

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

### Teilnahmeerklärung Ärzte zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Asthma bronchiale auf der Grundlage des § 83 SGB V

<b>Leistungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	Teilnahme als koordinierender Arzt im Rahmen des <b>hausärztlichen Versorgungssektors</b> gemäß § 3 des Vertrages  Teilnahme als qualifizierter Arzt im Rahmen des <b>fachärztlichen Versorgungssektors</b> gemäß § 4 des Vertrages
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____	
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<b>Hausärztlicher Versorgungssektor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Praktischer Arzt</li> <li>▪ Teilnahme an Asthma-spezifischen Fortbildungen und/oder Qualitätszirkeln (jährlich 4 Fortbildungspunkte)</li> <li>▪ Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals</li> </ul> <b>Fachärztlicher Versorgungssektor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“, mit Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“, mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung „Pneumologie“, „Allergologie“ oder mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung „Kinder-Pneumologie“</li> <li>▪ Teilnahme an Asthma-spezifischen Fortbildungen und/oder Qualitätszirkeln (jährlich 8 Fortbildungspunkte)</li> <li>▪ Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals</li> </ul> <input type="checkbox"/> Ich möchte in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig sein

<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	<p><b>Nur auszufüllen bei Teilnahme als qualifizierter Arzt gemäß § 4 des Vertrages</b></p> <p>Möglichkeit zur Durchführung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät)</li> <li>- Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät)</li> <li>- Bestimmung der kapillären Blutgase oder Pulsoxymetrie</li> </ul>
	<input type="checkbox"/>	<p>Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigen- oder Auftragsleistungen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Röntgenaufnahme Thorax</li> <li>- Allergologische Diagnostik</li> </ul>
<b>Schulungen</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an folgenden Schulungen:</p> <p>die <u>mich</u> zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert <b>-bitte beifügen-</b></p>
	<input type="checkbox"/>	<p>Die mein <u>nicht ärztliches Praxispersonal</u> zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert <b>-bitte beifügen-</b></p> <p>NASA Schulungsprogramm <b>-bitte beifügen-</b></p> <p>Qualitätsmanagement in der Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthma-Schulung im Kindes- und Jugendalter e.V.* <b>-bitte beifügen-</b></p> <p>ASEV Schulung* <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><small>*nur abrechenbar von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin</small></p>
	<input type="checkbox"/>	<p>Folgende notwendige Ausstattungen sind vorhanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Räumliche Ausstattung für Gruppenschulungen</li> <li>- Curricula und Medien der angebotenen Schulungen</li> </ul>
<b>Bestätigungen und Einwilligungen</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Ich bestätige,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
	<input type="checkbox"/>	<p>Ich erteile mein Einverständnis,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.</li> </ul>
<b>Datenschutzrechtliche Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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).</li> <li>▪ Der Patient muss bei Weitergabe seiner Daten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung informiert werden.</li> <li>▪ Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss eingehalten werden.</li> <li>▪ 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.</li> </ul>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.</li> <li>▪ Die apparativen und räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.</li> <li>▪ Die Teilnahme am strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm Asthma ist freiwillig und kann mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden.</li> <li>▪ Eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen führt zu Maßnahmen gemäß § 12 des Vertrages (gilt auch für angestellte Ärzte)</li> <li>▪ Die Genehmigung des Antrags kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden.</li> <li>▪ Mit der Unterschrift wird die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt.</li> <li>▪ Der vollständige Vertrag zum DMP Asthma kann auf der Internetseite der KVSH nachgelesen werden.</li> </ul>

---

Ort, Datum

Praxisstempel

---

Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

---

Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

---

Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

---

Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt