Anlage 3 - Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

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

Teilnahmeerklärung des Arztes/anstellenden Arztes zum Behandlungsprogramm

Asthma bronchiale

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

Teilnahmeerklärung am Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Asthma bronchiale

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

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, 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 sozialrechtlichen 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 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 KVS nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVS in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere sowie

- die Patientin 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 4 der DMP-A-RL an die Datenstelle weiterleite.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift, meiner lebenslangen Arztnummer sowie Betriebsstättennummer, der Schulungsberechtigung und der Kennzeichnung gemäß §§ 3 und/oder 4 des Vertrages in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm Asthma),
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm Asthma“ an die teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), an die teilnehmenden stationären Einrichtungen, den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation und Verwendung der Dokumentationsbögen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages 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 § 8 des Vertrages und
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), den Landesprüfdienst, an die teilnehmenden stationären Einrichtungen den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten sowie
- die Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen insbesondere nach DS-GVO.

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 § 12 sanktioniert werden.
4. Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend dieses Vertrages von mir gegenüber der KVS nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen nehme ich teil.

☐ **persönlich**

☐ **durch angestellte Ärzte**

☐ **persönlich und durch angestellte Ärzte**

Meine lebenslange Arztnummer lautet:_____(LANR)

und

☐ erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - vollständig.

Die entsprechenden Nachweise

☐ liegen der KVS vor ☐ sind in Kopie beigefügt

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an:
Versorgungsstruktur

1. ☐ **koordinierender Vertragsarzt** gemäß § 3 des Vertrages für Erwachsene

2. ☐ **koordinierender Vertragsarzt** gemäß § 3 des Vertrages für Kinder und Jugendliche

3. ☐ **pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt** gemäß § 4 des Vertrages für Erwachsene

☐ zusätzlich koordinierend nach § 3 des Vertrages (im Ausnahmefall)

4. ☐ **pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt** gemäß § 4 des Vertrages für Kinder und Jugendliche

☐ zusätzlich koordinierend nach § 3 des Vertrages (im Ausnahmefall)

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 das für die Schulung qualifizierte nichtärztliche Personal sind vorhanden. Mir ist außerdem bekannt, dass zur Durchführung der Schulungen im Videoformat eine zusätzliche Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Videosprechstunde notwendig ist. Die hierfür notwendige separate Antragsstellung ist erfolgt.

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

a) _____ [(N)BSNR]

b) _____ [(N)BSNR]

c) _____ [(N)BSNR]

d) _____ [(N)BSNR]

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung 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 verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 21 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 21 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR,
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Sachsen GbR sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 21 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 10 der DMP-A-RL an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich über die genauen Vertragsinhalte (über Abdruck/Internetseite o. a.) zu informieren.

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
Ort, Datum	Unterschrift 3. angestellter Arzt und Vertragsarztstempel