

Anlage 5: Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes / Medizinischen Versorgungszentrums / ermächtigten Arztes zum DMP „Asthma/COPD“

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V für die Diagnose Asthma/COPD zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Schwachhauser Heerstr. 26/28

28209 Bremen

Teilnahmeerklärung am DMP Asthma/COPD

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte und Rahmenbedingungen der strukturierten Disease-Management-Programme (DMP) Asthma/COPD informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Asthma/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) und den Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil. Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 8, Kooperationsregeln gemäß Abschnitt II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des DMP, 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 der EU-DGSVO; des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung unterrichte, den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne und den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige,

- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche oder elektronische Einwilligung (Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. Anlage 5) des Patienten einhole,
- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/ Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zum DMP zukommen lasse und sicherstelle, dass diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) sowie Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Personendaten an Dritteerfüllen.

Die bei mir angestellten Ärzten und ich sind einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Angaben gemäß Anlage 5a und 5b des o.g. Vertrages in dem gesonderten Leistungserbringerverzeichnis und im Internet (Arztauskunft KV Bremen)
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die am DMP teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE), an die Datenstelle, an die Krankenkassen/- verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung dieser für die Qualitätssicherung und der Evaluation gemäß Abschnitt VII und IV des Vertrags unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

Hinweis: Die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im „Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale“ bzw. im Leistungserbringerverzeichnis „COPD“ kann jederzeit widerrufen werden. Mit dem Zugang des Widerrufs bei der KV Bremen endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen gem. § 11 eingeleitet werden.
- die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Asthma/COPD zwischen der KVHB und den Krankenkassen nehme ich teil

☐ persönlich

☐ im Rahmen einer Zulassung

☐ im Rahmen einer Ermächtigung

☐ durch angestellte Ärzte

☐ persönlich und durch angestellte Ärzte

Vor- und Nachname: _____

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

LANR

Vor- und Nachname des angestellten Arztes: _____

Lebenslange Arztnummer des angestellten Arztes lautet: _____

LANR

DMP Asthma

1. Ich möchte teilnehmen als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors (1. Versorgungsebene)

gemäß § 3 Abs. 2 als an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmender Arzt (Erklärung für Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte; hausärztliche Internisten) und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 1a. ☐

oder

Ich möchte teilnehmen als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors (1. Versorgungsebene)

gemäß § 3 Abs. 2 als an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmender **Facharzt für Kinder und Jugendmedizin** und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 1a. ☐

oder

2. Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen (2. Versorgungsebene) und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 2a. ☐

oder

Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 des Vertrages als Facharzt für Kinder- und Jugendliche teilnehmen (2. Versorgungsebene) und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 2a. ☐

DMP COPD

Ich möchte teilnehmen als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors (1. Versorgungsebene)

gemäß § 3 Abs. 2 als an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmender Arzt (Erklärung für Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte; hausärztliche Internisten) und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 1b. ☐

oder

2. Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen (2. Versorgungsebene) und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 2b. ☐

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

a) _____ [BSNR] b) _____ [BSNR]
c) _____ [BSNR] d) _____ [BSNR]

4. Ich möchte Patientenschulungen durchführen; die entsprechenden Fortbildungszertifikate für mich und mein Praxispersonal lege ich bei. Die dafür erforderliche Strukturqualität gemäß der Anlage 1a/1b bzw. 2a/2b wird erfüllt. ☐

Der Antrag zur Durchführung und Abrechnung von Patientenschulungen/Instruktionen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137 f SGB V ist beigefügt

Gleichzeitig genehmige ich hiermit den in meinem Namen mit der Gemeinsamen Datenstelle gemäß § (20) geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Gemeinsamen Datenstelle nach § 20 des Vertrages,
- der Bremischen Arbeitsgemeinschaft DMP
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bremen sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Gemeinsame Datenstelle nach § 22 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 20 der DMP-A-RL an entsprechende Stellen weiterzuleiten.

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

Ich habe mich auf der Internetseite der KVHB umfassend und vollständig über den genauen Vertragsinhalt zum DMP Asthma bzw. COPD sowie meine Pflichten und Verantwortlichkeiten informiert und bestätige hiermit, den Inhalt zur Kenntnis genommen und die für meine Teilnahme relevanten Unterlagen sowie das Praxismanual über die Internetseite der KVHB erhalten zu haben. ☐

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung des Antrags frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden kann.

Aus den vorgenannten Gründen verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

(bei angestellten Ärzten: Unterschrift des
anstellenden Arztes bzw. des MVZ- Leiters)