

Anlage 5b – Ergänzungserklärung angestellte Ärzte

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V
Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

bitte immer gemeinsam mit der Erklärung Anlage 5a einreichen!

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Arztes zu den Behandlungsprogrammen Asthma bronchiale/COPD

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale/ COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

1.
Name, Vorname, Titel LANR BSNR als koord. Arzt als FA
ab Datum
2.
Name, Vorname, Titel LANR BSNR als koord. Arzt als FA
ab Datum
3.
Name, Vorname, Titel LANR BSNR als koord. Arzt als FA
ab Datum

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

- | | | | | | | |
|----|-------------------------------|---------------|---------------|---|------------------------------------|-------------------|
| 1. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/>
als koord. Arzt | <input type="checkbox"/>
als FA |
ab Datum |
| 2. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/>
als koord. Arzt | <input type="checkbox"/>
als FA |
ab Datum |
| 3. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/>
als koord. Arzt | <input type="checkbox"/>
als FA |
ab Datum |

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Erklärung des angestellten Arztes

Hiermit bestätige ich, dass mich der oben genannte Vertragsarzt über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme für Versicherte mit Asthma bronchiale/COPD sowie über die Verpflichtungen, die mit der Leistungserbringung im Rahmen dieser Programme einhergehen, informiert hat.

Das DMP-Praxis-Manual habe ich gelesen und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes

- den in der Anlage 5b (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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte
 erfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 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 und meiner Anschrift im „Leistungserbringer-Verzeichnis“,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses“ 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.

Die in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringer-Verzeichnis“,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung einer vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
3. teilnehmende Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Ich erkläre meine Teilnahme an folgenden Programmteilen:

- Asthma bronchiale COPD
- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")

- Ich möchte als **koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene gemäß § 3 und Anlage 1 des Vertrages** teilnehmen;

Fachliche Voraussetzungen:

- Facharzt Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt oder hausärztlich tätiger Internist
- Kinder- und Jugendärzte (nur Asthma bronchiale)
- (in Ausnahmefällen Facharzt der 2. Versorgungsebene gemäß § 4 und Anlage 2

- Ich möchte an der **qualifizierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 und Anlage 2** teilnehmen (2. Versorgungsebene);

Fachliche Voraussetzungen:

- Facharzt Innere Medizin Schwerpunktbezeichnung ‚Pneumologie‘
- Facharzt Innere Medizin Teilgebietsbezeichnung ‚Lungen- u Bronchialheilkunde‘
- Facharzt Innere Medizin 12-monatige Zusatzweiterbildung pneumolog. Abtlg.
- Kinder- und Jugendärzte Zusatzweiterbildung ‚Pneumologie‘ (nur Asthma bronchiale)
- Kinder- und Jugendärzte Zusatzweiterbildung ‚Allergologie‘ (nur Asthma bronchiale)
- Kinder- und Jugendärzte Schulungsberechtigung (AG Asthaschulung) (nur Asthma bronchiale) befristet bis 31.03.2021
- Kinder- und Jugendärzte 12-monatige Zusatzweiterbildung ‚Kinder-Pneumologie‘ (nur Asthma bronchiale)

Ich möchte **Patientenschulungen gemäß Anlage 11** durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

Asthma bronchiale

COPD

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

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

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

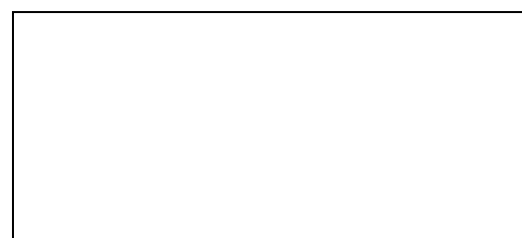
Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Ort, Datum



Unterschrift und Vertragsarztstempel