

Disease Management Programm
Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv

Administrationsleitfaden

Einschreibung bis Abrechnung

Für eine bessere Lesbarkeit wurde auf eine gendergerechte Formulierung verzichtet. Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Programmteilnahme..... | 3 |
| 1.1 | Welche Ärzte können teilnehmen? | 3 |
| 1.2 | Welche Patienten können teilnehmen?..... | 3 |
| 2 | Patienten-Einschreibung..... | 4 |
| 3 | Patientenbetreuung..... | 5 |
| 3.1 | Formular Dokumentationsbogen..... | 5 |
| 3.1.1 | Formular EQ-5D..... | 6 |
| 3.1.2 | Formular Zielvereinbarung bzw. Diabetes-Pass | 6 |
| 3.2 | Dokumentationsbogen-Informationsliste | 7 |
| 4 | Patientenschulung | 8 |
| 4.1 | Schulungsunterlagen | 8 |
| 4.2 | Melde-/Abrechnungsformular..... | 9 |
| 4.3 | Teilnahmebestätigung Patient | 9 |
| 5 | Abrechnung | 10 |
| 5.1 | Erstbetreuung, Weiterbetreuung, Feedback-Gespräch | 10 |
| 5.2 | Patientenschulung | 11 |
| 6 | Anhang 1 | 12 |
| 6.1 | Informationsmaterial | 12 |
| 6.2 | Formulare | 14 |
| 7 | Anhang 2 | 16 |
| 7.1 | Patienteneinschreibung über die GINa-Oberfläche..... | 16 |
| 7.2 | Dokumentationsbogenübermittlung über die GINa-Oberfläche | 18 |
| 8 | Ansprechpartner | 20 |
| 8.1 | Österreichische Gesundheitskasse..... | 20 |
| 8.2 | Ärztchammer für Niederösterreich | 20 |
| 8.3 | Allgemeine Programminformationen..... | 20 |

1 Programmteilnahme

1.1 Welche Ärzte können teilnehmen?

- Ärzte für Allgemeinmedizin
 - Fachärzte für Innere Medizin
 - Gruppenpraxen mit Gesellschaftern dieser Fachrichtungen
- } jeweils Vertrags- und Wahlärzte

Teilnahmevoraussetzungen:

- **absolvierte Grundschulung** „Modul A und 1. Teil Modul B“
(Präsenzs Schulung oder e-learning)
- **Unterfertigung der Beitrittsformulare**
(Beitrittserklärung, Datenerfassungsblatt, Auftragsverarbeitervertrag)

1.2 Welche Patienten können teilnehmen?

Der Therapie Aktiv-Arzt entscheidet, wer als Patient für das Programm geeignet ist. Dabei sind folgende Einschreibekriterien zu beachten:

- **gesicherte Diagnose** Diabetes Mellitus Typ 2 entsprechend den Behandlungspfaden;
- **Bereitschaft** und Fähigkeit des Patienten zur **aktiven** Teilnahme am Programm.
- **Fehlen von geistigen oder körperlichen Einschränkungen**, die die Diagnostik und Therapie gemäß Programm oder deren Umsetzung durch den Patienten unmöglich machen.

Teilnahme für alle Typ 2-Diabetiker **unabhängig vom leistungszuständigen Versicherungsträger!**

2 Patienten-Einschreibung

- Diagnosesicherung entsprechend den Behandlungspfaden
- ausführliche, umfassende Information des Patienten
- Übermittlung des Formulars „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ für Patient (= Einschreibebeantrag)*

2 Möglichkeiten der Übermittlung:

1. postalisch an die ÖGK

Vorgangsweise für alle Ärzte ohne e-card-Ausstattung, bzw. die eine Abwicklung in Papierform bevorzugen.

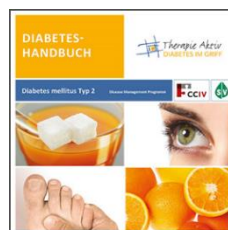
- verpflichtende Unterfertigung des Formulars von dem Patienten
- Original: Ablage im Patientenakt; Kopie für Patient

Adresse: Österreichische Gesundheitskasse
Abteilung GEKO – Therapie Aktiv
Kremser Landstraße 3
3100 St. Pölten

2. elektronisch über e-card-System

grundsätzlich vorgesehene Vorgangsweise gemäß DMP DM2-Vereinbarung

- optional: Unterfertigung des Formulars von dem Patienten
- alternativ: mündliche Erklärung zur Programmteilnahme
- elektronische Übermittlung mittels Arztsoftware bzw. über GINA-Oberfläche (Anleitung - siehe Anhang 2)
- *Therapie Aktiv-Team: Einschreibebeantrag wird in Software bestätigt*
- *Therapie Aktiv-Team: Patient erhält ein Begrüßungsschreiben und ein Patientenhandbuch per Post zugesandt.*

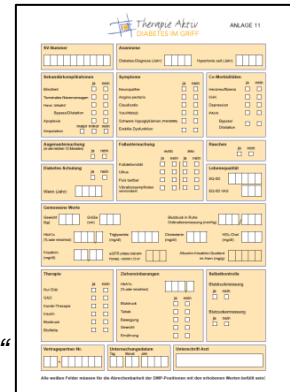



* Das Formular „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ ist auch in den Sprachen Bosnisch, Englisch, Kroatisch, Serbisch und Türkisch unter www.therapie-aktiv.at abrufbar oder kann beim Therapie Aktiv-Team bestellt werden.

3 Patientenbetreuung

3.1 Formular Dokumentationsbogen

- jährliche Erfassung/Übermittlung der medizinischen Daten für jeden Therapie Aktiv-Patient auf dem Dokumentationsbogen (= Honorierungsvoraussetzung);
- erstmalig zum Zeitpunkt der Einschreibung des Patienten (zB Einschreibung & Erstdokumentation: 1. Quartal 2019 – Folgedokumentation: 1. Quartal 2020)
- alle weißen Felder des Bogens befüllen (= Pflichtfelder)
- ggf. Kopie des Bogens für Patient
- *Nähere Informationen zum Ausfüllen des Bogens finden Sie in Ihrer Arztmappe:
„AUSFÜLLANLEITUNG Dokumentationsbogen und EuroQoI“*



Die medizinischen Daten werden elektronisch erfasst und pseudonymisiert. Von der DMP DM2-Auswertungsstelle werden den Programmpartnern (Ärzttekammer für NÖ und Sozialversicherung) aus den pseudonymisierten Daten aggregierte Auswertungsergebnisse zur Verfügung gestellt.

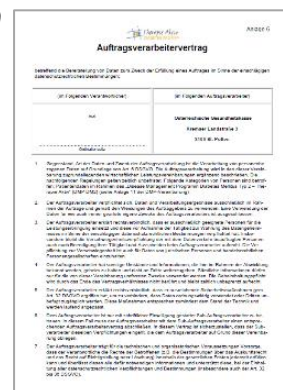
2 Möglichkeiten der Übermittlung:

1. postalisch an die ÖGK

Vorgangswise für alle Ärzte ohne e-card-Ausstattung, bzw. die eine Abwicklung in Papierform bevorzugen (Einbehalt € 3,00 vom Honorar bei vorhandener e-card-Ausstattung)

- Voraussetzung: unterfertigter Auftragsverarbeitervertrag

Adresse: Österreichische Gesundheitskasse
Abteilung GEKO – Therapie Aktiv
Kremser Landstraße 3
3100 St. Pölten



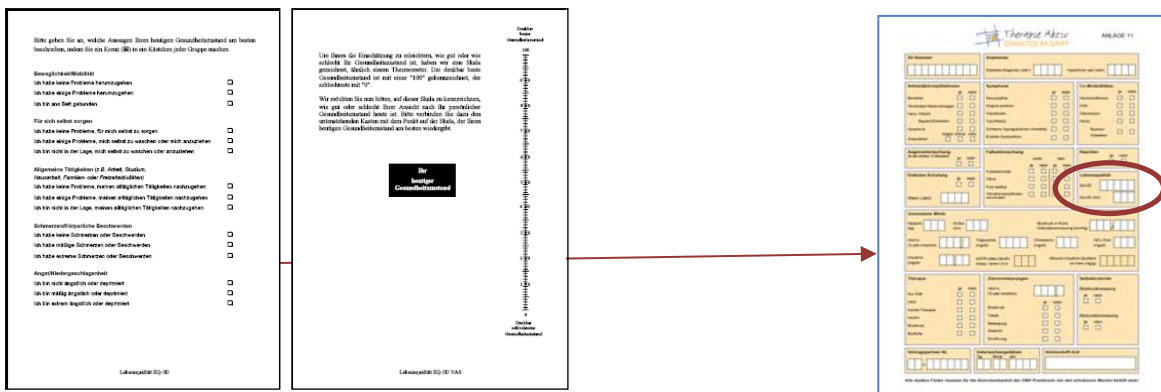
2. elektronisch über e-card-System

grundsätzlich vorgesehene Vorgangswise gemäß DMP DM2-Vereinbarung

- elektronische Übermittlung mittels Arztsoftware bzw. über GINA-Oberfläche (Anleitung - siehe Anhang 2)

3.1.1 Formular EQ-5D

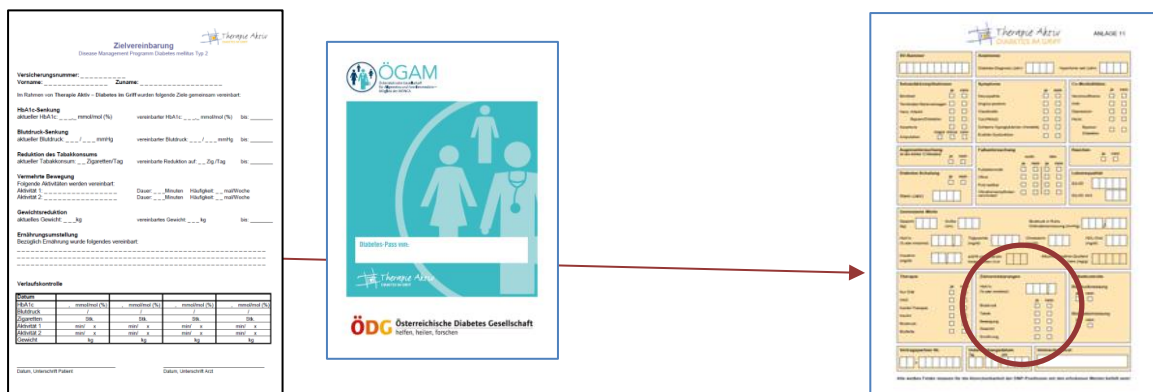
- Formular dient zur Erhebung der Lebensqualität (KEINE Übermittlung an die ÖGK erforderlich!)
- Original: Ablage im Patientenakt; Kopie für Patient
- Ergebnisse sind im Dokumentationsbogen einzutragen
- Nähere Informationen in der „Ausfüllanleitung Dokumentationsbogen und EuroQol“



3.1.2 Formular Zielvereinbarung bzw. Diabetes-Pass

Der Arzt vereinbart gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele, die im Rahmen der Weiterbetreuung zu überprüfen und gegebenenfalls zu adaptieren sind.

- Ziele am Formular „Zielvereinbarung“ (Kopie für Patient) bzw. Diabetes-Pass festhalten (KEINE Übermittlung an die ÖGK erforderlich!)
- Ergebnisse sind unter Angabe „JA bzw. NEIN“ im Dokumentationsbogen einzutragen
- Nähere Informationen in der „Ausfüllanleitung Dokumentationsbogen und EuroQol“



3.2 Dokumentationsbogen-Informationsliste

Die DB-Infoliste enthält eine Auflistung aller eingeschriebenen Patienten mit folgenden Informationen:

- Name
- Versicherungsnummer
- Einschreibedatum
- Datum der Übermittlung des letzten/vorletzten Dokumentationsbogens
- Information für das aktuelle Quartal
 - DB liegt vor (für diesen Patienten liegt ein gültiger DB vor)
 - DB fällig (für diesen Patienten ist im betreffenden Quartal ein neuer DB fällig)
 - DB ausständig (für diesen Patienten wäre schon in einem Vorquartal ein neuer DB fällig gewesen)
- Vorschau auf das Folgequartal

| Informationsliste | | Therapie Aktiv | | Telefon | | | |
|--------------------------|--------------------|---|------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|------------------|
| Dokumentationsbögen (DB) | | DIABETES IM GRIFF | | 02742/2313 | | | |
| für Quartal 3/2012 | | NO Gebietskrankenkasse, Kremsier Landstraße 3, 3100 St. Pölten, Tel: 060 899 - 3207 | | BLZ | Kontonummer | | |
| VPNR | AZID | Adresse | | 12345 | 1234567890 | | |
| 123456 | Dr. Max Mustermann | Antigener Str. 10, 3300 St. Pölten | | | | | |
| SVNR | Patient | Träger | Eintritt | Vorletzter Dokumentationsbogen | Letzter Dokumentationsbogen | Informationen | Vorschau |
| 123401001 | Christa Glückspilz | NOGK | 03.07.2010 | 15.07.2011 | 05.08.2012 | DB liegt vor | Quartal 3 / 2012 |
| 345612002 | Peter Sommer | VAB | 02.08.2011 | | 02.09.2011 | DB ausständig | Quartal 4 / 2012 |

Dienstag, 03. Juli 2012

Erklärung: DB liegt vor für diese Patienten / diesen Patienten liegt ein gültiger DB vor.
DB ausständig für diese Patienten / diesen Patienten wäre schon in einem Vorquartal ein neuer DB fällig gewesen.
neuer DB fällig für diese Patienten / diesen Patienten ist im betreffenden Quartal ein neuer DB fällig.

Auf Wunsch der Ordination wird die Informationsliste zugesandt (Anforderung beim Therapie Aktiv-Team).

4 Patientenschulung

Der Therapie Aktiv-Arzt kann Gruppenschulungen für Therapie Aktiv-Patienten selbst organisieren (Schulung von teilnehmenden Patienten anderer Therapie Aktiv-Ärzte möglich). Vorzugsweise mit Unterstützung eines Diabetesberaters/Diätologen, wobei der Arzt 1 UE selbst durchzuführen hat.

- Zielgruppe:
Therapie Aktiv-Patienten; Angehörige in zweckmäßigen Fällen, die jedoch nicht für die Mindestgröße der Gruppe angerechnet werden;
- Schulungsmodell:
in Anlehnung an das Düsseldorfer Modell
(Curriculum vgl. Anlage „Patientenschulung“ zur DMP DM2-Vereinbarung)
- Schulungsvoraussetzung Arzt:
Fortbildung „Fachliche Patientenschulung (Modul C)“ bzw. Anerkennung gleichwertiger Fortbildungen durch die ÄK für NÖ (Übermittlung der Teilnahmebestätigung zur Prüfung an die ÄK - nechvatal@arztnoe.at)
- Schulungsvoraussetzung Diabetesberater/Diätologe:
eine vom Verband der Österreichischen DiabetesberaterInnen bzw. der Diätologen Österreichs anerkannte Ausbildung
Eine aktuelle Liste der **Diabetesberater und Diätologen** finden Sie auf der Homepage von Therapie Aktiv www.therapie-aktiv.at.

Alternativ dazu, kann die Schulung der Therapie Aktiv-Patienten durch einen anderen Therapie Aktiv-Arzt bzw. eine sonstige befugte Ausbildungsstelle erfolgen. Voraussetzung ist, dass diese sonstige befugte Ausbildungsstelle qualitativ gleichwertige Schulungen durchführt.

4.1 Schulungsunterlagen

Schulungsmaterial Arzt: Bestellung beim Therapie Aktiv-Team der ÖGK:
PowerPoint-Präsentationen (DVD), Schulungskoffer mit Flip-Chart, Lehrbuch, etc.



Schulungsunterlage Patient: Patientenhandbuch; erhält jeder Patienten bei Einschreibung von dem Therapie Aktiv-Team der ÖGK zugesandt;

4.2 Melde-/Abrechnungsformular

VOR der Schulung:

Schulungsmeldung mit dem jeweiligen Melde-/Abrechnungsformular unter Angabe der Namen/VSNR der Therapie Aktiv-Patienten, des voraussichtlichen Schulungstermins (Formular zur Schulungsmeldung von insulinpflichtigen / nicht-insulinpflichtigen Diabetikern)

NACH der Schulung:

Übermittlung des Abrechnungsformulars – ergänzt um den letzten Tag der Schulung und den Unterschriften der Patienten (Bestätigung der Teilnahme)

Übermittlung an: Österreichische Gesundheitskasse
Abteilung GEKO – Therapie Aktiv
Kremser Landstraße 3
3100 St. Pölten

Anlage 15a
„Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

Melde-/Abrechnungsformular für Patientenschulung nicht-insulinpflichtig: Pos. Nr. 643¹⁾
Gruppenschulung in Anlehnung an das „Diabetesfor-Mix“ nach DMP 100/100/100/100/100

durchführende DMP-DiM2-Arzt: _____
gemeinsam mit einem Diabetelexperte bzw. mit einem Diätologen:
Ja Nein

Wenn ja, Name: _____

| Name und Vorname des Patienten | VSNR | zuständiger BK-Träger | erster Tag der Schulung | letzter Tag der Schulung | Unterschrift |
|--------------------------------|------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen die Patienten die Richtigkeit der obigen Angaben und der Teilnahme an der Schulung.

Bestätigung durch den DMP-DiM2-Arzt durch Stempel und Unterschrift: _____

¹⁾ Gruppenschulung 4 bis 12 Patienten: Die Einhaltung der vertraglich festgelegten Gruppengröße ist Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nr. 643.
Vor Durchführung einer Schulung und nach erfolgreicher Schulung ist das Formular an die Therapie Aktiv-Administration zu übermitteln (Österreichische Gesundheitskasse, Therapie Aktiv, Kremser Landstraße 3, 3100 St. Pölten).

Anlage 15b
„Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

Melde-/Abrechnungsformular für Patientenschulung insulinpflichtig: Pos. Nr. 644¹⁾
Gruppenschulung in Anlehnung an das „Unbounder-Mix“ nach DMP 100/100/100/100/100

durchführende DMP-DiM2-Arzt: _____
gemeinsam mit einem Diabetelexperte bzw. mit einem Diätologen:
Ja Nein

Wenn ja, Name: _____

| Name und Vorname des Patienten | VSNR | zuständiger BK-Träger | erster Tag der Schulung | letzter Tag der Schulung | Unterschrift |
|--------------------------------|------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen die Patienten die Richtigkeit der obigen Angaben und der Teilnahme an der Schulung.

Bestätigung durch den DMP-DiM2-Arzt durch Stempel und Unterschrift: _____

¹⁾ Gruppenschulung 4 bis 9 Patienten: Die Einhaltung der vertraglich festgelegten Gruppengröße ist Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nr. 644.
Vor Durchführung einer Schulung und nach erfolgreicher Schulung ist das Formular an die Therapie Aktiv-Administration zu übermitteln (Österreichische Gesundheitskasse, Therapie Aktiv, Kremser Landstraße 3, 3100 St. Pölten).

4.3 Teilnahmebestätigung Patient

Die Teilnahmebestätigung ist unter www.therapie-aktiv.at abrufbar bzw. kann beim Therapie Aktiv-Team bestellt werden.

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF
„Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Herr/Frau _____

hat im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv die **Patientinnen- und Patientenschulung für insulinpflichtige Patientinnen und Patienten erfolgreich absolviert.**

_____, am _____
Ordnungsstempel, Unterschrift

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF
„Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Herr/Frau _____

hat im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv die **Patientinnen- und Patientenschulung für nicht insulinpflichtige Patientinnen und Patienten erfolgreich absolviert.**

_____, am _____
Ordnungsstempel, Unterschrift

5 Abrechnung

5.1 Erstbetreuung, Weiterbetreuung, Feedback-Gespräch

Abrechnungsvoraussetzungen:

Teilnahme des Patienten an Therapie Aktiv,
jährliche Übermittlung des Dokumentationsbogens;

Positionsnummern für Betreuung

jährliche Valorisierung der Tarife; Pos.Nr. gelten für alle SV-Träger

| Pos. Nr. | Art der Leistung | Anmerkung |
|----------|---|---|
| 641 | Erstbetreuung | wird einmalig bei Aufnahme eines Patienten ins DMP DM2 honoriert; <u>Leistungsdatum</u> : auf dem Dokumentationsbogen vermerktes Datum |
| 642 | Weiterbetreuung (nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Nr. 641 oder 645 verrechnet wird) | maximal einmal pro Folgequartal nach der Erstbetreuung; <u>Leistungsdatum</u> : Datum der Erstkonsultation im Rahmen des DMP DM2 im jeweiligen Quartal |
| 645 | Feedback-Gespräch (nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Nr. 641 oder 642 verrechnet wird) | einmal jährlich; verrechenbar grundsätzlich in jenem Quartal, in dem die Jahresuntersuchung (Folgedokumentation) erfolgt; Beim Gespräch ist nach dem Gesprächsleitfaden der ÄK NÖ (Anlage 16) vorzugehen. |

5.2 Patientenschulung

Die Abrechnung der Schulung erfolgt zentral mit der Österreichischen Gesundheitskasse (unabhängig von SV-Träger-Zugehörigkeit) mittels Abrechnungsformular. Die Patienten bestätigen ihre Teilnahme mit deren Unterschrift.

Adresse: Österreichische Gesundheitskasse
Abteilung GEKO – Therapie Aktiv
Kremser Landstraße 3
3100 St. Pölten

Anlage 15a
„Diabetes Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

Melde-Abrechnungsformular für Patientenschulung nicht-insulinpflichtig: Pos. Nr. 643¹⁾

Durchführende DMP DMD-Arzt: _____

gemeinsam mit einem Diabetesberater bzw. mit einem Diätologen:
Ja Nein

Wenn ja, Name: _____

| Name und Vorname des Patienten | VSNR | zuständiger SV-Träger | erster Tag der Schulung | letzter Tag der Schulung | Unterschrift |
|--------------------------------|------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen die Patienten die Richtigkeit der obigen Angaben und der Teilnahme an der Schulung.

Bestätigung durch den DMP DMD-Arzt durch Stempel und Unterschrift: _____

¹⁾ **Gruppengröße:** 4 bis 12 Patienten. Die Einhaltung der vertraglich festgelegten Gruppengröße ist Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nr. 643.

Vor Durchführung einer Schulung und nach erfolgter Schulung ist das Formular an die Therapie Aktiv-Administration zu übermitteln (Österreichische Gesundheitskasse, Therapie Aktiv, Kremser Landstraße 3, 3100 St. Pölten).

Anlage 15b
„Diabetes Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

Melde-Abrechnungsformular für Patientenschulung insulinpflichtig: Pos. Nr. 644¹⁾

Durchführende DMP DMD-Arzt: _____

gemeinsam mit einem Diabetesberater bzw. mit einem Diätologen:
Ja Nein

Wenn ja, Name: _____

| Name und Vorname des Patienten | VSNR | zuständiger SV-Träger | erster Tag der Schulung | letzter Tag der Schulung | Unterschrift |
|--------------------------------|------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen die Patienten die Richtigkeit der obigen Angaben und der Teilnahme an der Schulung.

Bestätigung durch den DMP DMD-Arzt durch Stempel und Unterschrift: _____

¹⁾ **Gruppengröße:** 3 bis 5 Patienten. Die Einhaltung der vertraglich festgelegten Gruppengröße ist Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nr. 644.

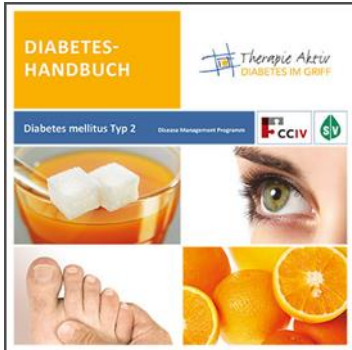
Vor Durchführung einer Schulung und nach erfolgter Schulung ist das Formular an die Therapie Aktiv-Administration zu übermitteln (Österreichische Gesundheitskasse, Therapie Aktiv, Kremser Landstraße 3, 3100 St. Pölten).

Positionsnummern pro Schulungsgruppe (unter Einhaltung der Gruppengröße) jährliche Valorisierung der Tarife

| Pos. Nr. | Art der Leistung | Anmerkung |
|----------|---|---|
| 643 | Gruppenschulung nicht insulinpflichtige Patienten | pro Schulungsgruppe verrechenbar inkl. der Stunden des Diabetesberaters bzw. des Diätologen Einhaltung der Gruppengröße 6-12 Personen |
| 644 | Gruppenschulung insulinpflichtige Patienten | pro Schulungsgruppe verrechenbar inkl. der Stunden des Diabetesberaters bzw. des Diätologen Einhaltung der Gruppengröße 3-5 Personen |

6 Anhang 1

6.1 Informationsmaterial



Patientenhandbuch



Broschüre
„Diabetes im Griff“



Broschüre
„Gesunde Augen“



Broschüre
„Gesunde Füße“

(auch in Englisch, Türkisch,
Bosnisch, Kroatisch, Serbisch)



Plakat (A3) und Merkblatt (A4)
„Fußgymnastik“

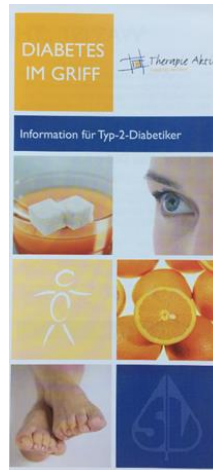
(auch in Türkisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch)



Plakat (A3) und Merkblatt (A4)
„Optimale Fußpflege“



Plakat „Diabetes im Griff“ (A3)



Informationsfolder
(auch in Englisch, Türkisch,
Bosnisch, Kroatisch, Serbisch)

Die Infomaterialien sind unter www.therapie-aktiv.at abrufbar bzw. können beim Therapie Aktiv-Team der ÖGK bestellt werden.

6.2 Formulare

Erst- und Weiterbetreuung

Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Dieses Management Programm „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“

Titel, Vor- und Zuname des Verstorbenen: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Geburtsort (PLZ) (St): _____

Therapie Aktiv ist ein freiwilliges Managementprogramm für Typ-2-Diabetikerinnen zur Verbesserung der Ernährung und Lebensqualität. Die Teilnahme an diesem Programm ist freiwillig und kann jederzeit beendet werden. Die Teilnahme an diesem Programm ist ein freiwilliges Managementprogramm für Typ-2-Diabetikerinnen zur Verbesserung der Ernährung und Lebensqualität. Die Teilnahme an diesem Programm ist freiwillig und kann jederzeit beendet werden.

Ich bestätige, dass ich die Teilnahme an diesem Programm freiwillig bestätige und dass ich die Teilnahme an diesem Programm freiwillig bestätige und dass ich die Teilnahme an diesem Programm freiwillig bestätige.

Datum: _____ Unterschrift des Verstorbenen: _____

Therapie Aktiv DIABETES IM GRIFF ANLAGE 11

ALLGEMEIN
Name: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

ANAMNESE
Diagnose: _____
Dauer der Erkrankung: _____
Medikation: _____

SYMPTOME
Durst: Hunger: Gewichtsverlust:
Bluthochdruck: Herz-Kreislauferkrankung:
Nierenerkrankung: Augenkrankung:
Schilddrüsenerkrankung: Diabetes bei Schwangeren:

LEBENSSTIL
Rauchen: Alkohol:
Sport: Ernährung:

LABORWERTEN
HbA1c: _____
Blutzucker: _____
Cholesterin: _____
Blutdruck: _____

BEHANDLUNG
Medikation: _____
Ernährung: _____
Sport: _____

ZIELVEREINBARUNG
Ziele: _____

UNTERSCHRIFTEN
Patient: _____
Behandler: _____

Teilnahme-/Einwilligungserklärung*
(weitere Sprachen Bosnisch, Englisch, Kroatisch, Serbisch, Türkisch)

Dokumentationsbogen

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihnen bezüglich Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (X) in eine Kästchen jeder Gruppe machen.

Beweglichkeitsfähigkeit
 Ich habe keine Probleme herumzugehen
 Ich habe einige Probleme herumzugehen
 Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen
 Ich habe keine Probleme, mich selbst zu versorgen
 Ich habe einige Probleme, mich selbst zu versorgen oder mich unterstützen
 Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu versorgen oder anzunehmen

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)
 Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/Körperliche Beschwerden
 Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst/Hedergeschäftigkeit
 Ich bin nicht ängstlich oder depressiv
 Ich bin mäßig ängstlich oder depressiv
 Ich bin extrem ängstlich oder depressiv

Lebensqualität EQ-5D

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihnen bezüglich Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (X) in eine Kästchen jeder Gruppe machen.

Beweglichkeitsfähigkeit
 Ich habe keine Probleme herumzugehen
 Ich habe einige Probleme herumzugehen
 Ich bin ans Bett gebunden

Für sich selbst sorgen
 Ich habe keine Probleme, mich selbst zu versorgen
 Ich habe einige Probleme, mich selbst zu versorgen oder mich unterstützen
 Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu versorgen oder anzunehmen

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)
 Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Schmerzen/Körperliche Beschwerden
 Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Angst/Hedergeschäftigkeit
 Ich bin nicht ängstlich oder depressiv
 Ich bin mäßig ängstlich oder depressiv
 Ich bin extrem ängstlich oder depressiv

Lebensqualität EQ-5D VAS

EQ-5D

Zielvereinbarung
Dieses Management Programm Diabetes mellitus Typ 2

Verstehensnummer: _____ Vorname: _____ Zuname: _____

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

HbA1c-Senkung
aktueller HbA1c: _____ mmol/mol (%) vereinbarter HbA1c: _____ mmol/mol (%) bis _____

Blutdruck-Senkung
aktueller Blutdruck: _____ / _____ mmHg vereinbarter Blutdruck: _____ / _____ mmHg bis _____

Reduktion des Tabakkonsums
aktueller Tabakkonsum: _____ Zigaretten/Tag vereinbarter Reduktion auf: _____ Zp/Tag bis _____

Vermehrte Bewegung
Folgende Aktivitäten werden vereinbart:
Aktivität 1: _____ Dauer: _____ Minuten Häufigkeit: _____ mal/Woche
Aktivität 2: _____ Dauer: _____ Minuten Häufigkeit: _____ mal/Woche

Gewichtsreduktion
aktueller Gewicht: _____ kg vereinbarter Gewicht: _____ kg bis _____

Ernährungsumstellung
Bischoff Ernährung wurde folgendes vereinbart: _____

Verlaufskontrolle

| Parameter | aktueller Wert | vereinbarter Wert | aktueller Wert | vereinbarter Wert | aktueller Wert | vereinbarter Wert |
|-------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| HbA1c | mmol/mol (%) | mmol/mol (%) | mmol/mol (%) | mmol/mol (%) | mmol/mol (%) | mmol/mol (%) |
| Blutdruck | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg |
| Tabakkonsum | Zigaretten/Tag | Zigaretten/Tag | Zigaretten/Tag | Zigaretten/Tag | Zigaretten/Tag | Zigaretten/Tag |
| Blutdruck 1 | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg |
| Blutdruck 2 | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg | mmHg |
| Gewicht | kg | kg | kg | kg | kg | kg |

Datum, Unterschrift Patient: _____ Datum, Unterschrift Arzt: _____

ZUSATZINFORMATION ZUR ZIELVEREINBARUNG
Therapie Aktiv - Diabetes im Griff

Sie sind im Behandlungsprogramm „Therapie Aktiv - Diabetes im Griff“ eingeschrieben. Im Programm ist vorgesehen, dass wir gemeinsam sinnvolle medizinische Ziele festlegen:

Erhöhung Bewegung Rauchen Gewicht Blutdruck HbA1c

Diese 6 Erkrankungsfelder bestimmen den Verlauf der Krankheit und haben einen wesentlichen Einfluss auf Komplikationen wie z.B. Erblindung, Amputation. Sichern eine Verbesserung in einzelnen Teilbereichen kann Ihren Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Es kommt dabei nicht darauf an, gleichzeitig für alle Bereiche Ziele festzulegen, sondern sich zunächst vielleicht 2 oder 3 Bereiche auszusuchen, an denen Sie etwas verändern können. Ein konkretes Ziel könnte zum Beispiel sein, dass Sie sich vermehrt körperlich betätigen. Dabei sollten wir zunächst, was Sie bisher gemacht haben, um schrittweise daran arbeiten zu können. Für den Anfang kann es ausreichen zu Fuß zu gehen, statt mit dem Lift zu fahren. Das kann sich steigern auf z.B. täglich 30 Minuten moderate Bewegung wie Spazieren gehen und mehr. Auch die Zeitnahme in der das Ziel erreicht werden soll ist unterschiedlich und individuell zu wählen. Wir werden die gemeinsamen vereinbarten Ziele bei Ihrem nächsten Arztbesuch überprüfen und gegebenenfalls anpassen oder verändern.

Sie bestimmen die Zielvereinbarung mit nach Hause, damit Sie die Ziele immer vor Augen haben und jederzeit nachlesen können. Nur wenn Sie aktiv daran arbeiten, werden Sie Ihr Ziel erreichen, was sich wiederum positiv auf Ihre Erkrankung auswirkt!

Die Ziele können entweder im eigenen oder vorgefertigten Formular „Zielvereinbarung“ ausgefüllt oder im Diabetes-Pass eingetragen werden. Jedemfalls bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift, dass Sie selbst aktiv an der Erreichung der Ziele mitarbeiten werden.

Ihre Mitarbeit ist ein entscheidender Beitrag zur Optimierung der Therapie - sie kommt ausschließlich Ihnen zugute!

Ihr behandelnder Arzt: _____



Zielvereinbarung* inkl. Zusatzinformation*
(Zielvereinbarung auch in Bosnisch, Englisch, Kroatisch, Serbisch, Türkisch)

ODER Diabetes-Pass

Patientenschulung

Anlage 15a
„Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

Melde-/Abrechnungsbogen für
Patientenschulung nicht insulinpflichtig: Pos. Nr. 643¹⁾

Gruppenschulung in Anlehnung an das „Diabetesfor-Model“ gemäß VGP 100/100/100/100/100

durchführende DMP-DiAG-Aztl: _____
gemeinsam mit einem Diabetestherapeuten bzw. mit einem Diabetologen:
ja nein

Wann ja, Name: _____

| Name und Vorname des Patienten | VSNR | zuständiger SV-Träger | erster Tag der Schulung | letzter Tag der Schulung | Unterschrift |
|--------------------------------|------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen die Patienten die Richtigkeit der obigen Angaben und der Teilnahme an der Schulung.

Bestätigung durch den DMP-DiAG-Aztl durch Stempel und Unterschrift: _____

¹⁾ Gruppengröße: 4 bis 12 Patienten: Die Einhaltung der vertraglich festgelegten Gruppengröße ist Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nr. 643! Vor Durchführung einer Schulung und nach erfolgter Schulung ist das Formular an die Therapie Aktiv-Administration zu übermitteln (Österreichische Gesundheitskasse, Therapie Aktiv, Korneuburger Landstraße 3, 3100 St. Pölten)

Anlage 15b
„Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

Melde-/Abrechnungsbogen für
Patientenschulung insulinpflichtig: Pos. Nr. 644¹⁾

Gruppenschulung in Anlehnung an das „Diabetesfor-Model“ gemäß VGP 100/100/100/100/100

durchführende DMP-DiAG-Aztl: _____
gemeinsam mit einem Diabetestherapeuten bzw. mit einem Diabetologen:
ja nein

Wann ja, Name: _____

| Name und Vorname des Patienten | VSNR | zuständiger SV-Träger | erster Tag der Schulung | letzter Tag der Schulung | Unterschrift |
|--------------------------------|------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen die Patienten die Richtigkeit der obigen Angaben und der Teilnahme an der Schulung.

Bestätigung durch den DMP-DiAG-Aztl durch Stempel und Unterschrift: _____

¹⁾ Gruppengröße: 3 bis 9 Patienten: Die Einhaltung der vertraglich festgelegten Gruppengröße ist Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nr. 644! Vor Durchführung einer Schulung und nach erfolgter Schulung ist das Formular an die Therapie Aktiv-Administration zu übermitteln (Österreichische Gesundheitskasse, Therapie Aktiv, Korneuburger Landstraße 3, 3100 St. Pölten)

Melde-/Abrechnungsbogen Patientenschulung

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF
„Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Herr/Frau _____

hat im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv
die **Patientinnen- und Patientenschulung** für
insulinpflichtige Patientinnen und Patienten **erfolgreich absolviert**.

_____ am _____
Ordinationsstempel, Unterschrift

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF
„Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Herr/Frau _____

hat im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv
die **Patientinnen- und Patientenschulung** für
nicht insulinpflichtige Patientinnen und Patienten **erfolgreich absolviert**.

_____ am _____
Ordinationsstempel, Unterschrift

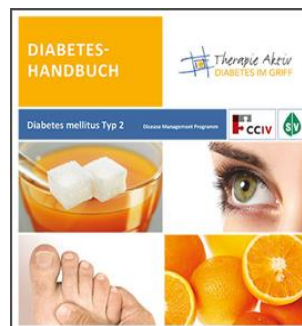
Teilnahmebestätigung für Patient

Die Formulare sind unter www.therapie-aktiv.at abrufbar bzw. können beim Therapie Aktiv-Team der ÖGK bestellt werden.

Schulungsmaterialien



Schulungsmaterial Arzt



Schulungsunterlage Patient
(erhält jeder Patient bei Einschreibung per Post vom Therapie Aktiv-Team der ÖGK)

7 Anhang 2

7.1 Patienteneinschreibung über die GINA-Oberfläche

ecard⁽⁰⁰⁰⁾

[\(H\)ilfe](#)

Startmenü

[Am e-card \(P\)roduktivsystem anmelden](#)

[Am e-card Produktiv\(s\)ystem anmelden \(verschlüsselt\)](#)

[GINA \(k\)onfigurieren](#)

[Systems\(t\)atusinformationen anzeigen](#)

[Weiterführende \(I\)nformationen bzgl. Verschlüsselung](#)

V17.1.1/129.10.12.110 **ecard**⁽⁰⁰⁸⁾

Dr. Maximilian Fischbacher VPNR: 010084
1020 Wien, Ernst-Melchior Gasse 1 / Arzt StNr: 99, FG: 07

11.01.2017 [\(H\)ilfe](#)

Anwendungsmenü

[\(K\)onsultationsverwaltung \(KONV\) starten](#)

[\(A\)rzneimittelbewilligungsservice \(ABS\) starten](#)

[Arbeits\(u\)nfähigkeitsmeldungsservice \(AUM\) starten](#)

[\(D\)okumentationsblattannahmeservice \(DBAS\) starten](#)

[\(T\)herapie Aktiv Verwaltung \(TAV\) starten](#)

[E\(l\)ektronisches Bewilligungs- und Antragservice \(eBS\) starten](#)

[Ele\(k\)tronische Gesundheitsakte \(ELGA\)](#)

[F\(o\)rmularübermittlungsservice \(FUS\) starten](#)

[\(I\)nformationsdienste](#)

[In\(f\)otool zum Erstattungskodex \(DAS - IEKO\) abfragen](#)

[\(N\)achrichten anzeigen](#)

[Übe\(r\)siedlung abschließen](#)

[Allgemeine \(S\)ystemeinstellungen ändern](#)

[Dialog \(b\)eenden](#)

ecard TAV (1300)

Dr. Anna Aicher VPNR: 010442
1070 Wien, Westbahnstr. 56-58 / Arzt ONR: 99, FG: 01

16.05.2017 [\(H\)ilfe](#)

Therapie Aktiv Verwaltung

[E\(i\)nschreibeanfrage für einen Patienten erfassen](#)

[\(A\)usschreibeanfrage für einen Patienten erfassen](#)

[Anfragen \(n\)achverfolgen](#)

[\(B\)etreungsverhältnis eines Patienten abfragen](#)

[Be\(t\)reute Patienten abfragen](#)

[\(Z\)urück zum Anwendungsmenü](#)

e-card TAV (1310) VPNR: 010442
ONR:99, FG:01
[\(H\)ilfe](#)

Dr. Anna Aicher
1070 Wien, Westbahnstr. 56-58 / Arzt
16.05.2017

Einschreibebeanfrage für einen Patienten erfassen

Bitte erfassen Sie die Patientendaten.

SV-Nummer: (S)V-Nummer suchen

oder stecken Sie die e-card in das Kartenlesegerät **KL1 - Schalter A**

KV-Träger:

Fachgebiet:*

Therapie Aktiv Programm:*

Einschreibearbeit:*

Leistungserbringer:

e-card TAV (1312) VPNR:010442
ONR:99, FG:01
[\(H\)ilfe](#)

Dr. Anna Aicher
1070 Wien, Westbahnstr. 56-58 / Arzt
08.01.2010

Einschreibebeanfrage für einen Patienten erfassen

Fam.name: **Herr Mustermann**
Vorname: **Max**
SV-Nummer: **1831010140** Geburtsdatum:**01.01.1940**
KV-Träger: **WGKK**

Zustell- oder Postfachadresse des Patienten:
Hinweis: Bitte eingeben, falls diese von der Meldeadresse abweicht.

Postleitzahl: Ort:

Straße:

Hausnummer: Stock/Türnummer:

Postfachnummer: Postfachtext:

Anschriftzusatz:

Telefon: Email-Adresse:

Kommentar:

e-card TAV (1314) VPNR:010442
ONR:99, FG:01
[\(H\)ilfe](#)

Dr. Anna Aicher
1070 Wien, Westbahnstr. 56-58 / Arzt
23.02.2010

Einschreibebeanfrage für einen Patienten erfassen

Ihre Einschreibebeanfrage wurde am 23.02.2010 erfolgreich eingereicht.

Bitte beachten Sie, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit der Unterschrift des Patienten von Ihnen aufzubewahren ist.

7.2 Dokumentationsbogenübermittlung über die GINA-Oberfläche

Dr. Anna Aicher
1070 Wien, Westbahnstr. 56-58 / Arzt
16.05.2017

ecard (008) VPNR: 010442
ONR:99, FG:01
[\(H\)ilfe](#)

Anwendungsmenü

- [\(K\)onsultationsverwaltung \(KONV\) starten](#)
- [\(A\)rzneimittelbewilligungsservice \(ABS\) starten](#)
- [Arbeits\(u\)nfähigkeitsmeldungsservice \(AIM\) starten](#)
- [\(D\)okumentationsblattannahmeservice \(DBAS\) starten](#)
- [Brustkrebsrisikoerkennung-Dokumentationsservice \(BKF\) starten](#)
- [\(T\)herapie Aktiv Verwaltung \(TAV\) starten](#)
- [\(P\)räoperative Befundung \(PROP\) starten](#)
- [E\(l\)ektronisches Bewilligungsservice \(eBS\) starten](#)

- [\(I\)nformationsdienste](#)
- [\(V\)ersichertendatenabfrage \(VDAS\) starten](#)

- [\(N\)achrichten anzeigen](#)

- [Übe\(r\)siedlung abschließen](#)

- [Allgemeine \(S\)ystemeinstellungen ändern](#)

- [Dialog \(b\)eenden](#)

Dr. Anna Aicher
1070 Wien, Westbahnstr. 56-58
16.05.2017

ecard DBAS (1200) VPNR:010442
ONR:99, FG:01
[\(H\)ilfe](#)

Dokumentationsblattannahme-Service

- [Befundblatt \(A\)llgemeines Programm erfassen](#)
- [Dokumentationsblatt \(M\)ammographie erfassen](#)
- [Dokumentationsblatt \(P\)AP Abstrich erfassen](#)
- [Befundblatt \(K\)oloskopie erfassen](#)

- [Befundblatt für Koloskopie im Rahmen des \(Q\)ualitätszertifikats erfassen](#)
- [Dokumentationsbogen Therapie Aktiv \(D\)M2 erfassen](#)
- [Dokumentationsbogen \(T\)herapie Aktiv PM1 erfassen](#)

- [Befundblatt \(i\)mportieren](#)
- [Empfangsbestätigungen a\(b\)fragen](#)

- [\(Z\)urück zum Anwendungsmenü](#)

e-card DBAS (1250)

Dr. Anna Aicher VPNR:010442
 1070 Wien, Westbahnstr. 56-58 / Arzt ONR:99, FG:01

09.03.2010 [\(H\)ilfe](#)

Dokumentationsbogen Therapie Aktiv DM2 erfassen

Bitte erfassen Sie die Patientendaten.

SV-Nummer:

oder stecken Sie die e-card in das Kartenlesegerät **Reader 0**

e-card DBAS (1251)

Dr. Anna Aicher VPNR:010442
 1070 Wien, Westbahnstr. 56-58 ONR:99, FG:01

16.05.2017 [\(H\)ilfe](#)

Dokumentationsbogen Therapie Aktiv DM2 erfassen

Fam.name: **Herr Mustermann**
 Vorname: **Aldin**
 SV-Nummer: **1912016915** Geburtsdatum: **01.01.1950**

Bitte wählen Sie die zu erfassenden Daten.

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| P(e)rsonendaten | <input type="text" value="n.b."/> | Au(g)en-/Fußuntersuchung | <input type="text" value="n.b."/> |
| A(n)amnese/Lebensqualität | <input type="text" value="n.b."/> | Gemessene (W)erte | <input type="text" value="n.b."/> |
| Sekundärkomplika(t)ionen | <input type="text" value="n.b."/> | (T)herapie/Zielvereinbarungen | <input type="text" value="n.b."/> |
| S(y)mptome | <input type="text" value="n.b."/> | Selbst(k)ontrolle/Diabetes-Schulung | <input type="text" value="n.b."/> |
| Komorbiditäten/(R)auchen | <input type="text" value="n.b."/> | | |

8 Ansprechpartner

8.1 Österreichische Gesundheitskasse

administrative Fragen: **Elisabeth Faktor**, Tel.: 05 0766-123107
Philip Kisser, Tel.: 05 0766-123108
E-Mail: therapie-aktiv-12@oegk.at

Österreichische Gesundheitskasse
Abteilung GEKO, Therapie Aktiv
Kremser Landstraße 3
3100 St. Pölten

medizinische Fragen: **Dr. Susanne Groblschegg**
E-Mail: susanne.groblschegg@oegk.at
Tel.: 05 0766-125303

8.2 Ärztekammer für Niederösterreich

Aus- und Fortbildung: **Beate Nechvatal**
E-Mail: nechvatal@arztnoe.at
Tel.: 01 53751-245

allgemeine Fragen: **Mag. Friederike Frieß**
E-Mail: friess@arztnoe.at
Tel.: 01 53751-286

medizinische Fragen: **MR Dr. Dietmar Baumgartner**
E-Mail: dietmar.baumgartner@arztnoe.at
Tel.: 01 53751-223

8.3 Allgemeine Programminformationen

www.therapie-aktiv.at (Download Formulare unter ÄrztInnen – Service für ÄrztInnen)

www.arztnoe.at (FÜR ÄRZTE – Ärztliche Tätigkeiten – DMP DM2)

www.facebook.com/TherapieAktiv