

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7 - 9
66113 Saarbrücken

**Teilnahmeerklärung am gemeinsamen Programm Osteoporose
der AOK, KNAPPSCHAFT, IKK, SVLFG und Ersatzkassen im Saarland**

LANR.....

Name, Vorname.....

Straße, Hausnummer.....

PLZ, Praxisort.....

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms (DMP) 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 DMP Osteoporose 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 § 10, 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 und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften der 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 oder elektronische Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den in der Anlage 3.2 (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 Strafgesetzbuch,
 - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung

und

- Weitergabe von Patientendaten an Dritte

erfüllen.

- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland mit der Anlage 3.2 (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 4 des DMP-Vertrages enthaltenen Angaben zu meiner Person,
- der Weitergabe des gesonderten „Arztverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Kassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) 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 3.2 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 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), 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 § 13 sanktioniert werden.

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

- ☐ persönlich
- ☐ durch angestellte Ärzte (siehe Anlage 3.2 – Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten)
- ☐ persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Anlage 3.2)

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 Arzt beachte ich insbesondere die Dokumentationsinhalte gemäß den Abschnitten VII und VIII.

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 der Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 DMP-A-RL i.S.d. § 25 Abs. 2 RSAV 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 (<https://www.kvsaarland.de/vertrag/disease-management-programme-dmp>) 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.

Teilnahmemöglichkeiten:

(Bitte ankreuzen!)

1. Ich möchte **als koordinierende/r Vertragsärztin/Vertragsarzt (Hausarzt)** gemäß § 3 des Vertrages teilnehmen und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1.

☐

2. Ich möchte **als qualifizierte/r Vertragsärztin/Vertragsarzt (Facharzt)** gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 2.

☐

3. Ich möchte **als qualifizierte/r Vertragsärztin/Vertragsarzt (Facharzt)** gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 2

☐

und

ich möchte in Ausnahmefällen gemäß § 3 Abs. 3 als **koordinierende/r Vertragsärztin/Vertragsarzt** tätig sein.

4. Ich möchte (zusätzlich) als **Schulungsärztin/Schulungsarzt** teilnehmen und erkenne die Regelungen des Vertrages (§ 20 i.V.m. Anlage 7) an.

☐

Die Schulungsqualifikationen für mich bzw. meine angestellte Ärztin/meinen angestellten Arzt **und** mein nicht ärztliches Praxispersonal **sind beigefügt.** Die Erbringung und Abrechnung von Schulungsleistungen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch die KVS gemäß § 7 des Vertrages

Das Arztmanual habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel