

Teilnahmeerklärung DMP-Arzt

Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms – Rheumatoide Arthritis

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

Fachliche und organisatorische Voraussetzungen

Hausärztliche Versorgungsebene (koordinierender Arzt gemäß § 3)

- Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V
- Kenntnisnahme des DMP-Arzt-Manual (**download unter www.kvsh.de**) bzw. Teilnahme an einer Arztinformativveranstaltung
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer rheumaspezifischen zertifizierten Fortbildungsveranstaltung oder
- Teilnahme mindestens einmal jährlich an einem rheumaspezifischen strukturierten Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region

Fachärztliche Versorgungsebene (qualifizierter Facharzt gemäß § 4)

- Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie
- Kenntnisnahme des DMP-Arzt-Manual (**download unter www.kvsh.de**) bzw. Teilnahme an einer Arztinformativveranstaltung
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region

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

- Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer rheumaspezifischen zertifizierten Fortbildungsveranstaltung oder
- Teilnahme mindestens einmal jährlich an einem rheumaspezifischen strukturierten Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region

Ich möchte in Ausnahmefällen gemäß § 4 Abs. 3 als koordinierender Arzt tätig sein

Schulung – nur nachzuweisen, wenn in eigener Praxis geschult werden soll

Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an der Basisschulung Rheumatoide Arthritis

- die mich zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert -bitte beifügen-
- die mein nicht ärztliches Praxispersonal zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert -bitte beifügen-
- Eine räumliche Ausstattung für Gruppenschulungen ist vorhanden

Bestätigungen und Einwilligungen

Ich bestätige,

- die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms 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 § 8, 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 4 im gesonderten Verzeichnis „Ärzteverzeichnis Rheuma“ und auch im Internet (Arztauskunft KVSH).
- zur Weitergabe des Verzeichnisses „Ärzteverzeichnis Rheuma“ 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 22 i.V.m. Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.
- zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt VII und die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Allgemeine Hinweise

- Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- Die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im „Ärzteverzeichnis Rheuma“ kann jederzeit widerrufen werden. Mit Zugang des Widerrufs bei der KVSH endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es nicht.
- Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm Rheuma ist freiwillig und kann mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden.
- Eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen führt zu Maßnahmen gemäß § 11 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 Rheuma kann auf der Internetseite der KVSH nachgelesen werden.

Unterschrift

Datum

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

ggf. Praxisstempel

Angestellte Person