

Anlage 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“

zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Osteoporose

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm

Osteoporose

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

Fax: 0391 – 627 8436

Teilnahmeerklärung am Programm Osteoporose

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 zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele wurden mir transparent dargelegt.

Am Vertrag zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms Osteoporose im Rahmen des Vertrages 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 des strukturierten Behandlungsprogramms, 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 und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und,
- bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung und Dauer der Aufbewahrung unterrichte.

Ich bin mit der Aufnahme folgender Angaben im Verzeichnis „Teilnehmende Ärzte“ (Anlage 6 des Vertrages) einverstanden:

- Eintritts- und Austrittsdatum
- Lebenslange Arztnummer (LANR)
- Betriebsstättennummer (BNSR)
- Anrede, Titel, Name, Vorname des Arztes
- Anschrift der jeweiligen Betriebsstätten
- Ggf. Telefonnummer
- Ggf. Faxnummer
- Kennzeichnung meiner Funktion entsprechend Punkt 6.) „Teilnahmemöglichkeiten“
- Schulungsberechtigungen.

- 2.) Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass das Leistungserbringerverzeichnis folgenden Personen gemäß § 8 des Vertrages zur Verfügung gestellt wird:
- das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. dem Landesprüfdienst
 - den teilnehmenden Krankenkassen
 - den am Vertrag teilnehmenden Ärzten
 - 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

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 des strukturierten Behandlungsprogramms 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.
 6. die Dokumentationsdaten für die Evaluation und für die Qualitätssicherung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen verarbeitet werden.
- 4.) Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß des Vertrages Osteoporose 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 des strukturierten Behandlungsprogramms 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. § 25 Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.
- 5.) Ich weiß, dass mir gegen die Datenstelle ein vertraglicher Anspruch auf Durchführung dieser Tätigkeiten zusteht.

Teilnahmemöglichkeiten am strukturierten Behandlungsprogramm
Osteoporose

A: Koordinierender Arzt (§ 3 Arzt)

1. Ich erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1.1. und möchte als koordinierender Arzt gemäß § 3 Abs. 2 des Vertrags teilnehmen
(= Hausarzt ohne Schulungstätigkeit)

oder

2. Ich erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1.2. und möchte als koordinierender Arzt gemäß § 3 des Vertrags teilnehmen und schulen
(= Hausarzt mit Schulungstätigkeit)

oder

B: Facharzt (§ 4 Arzt)

3. Ich erfülle die Strukturqualität nach Anlage 2.1 und möchte als Facharzt gemäß § 4 des Vertrags teilnehmen.
(= Facharzt ohne Schulungstätigkeit)

oder

4. Ich erfülle die Strukturqualität nach Anlage 2.2. und möchte als Facharzt gemäß § 4 des Vertrags teilnehmen und schulen
(= Facharzt mit Schulungstätigkeit)

und/oder

5. Ich erfülle die Strukturqualität nach Anlage 2.1. und möchte als Facharzt
a) im Ausnahmefall gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrags (für Patienten, bei denen keine Multimorbidität, sondern ausschließlich die systemische Skeletterkrankung Osteoporose vorliegt) teilnehmen

- b) im Ausnahmefall gemäß § 3 Abs. 4 des Vertrags (im Einzelfall, insbesondere wenn die Versicherten bereits vor der Einschreibung dauerhaft betreut worden sind oder die Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist) teilnehmen

(= Facharzt als koordinierender Arzt)

oder

C: Zusätzlich

6. Ich möchte als Arzt ausschließlich Schulungsleistungen erbringen und erkenne die Regelungen des Vertrages an.
- (= Schulungsarzt ohne Teilnahme am DMP)

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.)