

Anlage 5: Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes / Medizinischen Versorgungszentrums / ermächtigten Arztes zum Behandlungsprogramm „Diabetes mellitus Typ 2“

zu dem Vertrag nach § 73a SGB V über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ 2 Diabetikern zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26-28
28209 Bremen

Teilnahmeerklärung am Programm Diabetes mellitus Typ 2

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Das Praxis-Manual habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 10, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben gemäß Abschnitt II.

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 und
- 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 in der Anlage 5a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse 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 Personendaten an Dritteerfüllen.

- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage 5a (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 Anschrift im Leistungserbringerverzeichnis“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer,, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung und der Evaluation gemäß Abschnitt IV und IX des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 5a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im Verzeichnisses „Teilnehmer am Vertrag Diabetes mellitus Typ 2“,
- 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 der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen gem. § 14 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 Diabetes mellitus Typ 2 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 Versorgungssektors gemäß § 3 des Vertrages teilnehmen.

2. Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des fachärztlichen Versorgungssektors gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen.

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

a) _____ [BSNR]

b) _____ [BSNR]

c) _____ [BSNR]

d) _____ [BSNR]

Datenstellenbeauftragung

Ich genehmige hiermit den in meinem Namen mit der gemeinsamen Datenstelle geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die gemeinsame Datenstelle,

- die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
- die Datensätze gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 RSAV an die Krankenkasse 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.

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
Leistungserbringer