

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken

Teilnahmeerklärung am gemeinsamen Disease-Management- Programm Asthma der AOK, KNAPPSCHAFT, IKK, SVLFG und Ersatzkassen im Saarland

LANR.....

Name, Vorname.....

Straße, Hausnummer.....

PLZ..... **Praxisort**.....

Tel.-Nr.....

Ich bin über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale 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 vom 01.04.2019 zur Umsetzung des DMP Asthma bronchiale zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den vertragsschließenden obengenannten Kassen nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, 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 Strafgesetzbuch gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften 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 ihm jeweils eine Ausfertigung der Dokumentationsdaten übergeben werde,
- den in der Anlage 4.2 (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP er-

bringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lassen und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur

- ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland mit der Anlage 4.2 (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) 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.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung der im gesonderten Arztverzeichnis gemäß Anlage 5 des DMP-Vertrages enthaltenen Angaben zu meiner Person,
- der Weitergabe dieses gesonderten Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Kassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 4.2 genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im Arztverzeichnis,
- die Weitergabe dieses Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Kassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
- die Evaluation der Dokumentationen und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag beim Ruhen oder mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit, sowie bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Asthma bronchiale zwischen der KVS und den Krankenkassen nehme ich teil:

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe Anlage 4.2 – Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten)

(__) persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Anlage 4.2)

Ich möchte teilnehmen

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrages

Für die Versorgung von Erwachsenen¹:

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt
- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt bei Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung

Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab Vollendung des ersten Lebensjahres bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres:

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

oder

als pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt gemäß § 4 des Vertrages

Für die Versorgung von Erwachsenen:

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie
- Facharzt für Innere Medizin mit der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“
- Facharzt für Innere Medizin mit einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung
- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit Genehmigung zur Abrechnung des Komplex 13650 im EBM

Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab Vollendung des ersten Lebensjahres bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

- mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie
- mit der Zusatzweiterbildung Allergologie
- mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder- und Jugendliche mit Asthma bronchiale der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., (AGAS) - einschl. ASEV-Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung **(befristet bis 31.03.2021)**
- mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte

¹ In Ausnahmefällen auch für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab Vollendung des ersten Lebensjahres bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres.

Anlage 4.1 zum DMP-Vertrag Asthma bronchiale der KVS und der Kassen (AOK, KNAPPSCHAFT, IKK, SVLFG und Ersatzkassen) im Saarland vom 01.04.2019

- und** für meine Patienten, die von mir als pneumologisch qualifiziertem Vertragsarzt bereits vor der Einschreibung dauerhaft -mindestens 12 Monate- betreut wurden, **zugleich als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 4 des Vertrages**

und (optional)

- als Schulungsarzt gemäß § 19 des Vertrages**

Die Schulungsberechtigung ist gegenüber der KVS nachzuweisen. Die Erbringung und Abrechnung von Schulungsleistungen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch die KVS gemäß § 6 des Vertrages.

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

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

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages. Als koordinierender Vertragsarzt verpflichte ich mich insbesondere zur Einhaltung der Regelungen der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII des DMP-Vertrages.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle DAVASO GmbH geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- DAVASO GmbH,
- der Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme (DMP) Saarland GbR (ArGe-DMP)
- sowie den vorgenannten Kassen spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

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 10 der DMP-A-RL an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt auf der Internetseite meiner Kassenärztlichen Vereinigung bzw. durch den mir von dieser auf Anforderung zur Verfügung gestellten Vertragstext zu informieren.

Für den Fall, dass die ArGe-DMP und die Kassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die ArGe-DMP, 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 Vertrags zu informieren.

Den Inhalt des Arztmanuals habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Vertragsarzt