

## **Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/ Medizinischen Versorgungszentrums/ ermächtigten Arztes zum Behandlungsprogramm „Asthma/ COPD“**

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V – Asthma/ COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Schwachhauser Heerstr. 26/28  
28209 Bremen

### **Teilnahmeerklärung am Programm Asthma/ COPD**

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der strukturierten Disease-Management-Programme informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung der Disease-Management-Programme Asthma und COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und den Krankenkassen und ihrer Verbände nehme ich teil. Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 10, der Aufgaben des Abschnitts II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VI und VII.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, 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 (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne und den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige,
- den in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/ Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringe, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
  - ärztliche Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
  - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Personendaten Drittererfüllen.
  - Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage 4a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisadresse in dem gesonderten Verzeichnis "Teilnehmer am Behandlungsprogramm Asthma bzw. COPD",
- der Weitergabe der Leistungserbringerverzeichnisse "Teilnehmer am Asthma bzw. COPD" an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), die Datenstelle, die teilnehmenden stationären Einrichtungen, an die Rehabilitationseinrichtungen und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsbögen und Verwendung der Dokumentationsbögen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im Verzeichnisses „Teilnehmer am Asthma und/oder COPD
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen gem. § 15 eingeleitet werden.
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 und § 4 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVHB bzw. den Krankenkassen nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma/ COPD im Rahmen des Vertrages zwischen der KVHB und den Krankenkassen nehme ich teil

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“)
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“)

Meine lebenslange Arztnummer lautet: \_\_\_\_\_

LANR

**1. Ich möchte als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungsektors (§ 3 DMP-Vertrag)**

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

**teilnehmen.**

**2. Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des fachärztlichen Versorgungssektors (§ 4 DMP-Vertrag)**

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

teilnehmen.

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

- a) \_\_\_\_\_ (BSNR)  
 b) \_\_\_\_\_ (BSNR)  
 c) \_\_\_\_\_ (BSNR)  
 d) \_\_\_\_\_ (BSNR)

Gleichzeitig genehmige ich hiermit den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 25 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft DMP Bremen
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bremen sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 25 des Vertrages

- mit der Überprüfung der von mir erstellten Dokumentationen und der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen auf Vollständigkeit und Plausibilität, ggf. Nachforderung zur Korrektur,
- die Datensätze gemäß Anlage 2 i.V.m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV an die Krankenkassen oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich beauftrage die Kassenärztliche Vereinigung Bremen mit der Wahrnehmung der Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der von mir an die Datenstelle übertragenen Aufgaben.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt (Abdruck/ Internetseite o.a.) zu informieren.

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers