

Anlage 3 - Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

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

Teilnahmeerklärung des Arztes/anstellenden Arztes zum Behandlungsprogramm Osteoporose

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Ressort Qualität/116 117 Sachsen
FB Qualitätssicherung
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig

Teilnahmeerklärung am Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Osteoporose

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms Osteoporose 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 Osteoporose im Rahmen des Vertrages zwischen der KV Sachsen und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der vertraglichen Regelungen, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 12, 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 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 und datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen
- gegenüber der KV Sachsen nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Sachsen in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere sowie

- die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungsangebote der einzelnen Krankenkassen informiere,
- die von mir und der Versicherten unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung, spätestens zusammen mit der vollständigen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 der DMP-A-RL an die Datenstelle weiterleite.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 4 des DMP-Vertrages),
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm Osteoporose“ an die teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS), an die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden und teilnahmewilligen Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gem. Abschnitt IX und die Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach der DS GVO (die Verwendung der erhobenen Dokumentationsdaten nach diesem Vertrag durch Dritte ist ausgeschlossen).

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

- die Veröffentlichung ihres Namens sowie deren Berechtigungen im Rahmen des DMP gemäß „Leistungserbringerverzeichnis“ nach § 11 des Vertrages und
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS), den Landesprüfdienst, an die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen und an die teilnehmenden und teilnahmewilligen Versicherten sowie
- die Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gem. Abschnitt IX und die Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach der DS GVO (die Verwendung der erhobenen Dokumentationsdaten nach diesem Vertrag durch Dritte ist ausgeschlossen).

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 § 15 sanktioniert werden,
4. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend dieses Vertrages von mir gegenüber der KV Sachsen nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Osteoporose im Rahmen des Vertrags zwischen der KV Sachsen und den Krankenkassen

nehme ich teil:

- persönlich
- durch angestellte Ärzte
- persönlich und durch angestellte Ärzte

und

- erfülle die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen der Anlage 1 (Strukturvoraussetzungen „Koordinierender Arzt“) und/oder der Anlage 2 (Strukturvoraussetzung qualifizierter Facharzt)- persönlich oder durch angestellte Ärzte - vollständig.

Meine lebenslange Arztnummer (LANR) lautet:

Teilnahme als:

- koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrages**

oder

- fachärztliche Versorgung gemäß § 5**

- zusätzlich koordinierend nach § 3 des Vertrages (im Ausnahmefall)**

oder

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) teilnehmen:

a) _____ (BSNR)

b) _____ (BSNR)

c) _____ (BSNR)

d) _____ (BSNR)

Ich möchte im Rahmen des DMP-Vertrages Patientenschulungen durchführen:

- ja
- nein

Der für die Schulungen notwendige separate Schulungsraum sowie die im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen zur Durchführung von Schulungen im Videoformat und ggf. das für die Schulung qualifizierte nichtärztliche Personal sind vorhanden.

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

1. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [(N)BSNR]	□□□□□□ ab Datum
2. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [(N)BSNR]	□□□□□□ ab Datum
3. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [(N)BSNR]	□□□□□□ ab Datum

Ich beauftrage die Datenstelle nach § 26 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 2 i.V.m. Anlage 20 der DMP-A-RL an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

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

Ort, Datum

Unterschrift 1. Angestellter Arzt und Vertragsarztstempel

Ort, Datum

Unterschrift 2. Angestellter Arzt und Vertragsarztstempel