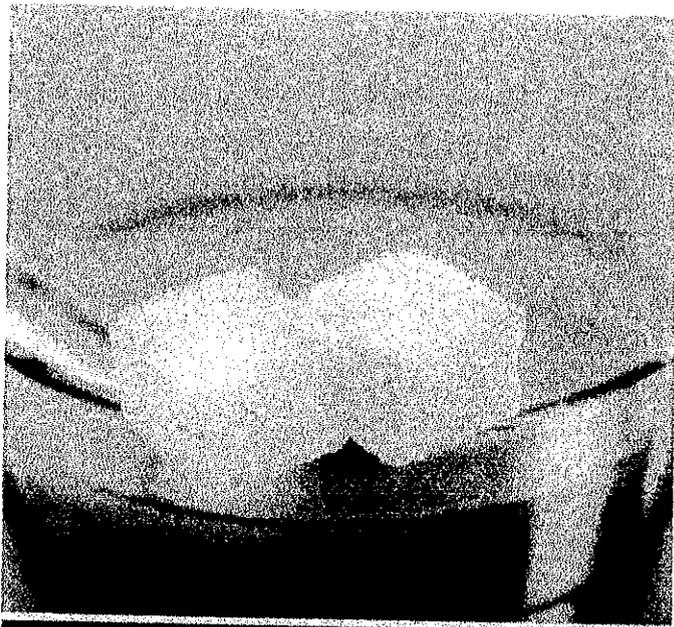
Zur adäquaten Blutdrucksenkung ist meist eine Kombinationstherapie notwendig (bei Patienten mit Mikroalbuminurie sind ACE-Hemmer und AT II-Blocker zu erwägen).

Bei diabetischer Nephropathie sollte eine Therapie mit niedrig dosierter Azetylsalizylsäure (100 mg täglich) eingeleitet werden.

## LITERATURVERZEICHNIS

- <sup>1</sup> ADA (American Diabetes Association) (2014), Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1: S81-90.
- <sup>2</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>3</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>4</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>5</sup> ADA (American Diabetes Association) (2014), Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1: S81-90.
- <sup>6</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>7</sup> ADA (American Diabetes Association) (2014), Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1: S81-90.
- <sup>8</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>9</sup> ADA (American Diabetes Association) (2014), Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1: S81-90.
- <sup>10</sup> ADA (American Diabetes Association) (2014), Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1: S81-90.
- <sup>11</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>12</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>13</sup> ADA (American Diabetes Association) (2014), Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1: S81-90.
- <sup>14</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>15</sup> ADA (American Diabetes Association) (2014), Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1: S81-90.
- <sup>16</sup> Standards of medical care in diabetes-2012. *Diabetes Care*. 2012;35(Suppl 1):S11–63.
- <sup>17</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>18</sup> Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K.V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (Wissen 8). hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien
- <sup>19</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>20</sup> S3-Leitlinie. Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ (2015). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- <sup>21</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>22</sup> Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2012; 35(6): 1364-1379.
- <sup>23</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124 Suppl 2: 1-128.

- <sup>24</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). Wien Klin Wochenschr 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>25</sup> American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2014. Diabetes Care 2014; 37 Suppl 1: S14-80.
- <sup>26</sup> Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2013; 31(7): 1281-1357.
- <sup>27</sup> Österreichische Diabetes Gesellschaft. Diabetes mellitus – Anleitungen für die Praxis (Überarbeitete und erweiterte Fassung 2012). Wien Klin Wochenschr 2012; 124 Suppl 2: 1-128.
- <sup>28</sup> American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2014. Diabetes Care 2014; 37 Suppl 1: S14-80.
- <sup>29</sup> European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Association. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011; 32(14): 1769-1818.
- <sup>30</sup> ADA. Standards of Medical Care in Diabetes – 2014. Diabetes Care 2014; 37(suppl.1):S14-S80
- <sup>31</sup> Roden M. [Diabetes mellitus: Definition, classification and diagnosis]. Wien Klin Wochenschr 2012; 124 Suppl 2: 1-3.



 Therapie Aktiv  
DIABETES IM GRIFF

## Diabetes mellitus Typ 2 - Arzthandbuch (Kurzfassung)



Die Kurzfassung zum Arzthandbuch stellt eine kompakte Übersicht der wesentlichen Aspekte dar. Sie gibt Orientierungshilfe und unterstützt die Therapieentscheidungen in der klinischen Praxis. Dadurch wird eine wissenschaftlich abgesicherte Versorgung der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 sichergestellt.

Die Langfassung steht auf der Website von Therapie Aktiv ([www.therapieaktiv.ch](http://www.therapieaktiv.ch)) zum Download zur Verfügung.

**Teilnahme – und Einwilligungserklärung**  
Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

.....  
Titel, Vor- und Zuname des Versicherten

.....  
Sozialversicherungsnummer

.....  
Sozialversicherungsträger

.....  
Anschrift (Straße / PLZ / Ort)

Therapie Aktiv ist ein freiwilliges Betreuungsprogramm für Typ-2-DiabetikerInnen zur Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität in Österreich. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns dabei ein besonderes Anliegen. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind am Programm teilzunehmen bzw. Ihre Daten für die nachfolgenden Zwecke bereitzustellen. Bei Nichtbereitstellung sämtlicher benötigter Daten ist eine Teilnahme am Programm jedoch nicht möglich.

**Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten**

Im Zusammenhang mit der Teilnahme am Programm bin ich ausdrücklich damit einverstanden, dass die in der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bereitgestellten Daten und die durch meinen behandelnden Arzt erhobenen Risikodaten (*Blindheit (ja/nein), Augenuntersuchung in den letzten 12 Monaten (ja/nein), Raucher (ja/nein), Body-Mass-Index >26 (ja/nein), Blutdruck >140/90 (ja/nein), Jahr der Diabetesschulung*) an die zuständige Therapie Aktiv Administrationsstelle (Gebietskrankenkasse meines Bundeslandes) weitergeleitet werden. Die Daten werden von der Therapie Aktiv Administrationsstelle aufgrund meiner Einwilligung für die Zwecke der gezielten Information über Diabetes mellitus, der Organisation, Durchführung und Abwicklung des Programms sowie der Erstellung von Statistiken verarbeitet. Ich bin weiters damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt mindestens einmal im Jahr über meinen Teilnahmezustand samt Name, Sozialversicherungsnummer und Sozialversicherungsträger informiert wird.

**Beendigung/Widerruf der Programtteilnahme bzw. Einwilligung zur Datenverarbeitung**

Ich kann die Programtteilnahme bzw. die Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meinem Arzt oder bei der Therapie Aktiv Administrationsstelle (Wiener Gebietskrankenkasse, Wienerbergstraße 15-19, A-1100 Wien, Tel.-Nr. 01 60122-3800, E-Mail: [therapie-aktiv@wgkk.at](mailto:therapie-aktiv@wgkk.at)) beenden/widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bis zur Abmeldung/bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung berührt wird.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich am Programm Therapie Aktiv teilnehmen möchte. In diesem Zusammenhang willige ich ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den angeführten Zwecken ein.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten

**Vom Arzt auszufüllen:**

Ersteinschreibung

Arztwechsel

Wiedereinschreibung

.....  
Titel, Vor- und Zuname des Arztes, Vertragspartnernummer

.....  
Anschrift

.....  
Datum, Unterschrift des Arztes, Ordinationsstempel

Die WGKK (Wienerbergstraße 15-19, A-1100 Wien, Datenschutzbeauftragter: [dsb@wgkk.at](mailto:dsb@wgkk.at)) verarbeitet ausschließlich die angeführten und die von Ihrem behandelnden Therapie Aktiv Arzt übermittelten personenbezogenen Daten. Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter [www.wgkk.at/datenschutz](http://www.wgkk.at/datenschutz). Sie haben jederzeit ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer gespeicherten Daten, ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß den Voraussetzungen des Datenschutzrechtes. Beschwerden können Sie an die Österreichische Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, richten.

Di Therapie Aktiv

Zielvereinbarung

Diabetes mellitus Typ 2

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Zuname: \_\_\_\_\_

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

**HbA1c-Senkung**

aktueller HbA1c: \_\_\_ % vereinbarter HbA1c: \_\_\_ % bis: \_\_\_\_\_

**Blutdruck-Senkung**

aktueller Blutdruck: \_\_\_ / \_\_\_ mmHg vereinbarter Blutdruck: \_\_\_ / \_\_\_ mmHg bis: \_\_\_\_\_

**Reduktion des Tabakkonsums**

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

**Vermehrte Bewegung**

Folgende Aktivitäten werden vereinbart:

Aktivität 1: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_ Minuten Häufigkeit: \_\_\_ mal/Woche  
 Aktivität 2: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_ Minuten Häufigkeit: \_\_\_ mal/Woche

**Gewichtsreduktion**

aktuelles Gewicht: \_\_\_ kg vereinbartes Gewicht: \_\_\_ kg bis: \_\_\_\_\_

**Ernährungsumstellung**

Bezüglich Ernährung wurde folgendes vereinbart:

-----  
 -----  
 -----

**Verlaufskontrolle**

| Datum       |        |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| HbA1c       | , %    |  |  |  |  |  |  |  |
| Blutdruck   | /      |  |  |  |  |  |  |  |
| Zigaretten  | Stk.   |  |  |  |  |  |  |  |
| Aktivität 1 | min/ x |  |  |  |  |  |  |  |
| Aktivität 2 | min/ x |  |  |  |  |  |  |  |
| Gewicht     | kg     |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Arzt

|   |   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
|---|---|--|--|--|--|--|---|---|--|--|---|--|--|-----------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>SV-Nummer</b><br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>   | <b>Anamnese</b><br>Diabetes-Diagnose (Jahr) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Hypertonie seit (Jahr) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <b>Sekundärkomplikationen</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Blindheit</td><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>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>    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</td><td style="text-align: center;">minor</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">nein</td><td></td></tr> </table>  | Blindheit   | ja   | nein   | <input type="checkbox"/>   | <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                    | minor                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |                          | nein         |                          | <b>Symptome</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Neuropathie</td><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Angina pectoris</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Claudication</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> |                          | Neuropathie              | ja                             | nein                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claudication             | <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"/> | <b>Komorbiditäten</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Herzinsuffizienz</td><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>KHK</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Depression</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>PAVK</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>    Bypass/Dilatation</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Herzinsuffizienz | ja                       | nein                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | KHK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PAVK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bypass/Dilatation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blindheit   | ja  | nein   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <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   | minor  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
|   | nein  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Neuropathie   | ja  | nein   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Angina pectoris   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Claudication  | <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  | ja  | nein   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| KHK   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Depression  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| PAVK  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Bypass/Dilatation   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <b>Augenuntersuchung</b><br><small>(in den letzten 12 Monaten)</small> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>  | ja  | nein   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <b>Fußuntersuchung</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td></td><td style="text-align: center;">rechts</td><td></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><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td>Fußdeformität</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ulkus</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Puls tastbar</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vibrationsempfinden vermindert</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> |  |   | rechts  |  | links  |   | ja   | nein   | ja                                | nein                     | Fußdeformität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ulkus                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Puls tastbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vibrationsempfinden vermindert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Rauchen</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | ja                       | nein                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| ja  | nein  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
|   | rechts  |  | links  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
|   | ja  | nein   | ja   | nein   |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Fußdeformität   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Ulkus   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Puls tastbar  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Vibrationsempfinden vermindert  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| ja  | nein  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <b>Diabetes-Schulung</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table><br>Wann (Jahr) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>   | ja  | nein   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <b>Lebensqualität</b><br>EQ-5D <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/><br>EQ-5D VAS <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| ja  | nein  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <b>Gemessene Werte</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Gewicht (kg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>Größe (cm) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>Blutdruck in Ruhe<br/>Ordinationsmessung (mmHg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m<sup>2</sup> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td>Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input type="checkbox"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><small>&lt; (diätner als)</small></td> </tr> </table> |   |  |  | Gewicht (kg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | Größe (cm) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>   | Blutdruck in Ruhe<br>Ordinationsmessung (mmHg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m <sup>2</sup> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input type="checkbox"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | <small>&lt; (diätner als)</small> |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Gewicht (kg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>  | Größe (cm) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>  | Blutdruck in Ruhe<br>Ordinationsmessung (mmHg) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>                     |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>   | Cholesterin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>   | HDL-Chol (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>   | Triglyceride (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Kreatinin (mg/dl) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>   | eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m <sup>2</sup> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>  | Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) <input type="checkbox"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | <small>&lt; (diätner als)</small>  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <b>Therapie</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Nur Diät</td><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>OAD</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kombi-Therapie</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Insulin</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Blutdruck</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Blutfette</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>  | Nur Diät  | ja   | nein   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | OAD   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Kombi-Therapie   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Insulin  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | Blutdruck     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutfette                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Zielvereinbarungen</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Blutdruck</td><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tabak</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bewegung</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Gewicht</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ernährung</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> |                          | HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | Blutdruck                | ja           | nein                     | <input type="checkbox"/>  | <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"/> | <b>Selbstkontrolle</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Blutdruckmessung</td><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Blutzuckermessung</td><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Blutdruckmessung         | ja                                 | nein                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutzuckermessung        | ja  | nein             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Nur Diät  | ja  | nein   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| OAD   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Kombi-Therapie  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Insulin   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Blutdruck   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Blutfette   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| HbA1c (% oder mmol/mol) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>   |   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Blutdruck   | ja  | nein   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Tabak   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Bewegung  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Gewicht   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Ernährung   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Blutdruckmessung  | ja  | nein   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| Blutzuckermessung   | ja  | nein   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |
| <b>Vertragspartner-Nr.</b><br><input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>   | <b>Untersuchungsdatum</b><br>Tag <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Monat <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> |  | <b>Unterschrift Arzt</b><br><input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>  |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |                                   |                          |               |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |   |                          |              |                          |   |                          |                          |                                |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                                    |                          |                          |                          |                          |                          |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |                          |            |                          |                          |      |                          |                          |                   |                          |                          |

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

## Anlage B1

**TARIF  
FÜR ALLGEMEINE  
VERTRAGSFACHÄRZTINNEN/VERTRAGSFACHÄRZTE**

**Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde**

**Ab 1. Juli 2019**

**1. Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal**

| <b>Text</b>   | <b>Betrag in<br/>Euro</b> |
|---|---------------------------|
| Bis zum vollendeten 1. Lebensjahr                       | 52,35                     |
| Ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 2. Lebensjahr | 41,30                     |
| Ab dem vollendeten 2. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr | 40,20                     |
| Ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr | 40,10                     |
| Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr                        | 33,30                     |

**2. Im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22  
pro Anspruchsberechtigten und Quartal**

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| Bis zum vollendeten 6. Lebensjahr | 25,44 |
| Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr  | 18,74 |

**3. Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen 0,67 EUR**

# SONDERLEISTUNGSTARIF FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTINNEN/VERTRAGSFACHÄRZTE

Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde

Ab 1. Juli 2019

## **Erläuterungen:**

Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name der berufenen Ärztin/des berufenen Arztes zu vermerken.

Behandlungen, die ausschließlich und eindeutig zu kosmetischen Zwecken durchgeführt werden, sind von der Verrechenbarkeit ausgeschlossen.

## Definition für erste Hilfe:

Unter Erster Hilfe ist eine medizinisch dringende, notwendige und daher zeitlich unaufschiebbare Intervention zu verstehen, die bei Ausbleiben zu einer Verschlechterung und massiven gesundheitlichen Schädigung der Betroffenen führen kann. Bei entsprechender Notwendigkeit ist davon auszugehen, dass die Betroffenen vor den anderen wartenden Kranken betreut werden müssen.

1. Beispiele: Verdacht auf Herzinfarkt, akute Atemnot, stark blutende Wunden, starke Schmerzen oder ähnliche akut-medizinische Situationen.
2. Der im Regelfall erhöhte Aufwand (u.a. Vorreihung der Betroffenen im regulären Ordinationsbetrieb) wird durch die Erste-Hilfe-Pauschale abgegolten. Sonderleistungen, die im Rahmen der Erste-Hilfe-Leistung erbracht wurden, können abgerechnet werden.

## Verrechnungsmodus

Soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, gilt für alle Positionsziffern, für die der Text die Limitierungsbestimmung "verrechenbar in Prozent der Fälle pro Quartal" vorsieht, dass die betreffenden Positionsziffern damit in "Prozent der Fälle je Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt und Quartal" abgerechnet werden kann.

I. Ordinationen und Visiten

| Pos.<br>Ziff.   | Text   | Punkte | Betrag<br>in Euro |
|---|--|--------|-------------------|
| 1   | Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert   |        | 9,00              |
| 2   | Nachordination (zwischen 19.00 und 7.00 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit   |        | 20,00             |
| 3   | Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.   |        | 49,00             |
| <i><u>Erläuterungen:</u> Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i>   |  |        |                   |
| 9   | Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde.  |        | 22,00             |
| <i><u>Erläuterungen:</u> Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden.</i> |  |        |                   |
| <i>Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i>   |  |        |                   |
| 36  | Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird. |        | 49,00             |
| <i><u>Erläuterungen:</u> Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i>  |  |        |                   |

| Pos.<br>Ziff. | Text  | Punkte | Betrag<br>in Euro |
|---------------|---|--------|-------------------|
| 37            | Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde.   |        | 22,00             |
|               | <i>Erläuterungen: Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein- und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patientinnen/Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patientinnen/Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt.</i> |        |                   |
|               | <i>Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i>  |        |                   |
| 58            | Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde.   |        | 14,00             |
|               | <i>Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 20 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.</i>  |        |                   |
|               | <i>Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i>  |        |                   |
| 4             | Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung  |        | 60,00             |
| 5             | Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19.00 und 7.00 Uhr   |        | 65,00             |
| 6             | Zeitaufwand von mehr als einer halben Stunde am Krankenbett bei bedrohlichen Krankheitsfällen für die begonnene zweite und jede weitere begonnene halbe Stunde (Begründung notwendig, bei Konsilium in der Regel nicht verrechenbar)  | 20     |                   |
| 7             | Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht   |        | 9,00              |

| <b>Pos.<br/>Ziff.</b> | <b>Text</b>  | <b>Punkte</b> | <b>Betrag<br/>in Euro</b> |
|-----------------------|--|---------------|---------------------------|
| 8d                    | Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. | 5             |                           |
| 8e                    | Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. | 5             |                           |
| 8f                    | Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar  | 5             |                           |
| 8g                    | Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. | 5             |                           |
| 8h                    | Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. | 5             |                           |

## II. Allgemeine Sonderleistungen

| Pos.<br>Ziff. | Text  | Punkte                          | Betrag<br>in Euro |
|---------------|---|---------------------------------|-------------------|
| S             | Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19.00 und 7.00 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 und 19.00 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.  |                                 |                   |
|               | Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19.00 bis 7.00 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 und 19.00 Uhr, jedenfalls außerhalb der üblichen Ordinationsdauer  | 50 % des jeweiligen Tarifsatzes |                   |
| 20            | Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),  | 4                               |                   |
| 24            | Infusion i.v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln  | 20                              |                   |
|               | <i><u>Erläuterungen:</u> Das verabreichende Heilmittel und die Diagnose, welche die Notwendigkeit der Behandlung begründet, sind bei der ersten Infusion einer Serie anzugeben. Bei mehrfacher Verabreichung am gleichen Tag ist die genaue Uhrzeit der Infusion anzugeben.</i> |                                 |                   |
| 38            | Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr  | 13                              |                   |
|               | <i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.</i>  |                                 |                   |
| 39            | Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr  | 15                              |                   |
|               | <i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.</i>  |                                 |                   |
| 40            | Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr   | 7                               |                   |
|               | <i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.</i>  |                                 |                   |
| 41            | Blutsenkung inkl. Blutentnahme, bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr  | 9                               |                   |
|               | <i><u>Erläuterung:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar</i>   |                                 |                   |
| 61            | Vollnarkose (verrechenbar neben den Pos. Ziff.: 108, 202, 205, 208, 209, 213, 214, 215, 216, 217, 221, 304, 306, 308, 321, 411, 426, 521, 804, 808, 821, 903, 904, 912, 919, 925 und sonst mit besonderer Begründung)   | 45                              |                   |
| 87            | Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 606 verrechenbar   | 11                              |                   |

| Pos.<br>Ziff. | Text  | Punkte | Betrag<br>in Euro |
|---------------|---|--------|-------------------|
| 90            | Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.  | 20     |                   |
|               | Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 26 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar  |        |                   |
|               | Pos. Ziff. 90 ist nicht am selben Tag mit folgenden Pos. Ziff. verrechenbar: N1, N4. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen,  |        |                   |
|               | a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig.  |        |                   |
|               | b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.   |        |                   |
|               | c) Die Ärztin/der Arzt hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostische-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig. |        |                   |
|               | d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.  |        |                   |

| Pos.<br>Ziff. | Text   | Punkte | Betrag<br>in Euro |
|---------------|--|--------|-------------------|
| 91            | <p>Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, in maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt pro Quartal</p> <p>Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systemischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.</p> <p>Zur Verrechnung sind alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.</p> <p>Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich und tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen sowie zu dokumentieren. Im Allgemeinen dauert es 20 Minuten.</p> | 45     |                   |

### III. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde

| Pos. Ziff. | Text  | Punkte | Betrag in Euro |
|------------|---|--------|----------------|
| 650        | EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)   | 35     |                |
| 664        | Drei weitere Ableitungen bzw. Rhythmusstreifen, in 10 % der honorierten Pos. Ziff. 650 verrechenbar   | 6      |                |
| 652        | Phonokardiogramm  | 18     |                |
| 654        | Behandlungszuschlag bei Enuresis, Enkopresis ab dem vollendeten 4. Lebensjahr einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar   | 30     |                |
| 656        | Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar   | 6      |                |
| 657        | Harnkultur und Keimzählung mittels Objektträgermethode; nur verrechenbar, wenn die entsprechende Einrichtung [Brutschrank] vorhanden ist und im Streifentest des Harnes ein eindeutiger Hinweis auf einen Infekt vorliegt sowie bei klinischen Hinweis auf Infekt   | 10     |                |
| 658        | Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV1, PEF, MEF50 und MEF25) zur Diagnose und Therapiesteuerung obstruktiver und restriktiver Atemwegserkrankung sowie zur OP Freigabe.<br>Diese Leistung kann von jenen Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden | 22     |                |
| 660        | Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli   | 13     |                |
| 661        | Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild   | 14     |                |
| 662        | Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmodolysetest)  | 20     |                |
| 663        | Blutabnahme incl. CRP oder Blutsenkung, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar .  | 19     |                |

| Pos. Ziff. | Text  | Punkte | Betrag in Euro |
|------------|---|--------|----------------|
| 665        | Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr, in maximal 9 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Jahr verrechenbar  | 12     |                |
|            | <i>Erläuterungen: Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien, Reagenzien usw. sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.</i>  |        |                |
| 669        | Behandlungszuschlag bei der Betreuung von Kindern mit klinisch relevanter, behandlungsbedürftiger neurologischer Beeinträchtigung oder für die entwicklungsneurologische Untersuchung nach einer Risikogeburt (wobei für die Risikogeburt gilt: exklusive nach geplanter Wunschsectio, Kinder nach Risikogeburt nur bis zum vollendeten 2. Lebensjahr abrechenbar), einmal pro Patientin/Patient und Quartal abrechenbar                                  | 30     |                |
| 670        | Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar - je Stoff   | 2      |                |
|            | <i>Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.</i>   |        |                |
| 674        | Ambulante Therapie (Erstellen von geeigneten individuellen diätischen Maßnahmen und Kontrolle der Durchführung, Protokolle der körperlichen Aktivität, Kontrolle des BMI) bei Adipositas oder Untergewicht, Ekzem, gastrointestinalen Erkrankungen, oder die ausführliche Ernährungsberatung bei Frühgeborenen, inklusive Dokumentation, verrechenbar in 30 % der Fälle pro Quartal, ein weiteres Mal in 30 % der honorierten Pos. Ziff. 674 verrechenbar | 25     |                |
| 686        | Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie  |        | 37,49          |
| 687        | Sonographie des kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie.   |        | 26,99          |

Die Pos. Ziff. 686 und 687 werden nur jenen Vertragsfachärztinnen/-Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.

Die Pos. Ziff. 686 und 687 sind zusammen in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie bzw. kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.

| Pos. Ziff. | Text   | Punkte | Betrag in Euro |
|------------|--|--------|----------------|
| 688        | Kurative Sonographie der Säuglingshüften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation.<br><br>Die kurative Sonographie der Säuglingshüften wird nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.   |        | 29,07          |
| 689        | Allergologische Exploration, in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar  | 13     |                |
| 691        | Zuschlag bei EKG für Kinder unter sechs Jahren   | 3      |                |
| 692        | Ärztliche fachspezifische Koordinierungstätigkeit durch die behandlungsführende Ärztin/den behandlungsführenden Arzt. Verrechenbar nur für jene Fälle, die einer intensiven persönlichen Kontaktaufnahme mit anderen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen/sonstigen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern aus dem Gesundheits- oder Fürsorgebereich (wie z.B. dem Gesundheitsamt, der Fürsorge, Schule, Kindergarten) bedürfen, wobei hier allgemein ärztliche administrative Ordinationstätigkeiten (z.B. Ausstellen von Überweisungen, Rezepten, das Übertragen von Befunden in die Krankenkartei usw.) nicht darunter zu verstehen sind. Ebenso kann das Einholen einer ärztlichen Meinung bzw. die (fach-)ärztliche Beratung oder Befundbesprechung mit anderen Ärztinnen/Ärzten nicht mit der Position abgerechnet werden.<br>In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt verrechenbar<br><br><i>Erläuterung: Die Leistung ist mit jenem Leistungsdatum zu verrechnen, an dem die Konsultation mit der Patientin/dem Patienten stattfand und die Notwendigkeit für die Koordinierungstätigkeit festgestellt wurde.</i> |        | 12,54          |
| 671        | Transkutane Bilirubinmessung bei Icterus neonatorum bei Neugeborenen<br><br>Verrechenbar entsprechend den Zulassungskriterien des verwendeten Gerätes, jedoch maximal bis zum 20. Lebenstag des Kindes, in maximal 3,5 % der Fälle der Altersgruppe bis zum vollendeten 1. Lebensjahr pro Ärztin/Arzt und Quartal.<br><br>Bei klinischer Relevanz ist eine Wiederholungsmessung in maximal 50 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 671 honoriert wird, verrechenbar.<br><br>Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.   |        | 15,00          |

| Pos. Ziff. | Text  | Punkte | Betrag in Euro |
|------------|---|--------|----------------|
| 677        | Tympanometrie bei persistierendem Seromucotympanon je Sitzung in maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.<br>Mit dem Tarif ist, sofern erforderlich, die Untersuchung beider Ohren abgegolten. | 36     |                |

#### **IV. Sonderleistungen aus dem Bereich Pädiatrische Endokrinologie**

Nachstehende Leistungen können nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde verrechnet werden, die von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden und eine Spezialisierung in Pädiatrischer Endokrinologie nachweisen

| Pos. Ziff. | Text   | Punkte | Betrag in Euro |
|------------|--|--------|----------------|
| 675        | Endokrinologische Abklärung und Therapieeinleitung bei Diabetes, Wachstumsstörung, Störungen der Sexualentwicklung und Störungen der Genitaldifferenzierung, in maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. | 72     |                |

#### **V. Sonderleistungen aus dem Bereich Neuropädiatrie**

Nachstehende Leistungen können nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde verrechnet werden, die von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Solange die Ausbildungsordnung keine gesonderte Qualifikation vorgibt, gelten das Additivfach Neuropädiatrie bzw. mit Spezialisierung im Bereich Neuropädiatrie als Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung

| Pos. Ziff. | Text  | Punkte | Betrag in Euro |
|------------|---|--------|----------------|
| 676        | Detaillierte genormte diagnostische Entwicklungsuntersuchung mit standardisierten Erhebungsinstrumenten bei Kindern (z.B. Denver-Test, Münchner Funktioneller Entwicklungstest) In maximal 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.   | 109    |                |
| N1         | Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes.<br><br>Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar.<br>Richtzeit bei einmaliger Verrechnung 20 Minuten,<br>Richtzeit bei zweimaliger Verrechnung am Tag 40 Minuten. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar. | 48     |                |

| Pos. Ziff. | Text  | Punkte | Betrag in Euro |
|------------|---|--------|----------------|
| N2         | <p>Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie.</p> <p>Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben.</p>   | 32     |                |
| N4         | <p>Neurologische Notfallbehandlung (Krisenintervention) bei akuten neurologischen Symptomen oder Verdacht auf akute bedrohliche neurologische Krankheitsbilder (z.B. TIA, Schlaganfall Meningismus, akute Migräne, Status migränosus, Schub einer MS, Guillain-Barré-Syndrom, cholinerge Krise, Parkinson-Krise, Bewegungsturm, akute Neuritis, etc.).</p> <p>In maximal 2 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit anderen Leistungspositionen verrechenbar</p>                                       | 108    |                |
| N5         | <p>Erhebung des kompletten neurologischen Status:<br/>Die Durchführung eines kompletten neurologischen Status umfasst die Prüfung der oberen und unteren Hirnnerven, Untersuchung der Hirnstammreflexe, Untersuchung der motorischen Eigenreflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, der gesamten Pyramidenbahn, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage.</p> <p>Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. N6 verrechenbar</p>                   | 37     |                |
| N18        | <p>Elektroenzephalographische Untersuchung – EEG,</p> <p>Verrechenbar in 25 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal, wobei Fälle die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.<br/>Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. Die Position kann nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden</p> | 66     |                |
| N19        | <p>Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen.</p> <p>Maximal einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar</p>  | 15     |                |

## V. Sonderleistungen aus dem Bereich pädiatrische Kardiologie

Nachstehende Leistungen können nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde verrechnet werden, die von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden und eine Spezialisierung in Pädiatrischer Kardiologie nachweisen.

| Pos.<br>Ziff. | Text  | Punkte | Betrag<br>in Euro |
|---------------|---|--------|-------------------|
| 629           | Ergometrische Untersuchung,<br>durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der<br>Österreichischen kardiologischen Gesellschaft,<br>einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.  | 105    |                   |
|               | Neben dieser Position sind am gleichen Tag keine<br>elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.   |        |                   |
|               | Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer,<br>Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur<br>verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen<br>einer koronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der<br>Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der<br>Leistungseinschränkung bei sklerotischen Kardiopathien,<br>Kardiomyopathien und Vitien, weiters bei Koronarinsuffizienz,<br>Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung<br>von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc. |        |                   |
| 633           | Langzeit EKG, verrechnet in maximal 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt<br>und Quartal (Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG überwiesen<br>werden, fallen nicht unter diese Limitierung, für diese zugewiesenen<br>Fälle gebührt jedoch keine Fallpauschale)   | 117    |                   |
|               | Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden.  |        |                   |
|               | Die Leistungsposition umfasst das Anlegen des Gerätes,<br>24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und<br>Befunderstellung. Von den Befunden ist ein Durchschlag 3 Jahre<br>hindurch aufzubewahren und der Kasse bzw. der Kammer auf<br>Verlangen zur Verfügung zu stellen.   |        |                   |
| 645           | Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inkl.<br>TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)  |        | 34,49             |

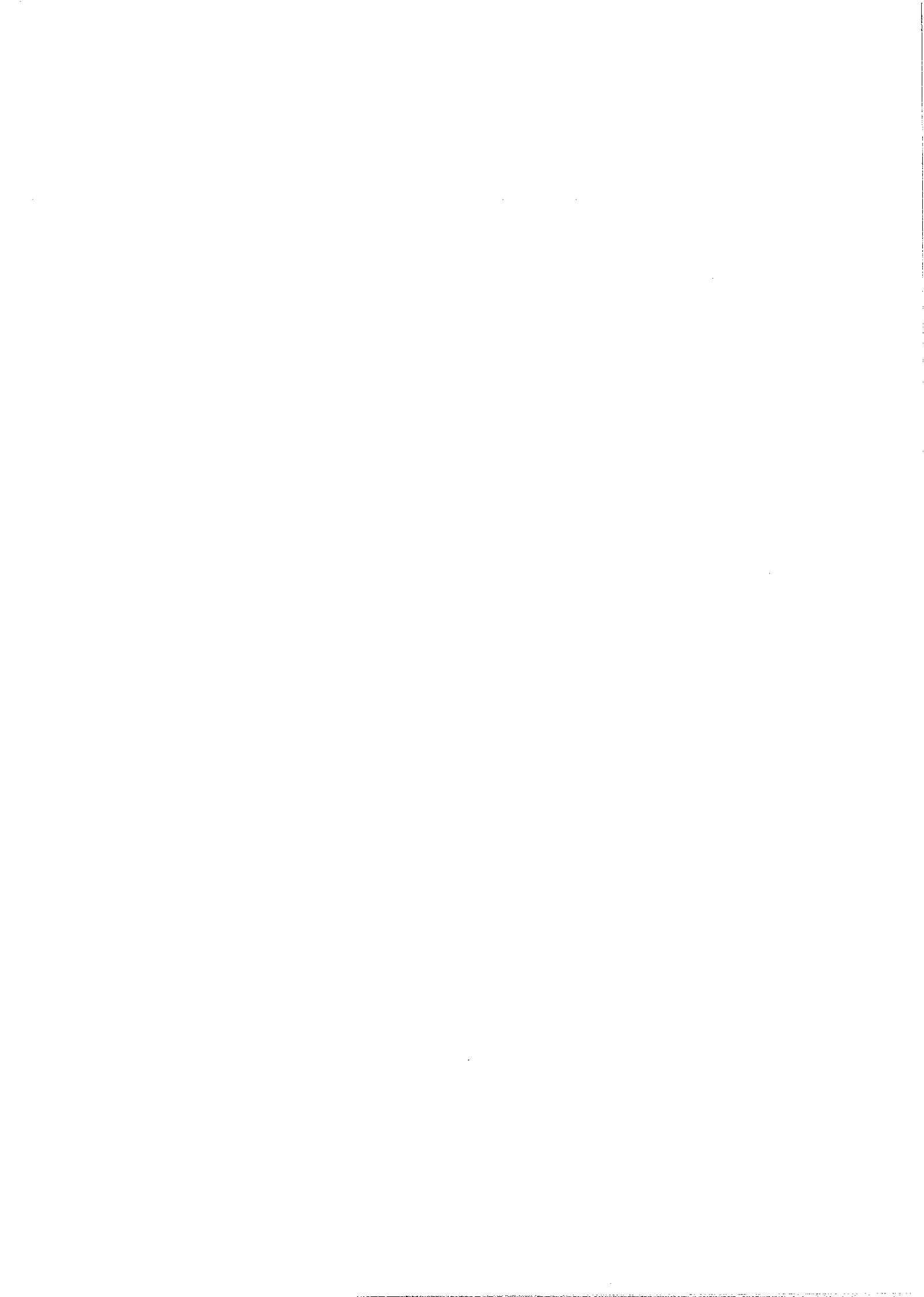
| Pos.<br>Ziff. | Text   | Punkte | Betrag<br>in Euro |
|---------------|--|--------|-------------------|
| 646           | Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen: |        | 80,00             |

- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
- Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion

Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:

Die Verrechenbarkeit mit maximal 21 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden.



Bezirksbündel für die Urlaubseinteilung gemäß § 21 Abs. 2 des  
Gesamtvertrags vom 1. Jänner 2011

|                  |            |
|------------------|------------|
| <b>Gruppe 1</b>  | 1. Bezirk  |
|                  | 4. Bezirk  |
|                  | 5. Bezirk  |
|                  | 6. Bezirk  |
|                  | 7. Bezirk  |
|                  | 8. Bezirk  |
|                  | 9. Bezirk  |
|                  |            |
| <b>Gruppe 2</b>  | 2. Bezirk  |
|                  | 20. Bezirk |
|                  |            |
| <b>Gruppe 3</b>  | 3. Bezirk  |
|                  | 11. Bezirk |
|                  |            |
| <b>Gruppe 4</b>  | 10. Bezirk |
|                  |            |
| <b>Gruppe 5</b>  | 12. Bezirk |
|                  | 23. Bezirk |
|                  |            |
| <b>Gruppe 6</b>  | 13. Bezirk |
|                  | 14. Bezirk |
|                  |            |
| <b>Gruppe 7</b>  | 15. Bezirk |
|                  | 16. Bezirk |
|                  |            |
| <b>Gruppe 8</b>  | 17. Bezirk |
|                  | 18. Bezirk |
|                  | 19. Bezirk |
|                  |            |
| <b>Gruppe 9</b>  | 21. Bezirk |
|                  |            |
| <b>Gruppe 10</b> | 22. Bezirk |

