

Anlage 4: Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/ Medizinischen Versorgungszentrums/ ermächtigten Arztes zum Behandlungsprogramm

„Asthma bronchiale/ COPD“

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V – Asthma bronchiale/ COPD (im Folgenden DMP-Vertrag) – zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28
28209 Bremen

Teilnahmeerklärung am Programm Asthma bronchiale/ 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 zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am „Vertrag zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V für die Indikationen Asthma bronchiale sowie COPD“ zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) 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 der EU-DSGVO, des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung 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 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) sowie Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Personendaten Dritter erfüllen.
- gegenüber der KVHB mit der Anlage 4a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVHB 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 Angaben gemäß § 9 Abs.1 des o.g. Vertrages in dem gesonderten Verzeichnis "Teilnehmer am Behandlungsprogramm Asthma bzw. COPD",
- der Weitergabe der Leistungserbringerverzeichnisse "Teilnehmer am Behandlungsprogramm Asthma bzw. COPD" an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), die Gemeinsame 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 Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Asthma und/ oder COPD“
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das BVA, die Gemeinsame Datenstelle, die teilnehmenden stationären Einrichtungen und an die teilnehmenden Versicherten,

die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der geltenden 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 Quartals
- die 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.

a) Ich möchte als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors (§ 3 DMP-Vertrag)

- a. gemäß § 3 Abs. 2 als an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmender Arzt (Erklärung für Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin)
- b. gemäß § 3 Abs. 3 als an der fachärztlichen Versorgung tätiger Internist (ohne Schwerpunkt)
- teilnehmen.**

Ich erkläre meine Teilnahme

- am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale
- am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

Ich bin Facharzt für Kinder und Jugendmedizin

b) Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 dieses Vertrages

- am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale
- am strukturierten Behandlungsprogramm COPD
- teilnehmen.**

Ich bin Facharzt für Kinder und Jugendmedizin

Ich möchte im Ausnahmefall koordinierend tätig sein (§ 3 Abs. 4 DMP-Vertrag)

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

- a) _____ (BSNR)
- b) _____ (BSNR)
- c) _____ (BSNR)
- d) _____ (BSNR)

3. Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 11 a und 11 b DMP-Vertrag durchführen; die entsprechenden Fortbildungszertifikate für mich und mein Praxispersonal lege ich bei

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

- der Gemeinsamen Datenstelle,
- der Bremischen Arbeitsgemeinschaft DMP
- 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. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL an die Krankenkassen oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich beauftrage die KVHB 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