

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Teilnahmeerklärung Ärzte zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) auf der Grundlage des § 83 SGB V

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
--	--

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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
Fachliche Voraussetzungen		<p>Voraussetzungen für die Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3</p> <input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt, der gemäß § 73 SGB V (hausärztlich) tätig ist <input type="checkbox"/> Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals <input type="checkbox"/> Mindestens einmal jährliche KHK-spezifische Fortbildung oder Teilnahme an hausärztlichen Qualitätszirkeln, die sich mit kardiologischen Themen beschäftigen
		<p>Voraussetzungen für die Teilnahme an der fachärztlichen, qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4</p> <input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“ oder <input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit einer mindestens einjährigen Tätigkeit in einer Klinik für Innere Medizin
		<input type="checkbox"/> Mindestens einmal jährliche KHK-spezifische Fortbildung oder Teilnahme an kardiologischen Qualitätszirkeln, jeweils mit mindestens 4 Fortbildungspunkten <input type="checkbox"/> Qualifizierung in der Hypertoniebehandlung <input type="checkbox"/> Ich möchte in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig sein
Apparative Voraussetzungen		<p>Voraussetzungen für die Teilnahme an der koordinierenden Ebene gemäß § 3</p> <input type="checkbox"/> Möglichkeit, Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards durchzuführen <input type="checkbox"/> Möglichkeit zur Basisdiagnostik der KHK, mindestens <ul style="list-style-type: none"> - 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 <input type="checkbox"/> Bei der Durchführung des Belastungs-EKG in Eigenleistung erfülle ich folgende Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> - entsprechendes Ergometrie - entsprechendes EGK-Geräte - 12 Kanal EGK - EKG Monitoring

		<ul style="list-style-type: none"> - Defibrillator - Notfallausrüstung zur Intubation
Apparative Voraussetzungen		<ul style="list-style-type: none"> - 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
		<p>Voraussetzungen für die Teilnahme an der fachärztlichen, qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4</p> <p><input type="checkbox"/> Folgende Voraussetzungen erfülle ich in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
		<p><input type="checkbox"/> Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigen- oder Auftragsleistungen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax
Schulungsvoraussetzungen		<p>Ich beantrage die Durchführung der nachfolgenden Patientenschulungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Behandlungs- und Schulungsprogramm Hypertonie <input type="checkbox"/> Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) <input type="checkbox"/> Schulungs- und Behandlungsprogramm mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) <input type="checkbox"/> Kardio-Fit
		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulungen werden durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nicht-ärztlichen Schulungskraft nachgewiesen <input type="checkbox"/> Die räumliche Möglichkeit für Einzel- und Gruppenschulungen ist vorhanden <input type="checkbox"/> Die für die Schulungsprogramme erforderlichen Curricula und Medien sind vorhanden



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, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln 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 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	<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 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	<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.

	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 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.
--	--

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt