

Anlage 3 - Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V
Asthma zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen

Teilnahmeerklärung des Arztes/anstellenden Arztes zum Behandlungsprogramm Asthma bronchiale

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Bezirksgeschäftsstelle

Postfach

(PLZ) (Ort)

Teilnahmeerklärung am Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Asthma bronchiale

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms Asthma informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben und Kooperationsregeln des Abschnitt II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe, zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen zu lassen und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht, - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen
- gegenüber der KVS nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVS in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 4 des DMP-Vertrages), der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm Asthma“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsbögen und Verwendung der Dokumentationsbögen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (die Verwendung der erhobenen Dokumentationsdaten nach diesem Vertrag durch Dritte ist ausgeschlossen).

Ich und die bei mir angestellten Ärzte, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, erklären sich einverstanden über:

- die Veröffentlichung ihrer Daten gemäß „Leistungserbringerverzeichnis“ Asthma und
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen, an die Datenstelle, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten sowie
- die Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass:

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und die Kündigungsfrist vier Wochen zum Ende des Quartals beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit oder mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.
4. Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend dieses Vertrages von mir gegenüber der KVS nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen nehme ich teil.

□□□□□□

ab Datum

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____ (LANR)

1. **koordinierender Vertragsarzt** gemäß § 3 des Vertrages für Erwachsene
2. **koordinierender Vertragsarzt** gemäß § 3 des Vertrages für Kinder und Jugendliche

3. **pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt** gemäß § 4 des Vertrages für Erwachsene

in Einzelfällen koordinierend

4. **pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt** gemäß § 4 des Vertrages für Kinder und Jugendliche

in Einzelfällen koordinierend

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen:

1. _____ als koord. Arzt als FA
Name, Vorname, Titel [LANR] [(N)BSNR]

2. _____ als koord. Arzt als FA
Name, Vorname, Titel [LANR] [(N)BSNR]

3. _____ als koord. Arzt als FA
Name, Vorname, Titel [LANR] [(N)BSNR]

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

a) _____ [(N)BSNR]

b) _____ [(N)BSNR]

c) _____ [(N)BSNR]

d) _____ [(N)BSNR]

Ich möchte im Rahmen des DMP-Vertrages Patientenschulungen durchführen:

ja nein

Der für die Schulungen notwendige separate Schulungsraum sowie das für die Schulung qualifizierte nichtärztliche Personal sind vorhanden.

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 21 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 21 des Vertrages,
 - der Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR,
 - der Gemeinsamen Einrichtung DMP Sachsen GbR sowie
 - den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden
- spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 21 des Vertrages,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und,
2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 10 der DMP-A-RL an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich über die genauen Vertragsinhalte (über Abdruck/Internetseite o. a.) zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR, die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR und die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel