

Teilnahmeerklärung DMP-Arzt

Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms – Asthma bronchiale

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragungsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweis

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

alle mir erteilten Betriebsstätten

Voraussetzungen

Hausärztlicher Versorgungssektor

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Praktischer Arzt
- Teilnahme an Asthma-spezifischen Fortbildungen und/oder Qualitätszirkeln
- Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals

Fachärztlicher Versorgungssektor

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“, mit Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“, mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung oder
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung „Pneumologie“, „Allergologie“ oder mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung „Kinder-Pneumologie“
- Teilnahme an Asthma-spezifischen Fortbildungen und/oder Qualitätszirkeln (jährlich 8 Fortbildungspunkte)
- Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals

Ich möchte in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig sein

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Apparative Voraussetzungen - Nur auszufüllen bei Teilnahme als qualifizierter Arzt gemäß § 4 des Vertrages

- Möglichkeit zur Durchführung von:
 - Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät)
 - Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät)
 - Bestimmung der kapillären Blutgase oder Pulsoxymetrie

- Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigen- oder Auftragsleistungen durchgeführt:
 - Röntgenaufnahme Thorax
 - Allergologische Diagnostik

Schulungen

Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an folgenden Schulungen:

- die mich zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert
- die mein nicht ärztliches Praxispersonal zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert
- NASA Schulungsprogramm **-bitte beifügen-**
- Qualitätsmanagement in der Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthma-Schulung im Kindes- und Jugendalter e.V.* **-bitte beifügen-**
- ASEV Schulung* **-bitte beifügen-**

*nur abrechenbar von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

- Folgende notwendige Ausstattungen sind vorhanden:
 - Räumliche Ausstattung für Gruppenschulungen
 - Curricula und Medien der angebotenen Schulungen

Bestätigungen und Einwilligungen

Ich bestätige,

- die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms (z. B. durch Arztmanual) zur Kenntnis genommen zu haben und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP zu akzeptieren und umzusetzen.
- mich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV zu verpflichten.

Ich erteile mein Einverständnis,

- zur Veröffentlichung meiner persönlichen Daten gemäß Anlage 7a (z. B. Titel, Name, Praxisanschrift, LANR/ BSNR, Umfang der Berechtigung, Schulungsberechtigung/en, Angabe der Leistungserbringerebene - § 3 und/ oder § 4) im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis Asthma“ und auch im Internet (Arztauskunft KVSH).
- zur Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis Asthma“ an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Schleswig-Holstein, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten.
- zur Einschaltung der Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.
- zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Datenschutzrechtliche Hinweise

- Bei der Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten wird die Datensicherheit nach geltenden Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung eingehalten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen.
- Einmalig vor Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle müssen vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten eingeholt werden (Unterschrift des Patienten auf die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 9).
- Der Patient muss bei Weitergabe seiner Daten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung informiert werden.
- Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss eingehalten werden.
- Der anstellende Arzt übernimmt die umfassende Information angestellter Vertragsärzte für im Rahmen des DMP erbrachte Leistungen in der Vertragspraxis/Einrichtung und gewährleistet die Datensicherheit bei der Datenerhebung personenbezogener Daten sowie bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte.

Allgemeine Hinweise

- Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- Die apparativen und räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.
- Die Teilnahme am strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm Asthma ist freiwillig und kann mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden.
- Eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen führt zu Maßnahmen gemäß § 12 des Vertrages (gilt auch für angestellte Ärzte)
- Die Genehmigung des Antrags kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden.
- Mit der Unterschrift wird die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt.
- Der vollständige Vertrag zum DMP Asthma kann auf der Internetseite der KVSH nachgelesen werden.

Unterschrift

_____ Datum

_____ ggf. Praxisstempel

_____ Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

_____ Angestellte Person