Anlage 4 Teilnahmeerklärung am Programm **Asthma bronchiale** und/oder **Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

zum Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Asthma/COPD.

Hiermit erkläre ich:

Name, Vorname (in Blockschrift)	lebenslange Arztnummer

Ich habe mich umfassend durch das Praxismanual über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma bronchiale und/oder COPD informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Ich nehme an dem Vertrag über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und/oder COPD der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, und den Verbänden der GKV in Mecklenburg-Vorpommern teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und die Einhaltung der Kooperationsregeln gemäß § 10 in Verbindung mit der Anlage 5a/b, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitt II und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII bis IX.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern und den von mir, auf der Grundlage dieses Vertrages behandelten Versicherten, 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 und den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte.
- Den in der Anlage 4a (Anlage 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 Dritte

erfüllen

- 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 § 23 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 23 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft nach § 20

- der Gemeinsamen Einrichtung nach § 21
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 8 dieses Vertrages,
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an andere teilnehmenden Vertragsärzte, an die Vertragspartner, an das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten entsprechend § 8 dieses Vertrages,
- 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 im Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale/COPD ambulanter Sektor
- Die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten.
- Der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
3. bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen gemäß § 12 durch die Vertragspartner ergriffen werden.

Ich erkläre, dass ich die Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag erfülle.

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes:
Asthma bronchiale

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung MV 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]

Ich erkläre meine Teilnahme auf folgenden Versorgungsebenen:

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:
a)_____[BSNR]
b)_____[BSNR]
c)_____[BSNR]
d)_____[BSNR]
e)_____[BSNR]

1. Ich möchte auf der ersten Versorgungsebene
als Hausarzt gemäß § 3 Absatz 2 des Vertrages teilnehmen. ☐
als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemäß ☐
§ 3 Absatz 2 des Vertrages teilnehmen.

2. Ich möchte auf der zweiten Versorgungsebene
als Facharzt gemäß § 4 Abs. 2 des Vertrages teilnehmen. ☐

als Facharzt /Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin
(Kinderarzt/Kinderärztin) mit Zusatzbezeichnung Allergologie ☐
und/oder Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie

3. Ich möchte auf der ersten und zweiten Versorgungsebene
gemäß § 3 und § 4 teilnehmen. ☐

Für diesen Fall bin ich mit der Beauftragung der Datenstelle nach diesem Vertrag einverstanden. Ich ermächtige die Datenstelle ausdrücklich,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m- Anlage 10 RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragten Stellen weiterzuleiten.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Vertragsarztes

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes:
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung MV 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]

Ich erkläre meine Teilnahme auf folgenden Versorgungsebenen:

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:
a)_____[BSNR]
b)_____[BSNR]
c)_____[BSNR]
d)_____[BSNR]
e)_____[BSNR]

1. Ich möchte auf der ersten Versorgungsebene als Hausarzt gemäß § 3 Absatz 2 des Vertrages teilnehmen. ☐

2. Ich möchte auf der zweiten Versorgungsebene als Facharzt gemäß § 4 Abs. 2 des Vertrages teilnehmen. ☐

3. Ich möchte auf der ersten und zweiten Versorgungsebene gemäß § 3 und § 4 teilnehmen. ☐

Für diesen Fall bin ich mit der Beauftragung der Datenstelle nach diesem Vertrag einverstanden. Ich ermächtige die Datenstelle ausdrücklich,

3. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
4. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m- Anlage 12 RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragten Stellen weiterzuleiten.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Vertragsarztes