

## **Anlage 4: Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes**

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

### **Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum DMP Asthma bronchiale/ COPD**

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der strukturierten Disease-Management-Programme informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Das auf der Seite der KVH unter [www. http://www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) eingestellte Praxismanual habe ich zur Kenntnis genommen.

Am Vertrag zur Umsetzung der Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen und ihrer Verbände nehme ich teil. Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 10, der Aufgaben des Abschnitts II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VI und VII.

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 nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken) sowie den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige.
- 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 allgemeinem Strafrecht,
  - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen.

- Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit der Anlage 4a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Anlage 7a bzw. 7b in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Asthma bronchiale bzw. COPD“,
- der Weitergabe der Leistungserbringerverzeichnisse „Teilnehmer am Asthma bronchiale bzw. COPD“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), die Datenstelle, die teilnehmenden stationären Einrichtungen, an die Rehabilitationseinrichtungen und an die teilnehmenden Versicherten.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

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

- Die Veröffentlichung ihrer Daten gemäß Anlage 7a bzw. 7b im Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale bronchiale/COPD ambulanter Sektor
- Die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- a) die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- b) meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- c) bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen gem. § 15 eingeleitet werden,
- d) die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 und § 4 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVH bzw. den Krankenkassen nachzuweisen sind,
- e) die Dokumentationsdaten für die Evaluation und für die Qualitätssicherung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen genutzt werden,
- f) meine im Rahmen der DMP erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkassen und die KVH weitergeleitet werden.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale/COPD im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen nehme ich teil.

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)

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

Meine lebenslange Arztnummer lautet: \_\_\_\_\_ [LANR]

**1. Ich möchte als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors (§ 3 Abs. 2 DMP-Vertrag)**

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale

für Erwachsene

für Kinder und Jugendliche

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

teilnehmen und erfülle die Strukturqualität der Anlagen 1a für Asthma bronchiale und/oder 1b für COPD.

**Oder**

**2a. Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors (§ 4 DMP-Vertrag)**

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale

für Erwachsene

für Kinder und Jugendliche

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

teilnehmen und erfülle die Strukturqualität der Anlagen 2a für Asthma bronchiale und/oder 2b für COPD.

**2b. Zusätzlich möchte ich in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig werden.**

Mir ist bekannt, dass ich als pneumologisch qualifizierter Arzt in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt teilnehmen kann, wenn ein Patient bereits vor der Einschreibung von mir dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß Abschnitt VII.

**3. Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 11 a/b durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.**

Asthma bronchiale

COPD

**4. Ich möchte die Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung gemäß § 32 des DMP-Vertrages Asthma/COPD durchführen. Ich verfüge über die entsprechenden Kenntnisse der „Motivational-Interviewing-Technik“/ „Motivierende Gesprächsführung“ und lege als Nachweis nachfolgendes Fortbildungszertifikat bei:**

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer

Curriculum „Change-Talk zur Tabakentwöhnung“

weitere gleichwertige Qualifizierung

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

a) \_\_\_\_\_ [BSNR]

b) \_\_\_\_\_ [BSNR]

c) \_\_\_\_\_ [BSNR]

d) \_\_\_\_\_ [BSNR]

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrags, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VI und VII und bestätige hiermit, dass die gerätetechnischen Ausstattungen gem. Anl. 2a/b erfüllt sind.

Gleichzeitig genehmige ich hiermit den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 25 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden sowie der KVH

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 25 des Vertrages

- mit der Überprüfung der von mir erstellten Dokumentationen und der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen auf Vollständigkeit und Plausibilität, ggf. Nachforderung zur Korrektur,
- die Dokumentationsdaten der Anlage 2 DMP-A-RL i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL bzw. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragten Stellen weiterzuleiten.

**Ich beauftrage die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg mit der Wahrnehmung der Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der von mir an die Datenstelle übertragenen Aufgaben.**

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalte, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers und Vertragsarztstempel