

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 Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) auf der Grundlage des § 83 SGB V

Wichtiger Hinweis	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.	
Leistungen	<input type="checkbox"/> Teilnahme als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors gemäß § 3 des Vertrages <input type="checkbox"/> Teilnahme als qualifizierter Arzt im Rahmen des fachärztlichen Versorgungssektors gemäß § 4 des Vertrages	
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____	
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Hausärztlicher Versorgungssektor <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt ▪ Teilnahme an COPD-spezifischen, durch Landesärztekammer oder die Fachgesellschaft zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen (jährlich 4 Fortbildungspunkte) ▪ Teilnahme an spezifischen Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten (Mindestdauer 4 Stunden) ▪ Information und Kenntnisnahme durch das Praxismanual (download unter www.kvsh.de) 	
	<input type="checkbox"/> Fachärztlicher Versorgungssektor <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“ ▪ Facharzt für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ ▪ Facharzt für Innere Medizin mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung 	

	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilnahme an COPD-spezifischen zertifizierten Fortbildungen (jährlich 8 Fortbildungspunkte) ▪ Teilnahme an spezifischen Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten (Mindestdauer 4 Stunden)
	<input type="checkbox"/> Ich möchte in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig sein
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Nur auszufüllen bei Teilnahme als qualifizierter Arzt gemäß § 4 des Vertrages Möglichkeit zur Durchführung von: <ul style="list-style-type: none"> - Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät) - Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät) - Bestimmung der kapillären Blutgase
	<input type="checkbox"/> Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigen- oder Auftragsleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> - Röntgenaufnahme Thorax - Allergologische Diagnostik
Schulungen	<input type="checkbox"/> Der Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an dem COBRA Schulungsprogramm, die <u>mich</u> zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/> Die mein <u>nicht ärztliches Praxispersonal</u> zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/> Folgende notwendige Ausstattungen sind vorhanden <ul style="list-style-type: none"> - Räumliche Ausstattung für Gruppenschulungen - Curricula und Medien der angebotenen Schulungen
Bestätigungen und Einwilligungen	<input type="checkbox"/> Ich bestätige, <ul style="list-style-type: none"> - 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.
	<input type="checkbox"/> Ich erteile mein Einverständnis, <ul style="list-style-type: none"> - zur Veröffentlichung meiner persönlichen Daten gemäß Anlage 7 (z. B. Titel, Name, Praxisanschrift, LANR/BSNR, Umfang der Berechtigung, Schulungsberechtigung/en, Angabe der Leistungserbringerebene - § 3 und/oder § 4) im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ und auch im Internet (Arztauskunft KVSH).

Bestätigungen und Einwilligungen	<ul style="list-style-type: none"> - zur Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ 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 8 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 10). ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 COPD ist freiwillig und kann mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden. ▪ Eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen führt zu Maßnahmen gemäß § 13 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 COPD kann auf der Internetseite der KVSH nachgelesen werden.

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