

### **Anlage 3 - Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen

#### **Teilnahmeerklärung des Arztes/anstellenden Arztes zum Behandlungsprogramm COPD**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Bezirksgeschäftsstelle .....

Postfach .....

(PLZ) (Ort)

#### **Teilnahmeerklärung am Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) COPD**

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten DMP COPD informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden nehme ich teil.

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

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, 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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften 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 den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den 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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen.
- gegenüber der KVS 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 einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift, meiner lebenslangen Arztnummer sowie Betriebsstättennummer, der Schulungsberechtigung und der Kennzeichnung gemäß §§ 3 und/oder 4 des Vertrages in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm COPD“,
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm COPD“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsbögen und Verwendung der Dokumentationsbögen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (- die Verwendung der erhobenen Dokumentationsdaten nach diesem Vertrag durch Dritte ist ausgeschlossen -)

Ich und die bei mir angestellten Ärzte, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, erklären sich einverstanden über:

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ sowie deren Berechtigungen im Rahmen des DMP,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten und
- die 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 und die Kündigungsfrist vier Wochen zum Ende des Quartals beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit oder mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms COPD im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen nehme ich teil:

- persönlich
- durch angestellte Ärzte
- persönlich und durch angestellte Ärzte

Meine lebenslange Arztnummer lautet: \_\_\_\_\_ (LANR)

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an:

### Versorgungsstruktur

I.  koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrages

oder

II.  pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt gemäß § 4 des Vertrages

zusätzlich koordinierend nach § 3 des Vertrages (im Ausnahmefall)

Ich möchte im Rahmen des DMP-Vertrages Patientenschulungen durchführen:

ja  nein

Der für die Schulungen notwendige separate Schulungsraum sowie das für die Schulung qualifizierte nichtärztliche Personal sind vorhanden.

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

a) \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]

b) \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]

c) \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]

d) \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]

### Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen:

1. \_\_\_\_\_ [LANR] \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]  
Name, Vorname, Titel

\_\_\_\_\_ ab Datum  
Versorgungsstruktur \*

2. \_\_\_\_\_ [LANR] \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]  
Name, Vorname, Titel

\_\_\_\_\_ ab Datum  
Versorgungsstruktur \*

3. \_\_\_\_\_ [LANR] \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]  
Name, Vorname, Titel

\_\_\_\_\_ ab Datum  
Versorgungsstruktur \*

\* Bitte Nummer I oder II der Versorgungsstruktur (s.o.) eintragen.

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

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 21 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 21 des Vertrages,
  - der Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR
  - der Gemeinsamen Einrichtung DMP Sachsen GbR sowie
  - den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden
- spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 21 des Vertrages,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der DMP-A-RL Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 12 an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich über die genauen Vertragsinhalte (über Abdruck/Internetseite o. a.) zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR, die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR und die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Vertragsarztstempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. angestellter Arzt und Vertragsarztstempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. angestellter Arzt und Vertragsarztstempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 3. angestellter Arzt und Vertragsarztstempel