
Anlage 4 Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

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 Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und/oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

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 zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und die Einhaltung der Kooperationsregeln gemäß § 10 in Verbindung mit der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL. in der jeweils gültigen Fassung, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitt 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 Strafgesetzbuch (StGB) gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) 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 und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole und den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte.
- den in der Anlage 5a/b (Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis / Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu diesem DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ 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.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 8 dieses Vertrages,
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an andere teilnehmenden Ärzte, an die Vertragspartner, an das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten entsprechend § 8 dieses Vertrages,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

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

- die Veröffentlichung ihres Namens im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 8 dieses Vertrages
- die Weitergabe dieses Verzeichnisses an andere teilnehmende Ärzte, an die Vertragspartner, an das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten entsprechend § 8 dieses Vertrages,
- die Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende,
- 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 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 Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und/oder COPD erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. der Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

Mir ist bekannt, dass ich zu einer elektronischen, plausibilitätsgeprüften Datenerfassung und Weiterleitung der Datenträger oder 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 Leistungserbringer“)
 persönlich **und** durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)

Ich erkläre meine Teilnahme auf folgenden Versorgungsebenen:

1. Ich möchte auf der ersten Versorgungsebene teilnehmen, als koordinierender	
a.) Arzt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt gemäß § 3 Abs. 2 des Vertrages	<input type="checkbox"/>
b.) Facharzt für Innere Medizin § 3 Abs. 4 des Vertrages	<input type="checkbox"/>
c.) Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 3 Abs. 4 des Vertrages	<input type="checkbox"/>
2. Ich möchte auf der zweiten Versorgungsebene teilnehmen, als	
Facharzt gemäß § 4 Abs. 2 des Vertrages	<input type="checkbox"/>
Facharzt/Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>
3. Ich möchte auf der ersten und zweiten Versorgungsebene teilnehmen,	
gemäß § 3 und § 4 des Vertrages	<input type="checkbox"/>

Ich möchte für folgende Hauptbetriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte(n) am DMP Asthma teilnehmen:

- a) BSNR des Hauptsitzes
b) NBSNR (Nebenbetriebsstätte)
c) NBSNR (Nebenbetriebsstätte)

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

Ich erkläre meine Teilnahme auf folgenden Versorgungsebenen:

Ich möchte auf der ersten Versorgungsebene teilnehmen, als koordinierender	
a.) Arzt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt gemäß § 3 Abs. 2 des Vertrages	<input type="checkbox"/>
b.) Facharzt für Innere Medizin § 3 Abs. 4 des Vertrages	<input type="checkbox"/>
c.) Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 3 Abs. 4 des Vertrages	<input type="checkbox"/>
2. Ich möchte auf der zweiten Versorgungsebene teilnehmen, als	
Facharzt gemäß § 4 Abs. 2 des Vertrages	<input type="checkbox"/>
3. Ich möchte auf der ersten und zweiten Versorgungsebene teilnehmen,	
gemäß § 3 und § 4 des Vertrages	<input type="checkbox"/>

Ich möchte für folgende Hauptbetriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte(n) am DMP COPD teilnehmen:

- a) BSNR des Hauptsitzes
b) NBSNR (Nebenbetriebsstätte)
c) NBSNR (Nebenbetriebsstätte)

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

1. Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung, www.asthmaschulung.de)	<input type="checkbox"/>
2. NASA (Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker, eine Fortentwicklung bzw. Variation von AFAS = Ambulante Fürther Asthmaschulung) (Deutsche Atemwegsliga, www.atemwegsliga.de)	<input type="checkbox"/>
3. MASA (Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker) (Bundesverband der Pneumologen, www.pneumologenverband.de)	<input type="checkbox"/>
4. COBRA (Umbenennung von AFBE = Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem) (Deutsche Atemwegsliga, www.atemwegsliga.de)	<input type="checkbox"/>
5. Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell (Bundesverband der Pneumologen, www.pneumologenverband.de)	<input type="checkbox"/>

Für die Bearbeitung der Genehmigung werden folgende Zertifikate für das jeweilige Schulungsprogramm benötigt:

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

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 die Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag erfülle.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel des (ggf. anstellenden) Leistungserbringers