

Teilnahmeerklärung zum strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen (**DMP Brustkrebs**) gemäß § 137f SGB V auf Grundlage § 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:

<p>1. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</p>	<p>Es wird die Genehmigung zur Teilnahme am DMP-Vertrag Brustkrebs beantragt und die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DMP-Arzt gemäß § 3 Absatz 2)</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p>Es wird die Genehmigung zur Teilnahme am DMP-Vertrag Brustkrebs gemäß § 3 Absatz 6 (Ausnahmefallregelung) beantragt und die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung</p> <ul style="list-style-type: none"> Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin Praktische/r Arzt / Ärztin Arzt / Ärztin ohne Gebietsbezeichnung Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin (Haus-/Fachärztliche Versorgung) <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>Nachweis einer mindestens 12monatigen klinischen Tätigkeit in der Frauenheilkunde unter Anleitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Gynäkologen</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p>Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt durch die KVN.</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>
<p>2. Fachliche Voraussetzungen</p> <p>(Nachweispflicht für Antragsteller nach § 3 Abs. 2 <u>und</u> § 3 Abs. 6)</p>	<p>Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (gemäß Anlage 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte) durch die KVN liegt vor</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>die Teilnahme an Brustkrebs-spezifischen Fortbildungen mit folgenden Inhalten wird nachgewiesen*:</p> <ul style="list-style-type: none"> Epidemiologische Daten zum Mammakarzinom Diagnostik Histologische Befunde und deren Bedeutung Prognosefaktoren Operative Techniken Systemische Therapie Strahlentherapie Schmerztherapie, alternative Verfahren, supportive Therapie Aufklärungsgespräch / Patientinnenberatung / Psychosoziale Betreuung Nachsorge/Rehabilitative Maßnahmen. <p>*Hinweis: Sofern die Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf die Brustkrebs-spezifischen Fortbildungen zum Zeitpunkt des Antrags noch nicht bzw. nicht vollständig erfüllt sind, besteht die Verpflichtung, innerhalb des ersten Jahres der Teilnahme mindestens vier (4) Inhalte und nach Ablauf des zweiten Jahres der Teilnahme alle Inhalte nachzuweisen.</p> <p><u>Verpflichtende Erklärung</u></p> <p>Sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung die geforderte Brustkrebs-spezifische Fortbildung noch nicht bzw. nicht vollständig nachgewiesen werden kann, ist der Nachweis zur Anmeldung zur Fortbildung von mindestens vier Inhalten innerhalb von drei Monaten und zu den übrigen Inhalten innerhalb von 15 Monaten nach der Teilnahmegenehmigung gegenüber der KVN zu erbringen.</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>

DMP-Vertrag Brustkrebs

3. Erklärungen	<p>Mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung wird der DMP-Wegweiser Teil 2 (= Organisatorisch-administrativer Rahmen für die Durchführung des DMP inklusive datenschutzrechtlicher Hinweise zur Erhebung und Nutzung von Daten) zur Kenntnis genommen.</p> <p>Mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung werden die Vertragsinhalte nebst Anlagen akzeptiert und der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 10a (z. B. Titel, Name, Praxisanschrift, LANR/BSNR, Schulungsberechtigung/en, Angabe der Leistungserbringerebene (§ 3 und/oder § 4)) im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis Brustkrebs“ und auch im Internet (Arztauskunft KVN) sowie der Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis Brustkrebs“ an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Niedersachsen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesversicherungsamt (BVA) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten zugestimmt.</p> <p>Die Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben und Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV wird bestätigt.</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 der Anlage 4 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.</p> <p>Einverständnis zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.</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 Brustkrebs kann unter www.kvn.de nachgelesen werden.

Stand: 01.10.2018