

Teilnahmeerklärung zum strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten mit **COPD** gemäß § 137 f 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:

<p>1a. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</p> <p>Versorgungsebene 1</p>	<p>DMP-Hausarzt gemäß § 3</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 3 Absatz 2 aufgrund der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung unter der Vorhaltung mindestens folgender apparativer Ausstattung beantragt:</p> <ul style="list-style-type: none">• (zum Beispiel) Spirometer mit Flussvolumenkurve. <p>DMP-Facharzt gemäß § 3</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Hiermit wird die Teilnahme als COPD-qualifizierter Facharzt gemäß § 3 Absatz 3 für Patienten, die bereits vor Einschreibung persönlich dauerhaft betreut wurden oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, beantragt (Ausnahmefallregelung) und die fachliche Qualifikation wie folgt nachgewiesen:</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin (fachärztliche Versorgung)</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p><input type="checkbox"/> kontinuierliche Betreuung von mindestens 50 pneumologischen Fällen je Quartal (als Durchschnitt der letzten vier Abrechnungsquartale)</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Vorhaltung mindestens folgender apparativer Ausstattung: (zum Beispiel) Spirometer mit Flussvolumenkurve. <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p><input type="checkbox"/> 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 (= Versorgungsebene 2) werden gemäß Anlage 2 zum DMP-Vertrag gesondert nachgewiesen.</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>
---	--

DMP-Vertrag COPD

<p>1b. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</p> <p>Versorgungsebene 2</p>	<p>Fachärztliche pneumologisch qualifizierte Versorgungsebene gemäß § 4</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Hiermit wird die Teilnahme an der fachärztlichen pneumologisch qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4 beantragt</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>die fachliche Qualifikation wird nachgewiesen durch das Führen der Facharztbezeichnung</p> <p><input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p><input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p><input type="checkbox"/> ersatzweise als Vertragsarzt mit Nachweis einer mindestens 12monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologisch ausgerichteten Abteilung eines Krankenhauses/Praxis mit Weiterbildungsermächtigung oder vergleichbaren Abteilung/Praxis</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p><input type="checkbox"/> dem Nachweis eines pneumologischen Behandlungsschwerpunktes von mindestens 200 pneumologischen Fällen je Quartal (als Durchschnitt der letzten vier Abrechnungsquartale)</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>der Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrieinheit mit der Möglichkeit der Erfassung folgender Messparameter, zum Beispiel Ruhespirographische Messung, Flussvolumenkurve, Broncholysetest • Ganzkörper-Plethysmographie • Möglichkeit zu laborchemischen Untersuchungen. <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>
<p>Optional</p> <p>2. Durchführung Patientenschulungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Die Durchführung von Schulungen gemäß § 35 wird hiermit beantragt:</p> <p><input type="checkbox"/> Schulungsprogramm COBRA - für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (Umbenennung von AFBE)</p> <p><input type="checkbox"/> Schulungsprogramm ATEM (COPD-Patientenschulung)</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p><input type="checkbox"/> die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 werden erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die räumliche Ausstattung ermöglicht Einzel- und Gruppenschulungen (Vorhaltung eines Schulungsraumes) • 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><input type="checkbox"/> Hiermit wird die Durchführung von Schulungen im Rahmen einer ambulanten Schulungsgemeinschaft beantragt und die einschlägigen Voraussetzungen werden gesondert nachgewiesen.</p>
<p>3. Hinweise</p>	<p>Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.</p> <p>Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.</p>
<p>4. Erklärungen</p>	<p>Mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung wird der DMP-Wegweiser Teil 2 (= Organisatorisch-administrativer Rahmen für die Durchführung des DMP) zur Kenntnis genommen.</p> <p>Mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung werden die Vertragsinhalte nebst Anlagen akzeptiert und der Veröffentlichung der Praxiskontaktdaten, auch im Internet (Arztauskunft KVN), zugestimmt.</p> <p>Die im DMP-Vertrag benannten Behandlungsprozesse, Aufgaben und Pflichten werden umgesetzt 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 der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 12 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.</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**

Stand: 01.01.2018

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