

Anlage 4 Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

zu dem Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 g SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KVH und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse -, dem BKK-Landesverband NORD, der Knappschaft, der IKK Hamburg, den benannten Ersatzkassen gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK), vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Hamburg

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56

22083 Hamburg

Name, Vorname

(Kassenarztstempel)

Teilnahmeerklärung zum Programm Diabetes mellitus Typ 2

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms 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 Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen des Vertrags zwischen der KVH und den teilnehmenden Krankenkassen nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß Anlage 1 RSAV, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

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 (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

- bei jeder Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die 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 in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) 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 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 Kassenärztlichen Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnissen oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 29 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 29 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft nach § 27
- der Gemeinsamen Einrichtung nach § 28
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Ich bin einverstanden mit:

- der Veröffentlichung meiner Teilnahmedaten (Name, lebenslange Arztnummer, BSNR Praxisadresse/-Fax-Nr./-E-Mail-Adresse, Teilnahmedaten von/bis, Teilnahmestatus) in dem gesonderten Verzeichnis "Teilnehmer am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2",
- der Weitergabe des Verzeichnisses "Teilnehmer am Vertrag Diabetes mellitus Typ 2" an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die teilnehmenden Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentation und Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens in dem gesonderten Verzeichnis "Teilnehmer am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2",
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das BVA und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 14 sanktioniert werden können.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen in Hamburg nehme ich teil.

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)

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

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

(Bitte Zutreffendes ankreuzen:)

1. Ich möchte als koordinierender Arzt gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen.

2. Ich möchte als Vertragsarzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis teilnehmen, und zwar:
 - 2.1. gemäß § 5 des Vertrages
 - 2.2. gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 (als koordinierender Arzt)

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages;
insbesondere der Dokumentation gemäß Abschnitt VII.
 - 2.3. Ich habe eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung

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

- a) _____ [BSNR]
- b) _____ [BSNR]
- c) _____ [BSNR]
- d) _____ [BSNR]

Mir ist bekannt, dass ich als koordinierender Arzt nur für diejenigen Patienten teilnehmen kann, die ich vor der Einschreibung dauerhaft betreut habe oder diese Betreuung ist aus medizinischen Gründen erforderlich. Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß Abschnitt VII.

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

Ort, Datum

Unterschrift
