

3. Zusatzprotokoll

zur Gesamtvertraglichen Vereinbarung – Therapie aktiv in Kärnten vom 17.03.2016 in der Fassung des 2. Zusatzprotokolls vom 26.03.2018, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Kärnten, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung und der Kärntner Gebietskrankenkasse im eigenen Namen und im Namen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter.

Durch dieses Zusatzprotokoll werden folgende Bestimmungen des Vertrages sowie die Anlage 3 und Anlage 4 wie folgt geändert:

II.

§ 12 Honorierung der DMP Betreuung

- (1) Für das DMP-Betreuungsprogramm werden für die **Erstbetreuung** einmalig **€ 60,16** pro Patient und Quartal und für die **laufende Betreuung** von **€ 26,56** pro Quartal und Patient, sofern der Patient im Quartal auf Grund seiner Diabeteserkrankung behandelt wurde, honoriert. Die Abrechnung der laufenden Betreuung ist erst im Folgequartal der Erstbetreuung möglich. Mit diesem Betrag sind auch die Kosten für die Einhaltung der Strukturkriterien und sämtlicher Verwaltungsaufwand abgegolten. Zur Abrechnung berechtigt sind jene Ärzte, die die Voraussetzung gemäß § 8 erfüllen. Die Abrechnung kann nach Erfüllung der Voraussetzungen frühestens mit Beginn des nächsten Quartales erfolgen. Als Verrechnungsposition stehen für die Kärntner § 2 Kassen die Position DMP1 für die Erstbetreuung und die Position DMP2 für die laufende Betreuung zur Verfügung.

III.

Die übrigen Bestimmungen der Vereinbarung bleiben unverändert. Dieses Zusatzprotokoll ist integrierter Bestandteil der Vereinbarung.

III.

Dieses Zusatzprotokoll tritt rückwirkend mit 01.01.2019 in Kraft.

Klagenfurt am 21. JAN. 2019

In Vollmacht der in § 2 angeführten Krankenversicherungsträger:
Kärntner Gebietskrankenkasse



Dr. Johann Linther
Direktor



Georg Steiner, MBA
Obmann

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung



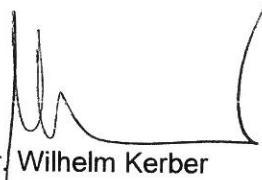
Dr. Alexander Biach
Verbandsvorsitzender



Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor Stellvertreter

Für die Ärztekammer für Kärnten

Der Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte:



Vizepräs. Dr. Wilhelm Kerber



Die Präsidentin



Dr. Petra Preiss

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 Teilnahmestatus samt Name, Sozialversicherungsnummer und Sozialversicherungsträger informiert wird.

Beendigung/Widerruf der Programmteilnahme bzw. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich kann die Programmteilnahme bzw. die Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meinem Arzt oder bei der Therapie Aktiv Administrationsstelle (Kärntner Gebietskrankenkasse, Kempfstraße 8, A-9021 Klagenfurt, Tel.-Nr. 050 5855-5002, E-Mail: kaernten@therapie-aktiv.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 KGKK (Kempfstraße 8, A-9021 Klagenfurt, Datenschutzbeauftragter: dsb@kgkk.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.kgkk.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.

Beitrittserklärung

Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“

Titel, Vor- und Zuname

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

Vertragspartnernummer

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

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 Grundausstattung 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
 - Harnstreifen Mikroalbumintest
- Folgende Arzneimittel sind jedenfalls vorrätig:
 - Kochsalzlösung
 - Glukoselösung 10%
 - Schnellwirksames Insulin
- Medizinisches Verbrauchsmaterial ist in ausreichender Menge vorhanden.
- Für medizinisch-technische Apparate liegen Gerätebücher auf. Alifällige 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 Programtteilnahme

Die Programtteilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen bei der Therapie Aktiv Administrationsstelle (Kärntner Gebietskrankenkasse, Kempfstraße 8, A-9021 Klagenfurt, Tel.-Nr. 050 5855-5002, E-Mail: kaernten@therapie-aktiv.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 zur Information an Therapie Aktiv Interessierte sowie zur Kontaktaufnahme durch ProgramtteilnehmerInnen veröffentlicht werden. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an kaernten@therapie-aktiv.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 kaernten@therapie-aktiv.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 KGKK (Administrationsstelle Therapie Aktiv, Kempfstraße 8, A-9021 Klagenfurt, E-Mail: kaernten@therapie-aktiv.at, Datenschutzbeauftragter: dsb@kgkk.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.kgkk.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 unter anderem 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.