Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Anlage 5: Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes / Medizinischen Versorgungszentrums / ermächtigten Arztes zum DMP Diabetes mellitus Typ 1

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Schwachhauser Heerstraße 26/28

28209 Bremen

Teilnahmeerklärung am DMP Diabetes mellitus Typ 1

Ich bin umfassend über die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Disease-Management-Programms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) und den Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil. Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9 ,der Aufgaben und Kooperationsregeln gemäß Abschnitt II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des DMP, 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 der EU-DSGVO, des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,

- die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung unterrichte, den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne und den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige,

- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole und spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weiterleite,

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zum DMP zukommen lasse und sicherstelle, dass diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur

    - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,

    - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) sowie Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und

    - Weitergabe von Personendaten an Dritte

  erfüllen.

Die bei mir angestellten Ärzte und ich sind einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner/unserer Angaben gemäß Anlage 4 des o.g. Vertrages in dem gesonderten Leistungserbringerverzeichnis und im Internet (Arztauskunft KV Bremen),

- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die am DMP teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE), an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen/- verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten,

- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung dieser für die Qualitätssicherung und der Evaluation gemäß Abschnitt IV und VIII des Vertrags unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

Hinweis: Die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im Leistungserbringerverzeichnis kann jederzeit widerrufen werden. Mit dem Zugang des Widerrufs bei der KV Bremen endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Quartals.

- die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.

- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen gem. § 10 eingeleitet werden.

- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVHB bzw. den Krankenkassen nachzuweisen sind.

- die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und (neben-) betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVHB und den Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil:

☐ persönlich

☐ im Rahmen einer Zulassung ☐ im Rahmen einer Ermächtigung

☐ durch angestellte Ärzte

☐ persönlich und durch angestellte Ärzte

Vor- und Nachname: _____

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

LANR

Vor- und Nachname des angestellten Arztes:_____

Lebenslange Arztnummer des angestellten Arztes lautet: _____

LANR

Vor- und Nachname des angestellten Arztes:_____

Lebenslange Arztnummer des angestellten Arztes lautet: _____

LANR

Vor- und Nachname des angestellten Arztes:_____

Lebenslange Arztnummer des angestellten Arztes lautet: _____

LANR

1. Ich möchte teilnehmen als koordinierender Arzt für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor (1. Versorgungsebene) ☐

gemäß § 3 Abs. 2 und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 1.

Oder

2. Ich möchte teilnehmen als koordinierender Arzt für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen ☐

gemäß § 3 Abs. 4 und erfülle die Strukturvoraussetzung der Anlage 3

oder

3. Ich möchte teilnehmen als koordinierender Hausarzt für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor (2. Versorgungsebene) ☐

gemäß § 3 Abs. 3 (Ausnahmefall) und erfülle die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2

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

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

4. Ich möchte Patientenschulungen gemäß §18 des Vertrags durchführen ☐
(Die entsprechenden Fortbildungszertifikate für mich und mein Praxispersonal lege ich bei).
und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 1 oder 3.

Der Antrag zur Durchführung und Abrechnung von Patientenschulungen/Instruktionen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137 f SGB V ist beigefügt.

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

- der Gemeinsamen Datenstelle,
- der Bremischen Arbeitsgemeinschaft DMP,
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bremen sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Als koordinierender Arzt beauftrage ich die Gemeinsame Datenstelle

- mit der Überprüfung der von mir erstellten Dokumentationen und der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen auf Vollständigkeit und Plausibilität, ggf. Nachforderung zur Korrektur,
- die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 24 der DMP-A-RL an entsprechende Stellen weiterzuleiten.

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

Ich habe mich auf der Internetseite der KVHB umfassend und vollständig über den genauen Vertragsinhalt zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie meine Pflichten und Verantwortlichkeiten informiert und bestätige hiermit, den Inhalt zur Kenntnis genommen und die für meine Teilnahme relevanten Unterlagen sowie das Praxismanual über die Internetseite der KVHB erhalten zu haben.

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung des Antrags frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden kann.

Aus den vorgenannten Gründen verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Leistungserbringer (bei angestellten Ärzten Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ Leiters)