

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



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

**Ort/e der Leistungserbringung:**

1. <b>Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</b>  <b>Versorgungsebene 1</b>	<p><b>DMP-Arzt gemäß § 3</b></p> <p>Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 3 Absatz 2 an der hausärztlichen Versorgungsebene beantragt und die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch das Führen der Facharztbezeichnung</p> <p style="padding-left: 40px;">Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt oder Innere Medizin (Hausärztliche Versorgung) <b><u>oder</u></b></p> <p style="padding-left: 40px;">Kinder- und Jugendmedizin (für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab vollendetem 1. Lebensjahr) <b><u>und</u></b></p> <p style="padding-left: 40px;">der Bestätigung der Einhaltung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 zum DMP-Vertrag und der Vorhaltung mindestens folgender apparativer Ausstattung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• z. B. Spirometer mit Flussvolumenkurve</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</b></p>
1a. <b>Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</b>  <b>Qualifizierter Facharzt (Ausnahmefallregelung)</b>	<p>Hiermit wird die Teilnahme als Facharzt gemäß § 3 Absatz 4 für Patienten, die bereits vor Einschreibung persönlich dauerhaft betreut wurden oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, beantragt (Ausnahmefallregelung) und die Strukturvoraussetzungen der fachärztlichen pneumologisch qualifizierten Versorgung gemäß Anlage 2 zum DMP-Vertrag nachgewiesen.</p> <p style="text-align: center;"><b>Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</b></p>
2. <b>Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</b>  <b>Versorgungsebene 2</b>	<p><b>Fachärztlich pneumologische Versorgung gemäß § 4</b></p> <p>Hiermit wird die Teilnahme an der fachärztlich pneumologischen Versorgungsebene gemäß § 4 beantragt und die fachliche Qualifikation nachgewiesen durch das Führen der Facharztbezeichnung</p> <p style="padding-left: 40px;">Innere Medizin und Pneumologie <b><u>oder</u></b></p> <p style="padding-left: 40px;">Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde <b><u>oder</u></b></p> <p style="padding-left: 40px;">Facharzt für Innere Medizin mit 12monatiger Zusatzweiterbildung in pneumologischer Abteilung <b><u>oder</u></b></p> <p style="padding-left: 40px;"><u>Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab vollendetem 1. Lebensjahr auch:</u></p> <p style="padding-left: 40px;">Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-[und Jugend-]Pneumologie <b><u>oder</u></b></p> <p style="padding-left: 40px;">Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Allergologie <b><u>oder</u></b></p> <p style="padding-left: 40px;">Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit 12monatiger Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie</p> <p style="text-align: center;"><b>Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</b></p>

<p><b>3. Organisatorische und apparative Voraussetzungen</b></p> <p><b>Versorgungsebene 2</b></p> <p><b>(Nachweispflicht für Antragsteller nach § 3 Abs. 4 und/oder § 4)</b></p>	<p>Ein pneumologischer Behandlungsschwerpunkt ist gegeben.</p> <p>Die Zusammenarbeit wird gewährleistet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit Haus- und Fachärzten in der Region und</li> <li>• mit einem Krankenhaus mit (pädiatrisch-)pneumologischen Tätigkeitsfeld</li> </ul> <p>Die Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren ist gegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometrieinheit mit der Möglichkeit der Erfassung folgender Messparameter: Ruhespirographische Messung, Flussvolumenkurve, Broncholysetest</li> <li>• Ganzkörper-Plethysmographie (nicht für Kinder- und Jugendmediziner)</li> <li>• Blutgasanalyse (nicht für Kinder- und Jugendmediziner)</li> <li>• Möglichkeit zu laborchemischen Untersuchungen, zum Beispiel Pulsoxymetrie)</li> </ul>
<p><b>Optional</b></p> <p><b>4. Durchführung Patienten-Schulungen</b></p>	<p>Die Durchführung von Schulungen gemäß § 35 wird hiermit beantragt:</p> <p><u>Asthma-Schulung für Erwachsene</u></p> <p>Schulungsprogramm <b>NASA</b> (Nationales Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker)</p> <p><u>Asthma-Schulung für Kinder und Jugendliche</u></p> <p>Qualitätsmanagement in der Asthaschulung von Kindern und Jugendlichen:</p> <p>Schulungsteil <b>ADEV</b> – AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter (= Asthaschulung von Vorschulkindern (Asthma-Kleinkindschulung) <u>bis</u> 5 Jahre)</p> <p>Schulungsteil <b>AGAS</b> – AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter (= Asthaschulung von Kindern und Jugendlichen <u>ab</u> 5 Jahre)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>und</u></b></p> <p>die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 zum DMP-Vertrag werden erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die räumliche Ausstattung ermöglicht Einzel- und Gruppenschulungen (Vorhaltung eines Schulungsraumes)</li> <li>• Curricula und Medien der angebotenen Patientenschulungsprogramme sind vorhanden</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate (Arzt und Schulungskraft)!</b></p> <hr/> <p>Hiermit wird die Durchführung von Schulungen im Rahmen einer ambulanten Schulungsgemeinschaft beantragt und die einschlägigen Voraussetzungen werden gesondert nachgewiesen.</p>
<p><b>5. Hinweise</b></p>	<p>Die Teilnahmevoraussetzungen und Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.</p>
<p><b>6. Erklärungen</b></p>	<p>Mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung wird die Kenntnisnahme des DMP-Wegweiser Teil 2 (= Organisatorisch-administrativer Rahmen für die Durchführung) bestätigt.</p> <p>Mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung werden die Vertragsinhalte und -ziele nebst Anlagen akzeptiert und der vertraglich geregelten Datenverarbeitung sowie Veröffentlichung der Praxiskontaktaten, auch im Internet (Arztauskunft KVN) und im Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 10, zugestimmt. Darüber hinaus wird der Weitergabe des Verzeichnisses gemäß Anlage 10 an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung, Niedersachsen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesversicherungsamt bzw. den Landesprüfamt und an die teilnehmenden Versicherten zugestimmt.</p> <p>Die im DMP-Vertrag benannten Versorgungsinhalte gemäß § 9, Aufgaben und Kooperationsregeln gemäß Abschnitt II und Inhalte zur Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV werden beachtet und eingehalten.</p> <p>Der Einschaltung der DMP-Datenstelle gemäß DMP-Vertrag wird zugestimmt.</p> <p>Die Datenstelle wird ermächtigt, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 10 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.</p> <p>Mit Unterschrift wird das Einverständnis zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erteilt.</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 Asthma kann unter [www.kvn.de](http://www.kvn.de) nachgelesen werden.**