

Anlage 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“

zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Asthma und COPD zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus, der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt in der Fassung vom 25.05.2018

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Asthma und COPD

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Teilnahmeerklärung am Programm Asthma und COPD

- 1.) Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms informiert worden und habe insbesondere das Arztmanual zur Kenntnis genommen. Die hierbei vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt.

Am Vertrag zur Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme Asthma und COPD im Rahmen des Vertrags zwischen der KVSA und der Krankenkasse nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund der strukturierten Behandlungsprogramme, dass ich

- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes beachte und
- bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte.

Ich bin mit der Aufnahme und Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben in einem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis „Teilnehmende Ärzte“ (Anlage 6 des Vertrages) einverstanden:

- Eintritts- und Austrittsdatum
- Lebenslange Arztnummer (LANR)
- Betriebsstättennummer(n) (BSNR)
- Titel, Name, Vorname des Arztes
- Praxistelefonnummer und Praxisanschrift
- Fachgruppe
- Anschrift der jeweiligen Betriebsstätten
- Kennzeichnung meiner Funktion entsprechend Punkt 6.) „Teilnahmemöglichkeiten“
- Kennzeichnung weiterer Besonderheiten, „1“ = „Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit“
- Schulungsberechtigungen.

- 2.) Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass das Leistungserbringer-bzw. Teilnehmerverzeichnis folgenden Personen gemäß § 8 des Vertrages zur Verfügung gestellt wird:
- dem Bundesversicherungsamt (BVA) bzw. dem Landesprüfamt
 - den teilnehmenden Krankenkassen
 - den am Vertrag teilnehmenden Ärzten
 - den teilnehmenden Patienten
 - bei Bedarf zur Einsicht den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkasse, insbesondere bei Neueinschreibung
 - der Datenstelle zur Verwendung im Rahmen der Aufgaben nach § 23 des Vertrages
 - der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

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.

- 3.) Mir ist bekannt, dass
1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der KVSA zum Ende des Quartals erklären. Diese Erklärung erfolgt schriftlich. Die Erklärungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
 2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
 3. meine Teilnahme an dem Vertrag mit dem Bescheid über das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVSA ruht.
 4. eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Maßnahmen gemäß § 12 zur Folge haben.
 5. meine im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkasse und die KVSA weitergeleitet werden.
- 4.) Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß des Vertrages Asthma und COPD bin ich einverstanden. Ich bevollmächtige die KVSA in meinem Namen, einen Vertrag mit der Datenstelle zur Regelung der folgenden Sachverhalte zu schließen:
1. die von mir im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme erstellten Dokumentationen entgegenzunehmen, zu erfassen und auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
 2. die fehlenden, unvollständigen oder implausiblen Dokumentationen nachzufordern,
 3. die Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen (Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V, Krankenkasse) i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.
- 5.) Ich weiß, dass mir gegen die Datenstelle ein vertraglicher Anspruch auf Durchführung dieser Tätigkeiten zusteht.

Teilnahmemöglichkeiten am strukturierten Behandlungsprogramm
Asthma und COPD

1. Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrags teilnehmen:

a) als **Hausarzt** und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1a

b) als **Facharzt für Innere Medizin** ohne Schwerpunktbezeichnung und nur im Ausnahmefall erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1a

2. Ich möchte als pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt gemäß § 4 des Vertrags teilnehmen:

a) als **Facharzt für Innere Medizin** und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 2a

aa) Ich möchte darüber hinaus auch im Ausnahmefall koordinierend tätig werden.

b) als **Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin** und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 2a

bb) Ich möchte darüber hinaus auch im Ausnahmefall koordinierend tätig werden.

3. Ich möchte als **Vertragsarzt gemäß § 21 Abs. 3** des Vertrages **Schulungsleistungen** erbringen und erkenne die Regelungen des Vertrages an.

Informative Auflistung der vereinbarten Schulungen zum Asthma und zur COPD:

- NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker und AFAS = Die Ambulante Fürther Asthmaschulung
- Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.
- Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem – Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten (COBRA) und das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE)
- Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

(bei angestellten Ärzten ist zusätzlich Unterschrift und Arztstempel des anstellenden Arztes erforderlich!)

Arztnummer

BSNR

(Bitte ggf. alle Betriebsstätten angeben, an denen die Leistungen des Vertrages erbracht werden sollen.)