

ANLAGE 3

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

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/oder 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. | | ☐ |
| 2. | _____ | ☐ |
| 3. | _____ | ☐ |
| 4. | _____ | ☐ |
- 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?

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Teilnahme und fachliche Qualifikation

Hausärztliche Versorgungsebene (koordinierender Arzt gemäß § 3)

- ☐ Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V und erfülle die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1

Fachärztliche Versorgungsebene (qualifizierter Facharzt gemäß § 4)

- ☐ Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie und erfülle die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2
- ☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie und erfülle die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2
- ☐ Ich möchte in Ausnahmefällen gemäß § 4 Abs. 3 als koordinierender Arzt tätig sein¹

¹Dies gilt in den Ausnahmefällen, dass Patienten bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Schulungsarzt

- ☐ Ich möchte Patientenschulungen gemäß § 18 i. V. m. Anlage 7 durchführen und bestätige, dass ich die erforderliche Strukturqualität für einen Schulungsarzt gem. Anlage 7 erfülle.
- ☐ Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis - „StruPi-RA
- ☐ Basisschulung RA

Hinweise zum Schulungszertifikat

Dem Antrag sind die für das beantragte Schulungsprogramm erforderlichen Schulungsnachweise des Arztes in Kopie beizufügen. Sollen Patientenschulungen auch durch nichtärztliches Personal durchgeführt werden, sind die entsprechenden Schulungsnachweise des eingesetzten Personals ebenfalls in Kopie beizufügen.

Bestätigung und Einwilligungen durch den Antragsteller

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen habe.
- ich die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des DMP zur Kenntnis genommen habe und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiere und umsetze.
- ich mich die 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 verpflichte.
- ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste.
- ich bei meiner Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten die Datensicherheit nach geltenden Vorschriften der EU-DSGVO einhalte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.
- ich einmalig vor Wiedergabe von Patientendaten an die Datenstelle vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche oder elektronische Einwilligung des Patienten einholen muss (Teilnahme und Einwilligungserklärung gem. Anlage 4) und den Patienten bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und Verarbeitung informieren muss.
- der anstellende Arzt die umfassenden Informationen 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.
- ich mit der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 5 im gesonderten Verzeichnis "Leistungserbringerverzeichnis Rheuma" , im Internet (Arztauskunft der KVH), des Verzeichnisses an dem Vertrag teilnehmender Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Hamburg an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. dem Landesprüfungsamt und an teilnehmenden Versicherten zustimme.

Mir und meinen angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.
- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist.
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann.
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 12 getroffen werden können.
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.

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 22 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

Ich bestätige, dass ich mit der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gem. Abschnitt IX und die Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden bin.

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 Vertrags zu informieren.

Rechtlicher Hintergrund

Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Rheuma

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

Bitte beachten Sie,

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem alle entscheidungsrelevanten Unterlagen vorliegen und 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.
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.
- dass der vollständige Vertrag zum DMP-Rheuma auf den Internetseiten der KVH nachgelesen werden kann.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

**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

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum

Hinweis: Es sind die Unterschriften aller BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. 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.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel

Gebührenformular zur Teilnahme am Vertrag DMP Rheuma

Allgemeine Hinweise:

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

Name, Vorname des Antragsstellers

Name, Vorname des Angestellten

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Angestellter