

Anlage 5 **Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung**

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Asthma/COPD
nach § 137f SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) zum DMP Asthma/COPD

Ich bin über die Ziele und Inhalte des DMP Asthma/COPD 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 Asthma/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden nehme ich teil.

Ich akzeptiere die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP Asthma/COPD und setze diese um.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 10, der Aufgaben und Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern 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 sowie für die Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DSGVO 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 Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den in der Anlage 5a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“ genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zum DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen.
- gegenüber der KVT mit der Anlage 5a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVT 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 Anschrift der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden, lebenslangen Arztnummer und Betriebsstättennummer, angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen, Berechtigungen und der Kennzeichnung gemäß §§ 3 oder 4 des Vertrages in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am DMP Asthma/COPD“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisse an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die GE DMP Thüringen, an die Datenstelle, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), an den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (Die Verwendung der erhobenen Dokumentationsdaten nach diesem Vertrag durch Dritte ist ausgeschlossen.).
- Die in Anlage 5a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“ genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über
 - die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“ Asthma/COPD,
 - die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, an die GE DMP Thüringen, an die Datenstelle, an das BAS, an den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten sowie
 - 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 einen Monat zum Ende des Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. die Teilnahme an dem Vertrag mit dem Bescheid über das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ruht.
4. Vertragsärzte und Einrichtungen bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.
5. die im Rahmen der Schulungen vermittelten Informationen (Strukturqualität, Vertragsinhalte) auf der Internetseite der KVT veröffentlicht sind sowie im Rahmen der Arztinformationsveranstaltung erfolgen.
6. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend §§ 3 und 4 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVT rechtzeitig nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Asthma/COPD im Rahmen des Vertrages zwischen der KVT und den Krankenkassen nehme ich teil:

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“)¹
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“)¹

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____ (LANR)
¹ LANR des anstellenden Vertragsarztes bzw. des ärztlichen Leiters

Erste Versorgungsebene

1. **Koordinierender Vertragsarzt** gemäß § 3 Abs. 2 des Vertrages
2. **Koordinierender Vertragsarzt** als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 3 Abs. 2 des Vertrages
3. **Pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt** als Facharzt gemäß § 3 Abs. 6 des Vertrages (für beschriebene Ausnahmefälle)
4. **Pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt** als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Allergologie und/oder Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie gemäß § 3 Abs. 6 des Vertrages (für beschriebene Ausnahmefälle)

oder

Zweite Versorgungsebene

1. **Pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt** als Facharzt gemäß § 4 Abs. 2 des Vertrages
2. **Pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt** als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Allergologie und/oder Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie gemäß § 4 Abs. 2 des Vertrages
3. **Pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt** (Ausnahmefälle gemäß § 3) und zweite Versorgungsebene gemäß § 4 des Vertrages

Durchführung von Patientenschulungen gemäß Anlage 10

- ja Nachweis ist beigefügt Nachweis wird nachgereicht nein

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

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

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

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich als koordinierender Vertragsarzt/koordinierende Einrichtung gemäß § 3 den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 22 des Vertrages,
- der ARGE DMP Thüringen,
- der GE DMP Thüringen sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von der jeweiligen Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die ARGE DMP Thüringen, die GE DMP Thüringen und die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses DMP die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die ARGE DMP Thüringen in meinem Namen einen Vertrag mit gleichen Aufgaben mit einem neuen Dienstleister als Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel