

Arztstempel

ANLAGE 3

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Teilnahme an dem DMP Vertrag COPD

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | | |
|----|-------|--------------------------|
| 1. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. | _____ | <input type="checkbox"/> |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (arztregister@kvhh.de) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

koordinierender Vertragsarzt (hausärztlich tätig) § 3 DMP-Vertrag COPD

Ich bin Facharzt für:

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- oder Praktischer Arzt

pneumologisch qualifizierte Vertragsärzte (fachärztlich tätig) § 4 DMP-Vertrag COPD

Ich bin Facharzt für:

- Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
- Lungen- und Bronchialheilkunde
- Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Teilgebietsbezeichnung "Lungen- und Bronchialheilkunde"

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Teilnahme

Ich beantrage die Genehmigung als

- koordinierender Arzt gemäß § 3 des Vertrages im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors und erfülle die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1**

oder

- als pneumologisch qualifizierter Arzt/ Einrichtung gemäß § 4 des Vertrages im Rahmen des fachärztlichen Versorgungssektors und erfülle die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2**

- Ich bestätige hiermit die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Schwerpunktabteilung Pneumologie**

Ich arbeite mit folgendem Krankenhaus zusammen:

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Hinweis Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen. Sollte dieser Nachweis von Ihrer Praxis bereits eingereicht worden sein, entfällt eine erneute Nachweispflicht.

- zusätzlich möchte ich in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig werden.**

Hinweis

Mir ist bekannt, dass ich als pneumologisch qualifizierter Arzt nur in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt teilnehmen kann, wenn ein Patient bereits vor der Einschreibung von mir dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

Schulungsarzt

- Ich möchte Patientenschulungen gemäß der Anlage 7 durchführen.
Das Schulungszertifikat für mich und mein Personal lege ich in Kopie dem Antrag bei.

- Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronischer obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA)

Tabakentwöhnung

- Ich möchte die Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung gemäß der Anlage 8 durchführen. Ich verfüge über die entsprechenden Kenntnisse der "Motivational-Interviewing-Technik"/"Motivierende Gesprächsführung" und lege als Nachweis nachfolgendes Fortbildungszertifikat bei:
 - Curriculum "Qualifikation Tabakentwöhnung" der Bundesärztekammer
 - Curriculum "Changetalk zur Tabakentwöhnung"
 - weitere gleichwertige Qualifizierungen

Bestätigung und Einverständnis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich das Arztmanual zur Kenntnis genommen habe.

- ich die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele einhalte,

- ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,

- ich bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken) sowie den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige.
- ich die bei mir angestellten Ärzte, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
 - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe an Patientendaten an Dritte
 erfüllen.

Mir und meinen angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist;
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 4 und 5 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 10 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- meine im Rahmen der DMP erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkassen und die KVH weitergeleitet werden.

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung und Datenstelle

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft),
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den Krankenkassen in Hamburg

geschlossenen Vertrag (Beauftragungsvertrag Datenstelle) genehmige ich.

Das gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die beteiligten Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt des Vertrages zu informieren.

Ich beauftrage die Datenstelle / die Arbeitsgemeinschaft

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

Rechtlicher Hintergrund

Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit COPD

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung/Gebührenfestsetzung

Bitte beachten Sie,

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.
- dieser Antrag ist gebührenpflichtig

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften aller BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel