

Teilnahmeerklärung zum strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten mit **Koronarer Herzkrankheit (KHK)** gemäß § 137f SGB V auf Grundlage des § 83 SGB V



| | |
|--|---|
| Name und Kontaktdaten des Arztes (Leistungserbringer): Lebenslange Arztnummer (LANR) Betriebsstättennummer (BSNR) | Zulassung Ermächtigung Anstellung bei Genehmigung beantragt zum: |
|--|---|

Ort/e der Leistungserbringung:

| | |
|--|--|
| 1. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben Hausarzt | <p><u>DMP-Hausarzt gemäß § 3 Absatz 2</u></p> <p>Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 3 Absatz 2 aufgrund der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung unter der Voraussetzung mindestens folgender organisatorischer und apparativer Voraussetzungen beantragt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region, • Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards, • EKG • Belastungs-EKG¹, kann auch als Auftragsleistung erbracht werden. <p>(¹Nach den Leitlinien zur Ergometrie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie)</p> |
| 1a. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben Qualifizierter Facharzt (Ausnahmefallregelung) | <p><u>DMP-Facharzt gemäß § 3 Absatz 3</u></p> <p>Hiermit wird die Teilnahme als qualifizierter Facharzt gemäß § 3 Absatz 3 für Patienten, die bereits vor Einschreibung persönlich dauerhaft betreut wurden, beantragt (Ausnahmefallregelung) und die Voraussetzungen der kardiologisch qualifizierten Versorgung werden wie folgt nachgewiesen:</p> <p style="text-align: center;">Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin und Kardiologie</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p style="text-align: center;">ersatzweise in der Hypertonie qualifizierter Facharzt für Innere Medizin</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p style="text-align: center;">Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Doppler-Echokardiographien (gemäß Ultraschall-Vereinbarung § 135 Abs. 2 SGB V).</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p> |
| 2. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben Nicht invasive Diagnostik und Therapie | <p><u>Kardiologisch qualifizierte Versorgung gemäß § 4</u></p> <p>Hiermit wird die Teilnahme an der kardiologisch qualifizierten Versorgungsebene für die <u>nicht invasive</u> Diagnostik und Therapie gemäß § 4 beantragt und die fachliche Qualifikation wird wie folgt nachgewiesen:</p> <p style="text-align: center;">Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin und Kardiologie</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p style="text-align: center;">ersatzweise als in der Hypertonie qualifizierter Facharzt für Innere Medizin</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p style="text-align: center;">Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Doppler-Echokardiographien (gemäß Ultraschall-Vereinbarung § 135 Abs. 2 SGB V).</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p> |
| 2a. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben Invasive Diagnostik und Therapie | <p><u>Kardiologisch qualifizierte Versorgung gemäß § 4</u></p> <p>Hiermit wird die Teilnahme an der kardiologisch qualifizierten Versorgungsebene für die <u>invasive</u> Diagnostik und Therapie gemäß § 4 beantragt</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p style="text-align: center;">durch die fachliche Qualifikation zur nicht invasiven Diagnostik und Therapie <u>und zusätzlich</u> durch die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie (gemäß Vereinbarung zur invasiven Kardiologie § 135 Abs. 2 SGB V) nachgewiesen.</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p> |

DMP-Vertrag Koronare Herzkrankheit (KHK)

| | |
|--|---|
| <p>3. Organisatorische Voraussetzungen</p> <p>(Nachweispflicht für Antragsteller nach § 3 Abs. 3 und/oder § 4)</p> | <p>Die Qualifikation des medizinischen Personals, z. B. Notfallschulung, ist gegeben.</p> <p>Die Zusammenarbeit wird gewährleistet</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit Haus- und Fachärzten in der Region, • mit einer zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierten Praxis / Einrichtung, • mit einem Zentrum für Herzchirurgie, • mit einer qualifizierten Praxis / Einrichtung für Nuklearmedizin, <p>Die Zusammenarbeit bzw. Kenntnisse mit/über Koronarsportgruppen in der Region sind gegeben.</p> |
| <p>4. Apparative Voraussetzungen</p> <p>(Nachweispflicht für Antragsteller nach § 3 Abs. 3 und/oder § 4)</p> | <p>Folgende apparative Voraussetzungen sind gegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutdruckmessgerät, • 24-Stunden-Blutdruckmessgerät, • EKG, • Belastungs-EKG (unter Beachtung der Leitlinien zur Ergometrie der DGK), • Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (gem. Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle nach § 135 Abs. 2 SGB V), ggf. per Auftragsleistung, • Nachweis der apparativen Voraussetzungen zur Durchführung der Doppler-Echokardiographie und Belastungs-Echokardiographie (gemäß Ultraschall-Vereinbarung § 135 Abs. 2 SGB V). |
| <p>Optional</p> <p>5. Durchführung Patientenschulungen</p> <p>(für Antragsteller nach § 3 und/oder § 4)</p> | <p>Die Durchführung von Schulungen gemäß § 35 wird hiermit beantragt: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI) SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) Kardio-Fit</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 werden erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die räumliche Ausstattung ermöglicht Einzel- und Gruppenschulungen, • Curricula und Medien der angebotenen Patientenschulungsprogramme sind vorhanden. <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate (Arzt und Schulungskraft)!</p> <hr/> <p>Die Durchführung von Schulungen erfolgt gemäß § 35 Absatz 1 Satz 2 im Rahmen einer ambulanten Schulungsgemeinschaft und die einschlägigen Voraussetzungen werden gesondert nachgewiesen.</p> |
| <p>6. Hinweise</p> | <p>Teilnahmevoraussetzungen und Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.</p> <p>Schulungen für Patienten mit KHK und nicht-insulinpflichtigem bzw. insulinpflichtigem Diabetes mellitus werden über die jeweiligen Diabetesverträge abgedeckt.</p> |
| <p>7. Erklärungen</p> | <p>Mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung wird bestätigt, dass die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms (z. B. durch Arztmanual/Wegweiser) zur Kenntnis genommen und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiert und umgesetzt werden.</p> <p>Des Weiteren wird bestätigt, dass die Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV verpflichtend eingehalten und beachtet werden.</p> <p>Der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 10 (z. B. Titel, Name, Praxisanschrift, LANR/BSNR, Umfang der Berechtigung, Schulungsberechtigung/en, Angabe der Versorgungsebene) im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis KHK“ und auch im Internet (Arztauskunft KVN) sowie der Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis KHK“ an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Niedersachsen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfamt und an die teilnehmenden Versicherten wird zugestimmt.</p> <p>Des Weiteren wird der Einschaltung der Datenstelle zugestimmt sowie die Ermächtigung erteilt, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-ARL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.</p> <p>Es wird das Einverständnis der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erklärt.</p> |

**Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden.
 Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.**

Datum / Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters / bei angestelltem Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Unterschrift aller BAG-Mitglieder) / **Stempel**

Der vollständige DMP-Vertrag KHK kann unter www.kvn.de nachgelesen werden.