

Teilnahmeerklärung DMP-Arzt

Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms – Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

Leistungen

- Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3
- Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3 mit Schulungsqualifikation
- Teilnahme an der fachärztlichen, qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4

Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt, der gemäß § 73 SGB V (hausärztlich) tätig ist
- Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals
- Mindestens einmal jährliche KHK-spezifische Fortbildung oder Teilnahme an hausärztlichen Qualitätszirkeln, die sich mit kardiologischen Themen beschäftigen

Voraussetzungen für die Teilnahme an der fachärztlichen, qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4

- Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“ oder
- Facharzt für Innere Medizin mit einer mindestens einjährigen Tätigkeit in einer Klinik für Innere Medizin

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

- Mindestens einmal jährliche KHK-spezifische Fortbildung oder Teilnahme an kardiologischen Qualitätszirkeln, jeweils mit mindestens 4 Fortbildungspunkten
- Qualifizierung in der Hypertoniebehandlung
- Ich möchte in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig sein

Apparative Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Teilnahme an der koordinierenden Ebene gemäß § 3

- Möglichkeit, Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards durchzuführen
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der KHK, mindestens
 - EKG
 - Belastungs-EKG in Eigenleistung oder per Auftragsleistung insbesondere durch andere am DMP teilnehmende Ärzte unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie
 - Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann
- Bei der Durchführung des Belastungs-EKG in Eigenleistung erfülle ich folgende Voraussetzungen:
 - entsprechendes Ergometrie-Gerät
 - entsprechendes EKG-Gerät
 - 12 Kanal EKG
 - EKG Monitoring
 - Defibrillator
 - Notfallausrüstung zur Intubation
 - Notfallmedikation
 - Möglichkeit der O₂-Gabe per Nasensonde
 - Liege
 - ausgebildetes Personal für das sorgfältige Anlegen und eine qualitätsgesicherte EKG-Registrierung
 - Ständige Anwesenheit eines Arztes während der gesamten Untersuchung

Voraussetzungen für die Teilnahme an der fachärztlichen, qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4

- Folgende Voraussetzungen erfülle ich in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte:
 - Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
 - 24-Stunden Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
 - Qualitätsgesicherte EKG-Durchführung
 - Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie
 - Echokardiographie unter Berücksichtigung der Vorgaben zur Ausstattung nach den Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie und dem Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Echokardiographie gegenüber der KVSH
 - Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann
- Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigen- oder Auftragsleistungen durchgeführt:
 - Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax

Schulungen

Ich beantrage die Durchführung der nachfolgenden Patientenschulungen:

- Behandlungs- und Schulungsprogramm Hypertonie **-bitte beifügen-**
- Schulungs- und Behandlungsprogramm mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) **-bitte beifügen-**
- Kardio-Fit **-bitte beifügen-**

- Die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulungen werden durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nichtärztlichen Schulungskraft nachgewiesen
- Die räumliche Möglichkeit für Einzel- und Gruppenschulungen ist vorhanden
- Die für die Schulungsprogramme erforderlichen Curricula und Medien sind vorhanden

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, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV zu verpflichten.

Ich erteile mein Einverständnis,

- zur Veröffentlichung meiner persönlichen Daten gemäß Anlage 4 (z. B. Titel, Name, Praxisanschrift, LANR/BSNR, Umfang der Berechtigung, Schulungsberechtigung/en, Angabe der Leistungserbringerebene - § 3 und/oder § 4) im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis KHK“ und auch im Internet (Arztauskunft KVSH).
- zur Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis KHK“ 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 6 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.
- zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation und die Qualitätssicherung 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 6).
- 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 KHK 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 KHK kann auf der Internetseite der KVSH nachgelesen werden.

Unterschrift

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Angestellte Person