

Anlage 6 Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Asthma-Patienten

Die Teilnahmeerklärung der Ärzte zum DMP Asthma muss mindestens die nachfolgend aufgeführten Bestandteile beinhalten. Für die Aufnahme darüberhinausgehender Inhalte durch die KVSH ist die Zustimmung der Krankenkassen erforderlich. Die formelle Ausgestaltung der Teilnahmeerklärung obliegt der KVSH.

1. Allgemeine Angaben

- Name und Kontaktdaten des Antragstellers
- Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR)
- Angabe des Antragsstellers zur Tätigkeitsform (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung)
- Angabe des Antragstellers, zu welchem Datum die Genehmigung beantragt wird
- Angabe des Ortes der Leistungserbringung

2. Antragsgegenstand

Angabe des Antragstellers, für welche der nachfolgenden Versorgungsebene eine Genehmigung beantragt wird und Bestätigung, dass die entsprechend vorzuhaltenden Strukturvoraussetzungen erfüllt werden.

1. Versorgungsebene: Genehmigung als DMP-Arzt gemäß § 3

Ankreuzmöglichkeit zur Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen (nach Anlage 1) erfüllt werden:

- Für die Versorgung von Erwachsenen: Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung oder Praktische Ärzte
- Für die Versorgung von Kindern: Kinder- und Jugendarzt
- Angaben sind durch entsprechende Nachweise zu belegen.

2. Versorgungsebene: Genehmigung als DMP-Arzt gemäß § 4

Ankreuzmöglichkeiten zur Art der Teilnahme:

- Für die Versorgung von Erwachsenen: Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“ oder Facharzt für Innere Medizin, Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ oder Facharzt für Innere Medizin mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung
- Für die Versorgung von Kindern: Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Pneumologie“ oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Allergologie“ oder Kinder- und Jugendärzte mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung „Kinder-Pneumologie“
- Ich möchte in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig sein.
- Angaben sind durch entsprechende Nachweise zu belegen.

3. Schulungen

Angabe des Antragstellers, ob die Durchführung von im DMP vereinbarten Patientenschulungen gemäß § 20 und Anlage 4 beantragt wird.

- Angabe, welches Schulungsprogramm gem. § 35 Absatz 8 beantragt wird.
- Bestätigung, dass die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulungen durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nichtärztlichen Schulungskraft (Name, Vorname) nachgewiesen werden.

- Bestätigung, dass eine räumliche Möglichkeit für Gruppenschulungen sowie für die Schulungen erforderliche Curricula und Medien vorhanden sind.
- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate nachzuweisen sind.

4. Hinweise zu den Teilnahmevoraussetzungen

- Hinweis, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.
- Hinweis, dass Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.

5. Bestätigungen und Einwilligungen durch den Antragsteller

5.1 Bestätigung bzgl. Kenntnisnahme und Umsetzung der Vertragsinhalte

- Bestätigung des Antragstellers, dass er die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms (z. B. durch Arztmanual) zur Kenntnis genommen hat und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiert und umsetzt.
- Bestätigung des Antragstellers, dass er sich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrags, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV verpflichtet.
- Bestätigung, dass die Teilnahme an Asthma-spezifischen, durch Landesärztekammer oder die Fachgesellschaft zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen oder an spezifischen Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten gemäß Anlage 1 oder 2 zu erfüllen sind.

5.2 Einverständnis mit der Veröffentlichung von Arzt-Daten im Leistungserbringerverzeichnis, der Einschaltung der Datenstelle; Evaluation

- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 7a (z. B. Titel, Name, Praxisanschrift, LANR/BSNR, Umfang der Berechtigung, Schulungsberechtigung/en, Angabe der Leistungserbringerebene (§ 3 oder § 4)) im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis Asthma“ und auch im Internet (Arztauskunft KVSH) einverstanden ist und auch der 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 zustimmt.
- Zustimmung des Antragstellers zur Einschaltung der Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-ARRL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.
- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gem. Abschnitt X und die Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden ist.

6. Datenschutzrechtliche Hinweise im Rahmen des DMP

- Hinweis, dass der Antragsteller, bei der Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten die Datensicherheit nach geltenden Vorschriften der

EU-Datenschutzgrundverordnung einzuhalten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen hat.

- Hinweis, dass der Antragsteller, einmalig vor Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einholen muss (Unterschrift des Patienten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. Anlage 9).
- Hinweis, dass der Antragsteller, den Patienten bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung informieren muss.
- Hinweis, dass der Antragsteller, die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleisten muss.
- Hinweis, dass der anstellende Arzt die umfassende Information angestellter Vertragsärzte für im Rahmen des DMP erbrachte Leistungen in der Vertragsarztpraxis/Einrichtung übernimmt sowie die Datensicherheit bei der Datenerhebung personenbezogener Daten sowie der Weitergabe von Patientendaten an Dritte gewährleistet.
- Diese datenschutzrechtlichen Hinweise können auch im Arztmanual aufgeführt werden.

7. Sonstige Hinweise

- Hinweis, dass die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma freiwillig ist und dass die Teilnahme mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden kann.
- Hinweis, dass eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen zu Maßnahmen gemäß § 12 des Vertrages führt (gilt auch für angestellte Ärzte).
- Diese sonstigen Hinweise können auch im Arztmanual aufgeführt werden.

8. Unterschrift und Hinweise zur Genehmigung

- Hinweis, dass die Genehmigung des Antrags frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden kann.
- Hinweis, dass der Antragsteller mit seiner Unterschrift die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt.
- Hinweis, dass der vollständige Vertrag zum DMP Asthma auf den Internetseiten der KVSH nachgelesen werden kann.
- Datum, Praxisstempel und Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters/ bei angestelltem Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Unterschrift aller BAG-Mitglieder)