

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken

Teilnahmeerklärung am gemeinsamen Disease-Management-Programm Brustkrebs 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 Brustkrebs informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag vom 01.10.2018 zur Umsetzung des DMP Brustkrebs 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 gemäß § 9, der Aufgaben des Abschnitts II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

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 allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- zur Weitergabe an Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung der Patientin einhole, die Patientin ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und ihr jeweils eine Ausfertigung der Dokumentationsdaten übergeben werde,
- die Patientin in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungsangebote der einzelnen Krankenkassen informiere,
- 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 erbringen, die eingangs genannten Informationen zu 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 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 10 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 sechs 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 Brustkrebs zwischen der KVS und den Krankenkassen nehme ich teil:

persönlich

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

persönlich und durch angestellte Ärzte (s. Anlage 4.2)

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 4 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 Vertrages zu informieren.

Den Inhalt des Arztmanuals habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Vertragsarzt