
Anlage 4 Teilnahmeerklärung Ärzte

zur Vereinbarung zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V
Asthma bronchiale/COPD
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen in Hessen

Teilnahmeerklärung des Arztes

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Name, Vorname, Titel (in Blockschrift)	Lebenslange Arztnummer
--	------------------------

Ich habe mich umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma bronchiale und/oder COPD informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 10 dieses Vertrages i.V.m. Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern und den von mir, auf der Grundlage dieses Vertrages behandelten Versicherten, 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 datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle bzw. die Krankenkassen vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche oder elektronische¹ Einwilligung des Patienten einhole und den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung unterrichte.
- den in der Anlage 5a/b (Anlage „Ergänzungserklärung Ärzte“) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis / meinem MVZ Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu diesem DMP zukommen lasse und gewährleiste, dass diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit beachten und
 - Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle bzw. die Krankenkassenerfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage 5a/b „Ergänzungserklärung Ärzte“ 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.

¹ Hinweis: Die elektronische Übermittlung ist möglich, sobald die technischen, datenschutzrechtlichen und prozessualen Voraussetzungen zur Umsetzung geschaffen sind.

Ich bin unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen mit

- der Veröffentlichung
 - meines Namens,
 - der Kontaktdaten meiner Betriebsstätte(n), in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
 - meiner lebenslangen Arztnummer und Betriebsstättennummer,
 - meiner angestellte(n) Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen sowie
 - den mir im Rahmen des DMP zugewiesenen Berechtigungen
- in dem gesonderten Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale bzw. COPD (auch im Internet),
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an andere teilnehmende Ärzte, an die Vertragspartner, an das (BAS), teilnehmende stationäre Einrichtungen/Kooperationszentren und an die teilnehmenden Versicherten entsprechend § 8 dieses Vertrages,
- der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des DMP-Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 5a bzw. 5b (Anlage „Ergänzungserklärung Ärzte“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung
 - ihres Namens,
 - der Kontaktdaten(en) ihrer Betriebsstätte(n), in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden),
 - ihrer lebenslangen Arztnummer und Betriebsstättennummer,
 - den ihnen im Rahmen des DMP zugewiesenen Berechtigungen
- die Weitergabe dieses Verzeichnisses an andere teilnehmende Ärzte, an die Vertragspartner, an das (BAS), teilnehmende stationäre Einrichtungen/Kooperationszentren und an die teilnehmenden Versicherten entsprechend § 8 dieses Vertrages,
- die Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des DMP-Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem DMP-Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist vier Wochen zum Quartalsende beträgt,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen gemäß § 12 durch die Vertragspartner ergriffen werden,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen entsprechend den Anlagen 1a/b, 2a/b des DMP-Vertrages von mir auch für die bei mir angestellten Ärzte gegenüber der KV Hessen nachzuweisen sind.

Datenstellenbeauftragung

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 24 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 24 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft nach § 21,
- der Gemeinsamen Einrichtung nach § 22 und

- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen der DMP Asthma bronchiale und/oder COPD erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität (ggf. Nachforderung zur Korrektur), zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL i.S.d. § 25 Abs. 2 RSAV an die jeweilige Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Mir ist bekannt, dass ich zu einer elektronischen, plausibilitätsgeprüften Datenerfassung und Weiterleitung der Daten per E-Mail an die Datenstelle verpflichtet bin.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, COPD und Diabetes mellitus Typ 2 in Hessen GbR und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, COPD und Diabetes mellitus Typ 2 in Hessen 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.

DMP Asthma bronchiale

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

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Ärzte“)
- persönlich **und** durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Ärzte“)

1. Ich möchte als **koordinierender Arzt gemäß § 3** des Vertrages teilnehmen. (ggf. ankreuzen)*
2. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4** (Ausnahmefall) des Vertrages teilnehmen und eine Koordinierungsfunktion übernehmen. (ggf. ankreuzen)*
3. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 4** des Vertrages teilnehmen, aber keine Koordinierungsfunktion übernehmen. (ggf. ankreuzen)*
4. Ich möchte für folgende Hauptbetriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) am DMP Asthma bronchiale teilnehmen: (ggf. ankreuzen)*
 - a) BSNR des Hauptsitzes: _____ ab Datum: _____
 - b) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): _____ ab Datum: _____
 - c) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): _____ ab Datum: _____
 - d) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): _____ ab Datum: _____

DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms COPD im Rahmen des Vertrages zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und den Krankenkassen nehme ich teil.

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Ärzte“)
- persönlich **und** durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Ärzte“)

* mit dem Ankreuzen des jeweiligen Feldes wählt der teilnehmende Arzt den Versorgungsbereich aus.

1. Ich möchte als koordinierender Arzt gemäß § 3 des Vertrages teilnehmen. (ggf. ankreuzen)*
2. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4** (Ausnahmefall) des Vertrages teilnehmen und eine Koordinierungsfunktion übernehmen. (ggf. ankreuzen)*
3. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 4** des Vertrages teilnehmen, aber keine Koordinierungsfunktion übernehmen. (ggf. ankreuzen)*
4. Ich möchte für folgende Hauptbetriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) am DMP COPD teilnehmen: (ggf. ankreuzen)*
 - a) BSNR des Hauptsitzes: _____ ab Datum: _____
 - b) BSNR (Nebenbetriebsstätte): _____ ab Datum: _____
 - c) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): _____ ab Datum: _____
 - d) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): _____ ab Datum: _____

DMP Schulungen Asthma bronchiale/COPD

Ich möchte im Rahmen meiner Teilnahme am DMP Asthma bronchiale/COPD folgende Schulungen für Patienten gem. § 20 des Vertrages durchführen (ggf. ankreuzen)*:

1. **Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., AGAS – einschließlich ASEV-Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung**

(Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung, www.asthmaschulung.de)

2. **NASA** (Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker, eine Fortentwicklung bzw. Variation von AFAS = Ambulante Fürther Asthmaschulung)

(Deutsche Atemwegsliga, www.atemwegsliga.de)

3. **MASA** (Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (A5))

(Bundesverband der Pneumologen, www.pneumologenverband.de)

4. **COBRA** (Umbenennung von AFBE = Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem)

(Deutsche Atemwegsliga, www.atemwegsliga.de)

5. **Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell (C2)**

(Bundesverband der Pneumologen, www.pneumologenverband.de)

Für den Antrag auf Abrechnungsgenehmigung werden folgende Zertifikate für das jeweilige Schulungsprogramm benötigt:

- Teilnahmebestätigung des jeweiligen Schulungsanbieters für den Schulungsarzt
- Ggf. Teilnahmebestätigung des jeweiligen Schulungsanbieters für das nichtärztliche Schulungspersonal.

* mit dem Ankreuzen des jeweiligen Feldes wählt der teilnehmende Arzt den Versorgungsbereich aus.

Erklärung

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Inhalt der Vereinbarung zum DMP Asthma bronchiale und/oder COPD zu informieren.

Ich erkläre, dass ich alle Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend dem gewählten Versorgungsbereich und den gewählten Schulungsprogrammen erfülle.

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages Asthma bronchiale und/oder COPD.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des (ggf. anstellenden) Arztes