

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) _____	<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Ermächtigung <input type="checkbox"/> Anstellung bei _____ Genehmigung beantragt zum: _____
--	---

**Ort/e der Leistungserbringung:**

<b>1.</b> <b>Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</b>  <b>Versorgungsebene 1</b>	<p><b>DMP-Arzt gemäß § 3</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 3 Absatz 2 an der hausärztlichen Versorgungsebene beantragt und die fachliche Befähigung wie folgt nachgewiesen:</p> <p><u>Für die Versorgung von Erwachsenen</u></p> <p><input type="checkbox"/> Führen der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Gebietsbezeichnung oder Innere Medizin (Hausarzt) und Bestätigung der Einhaltung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 zum DMP-Vertrag sowie der Mindestanforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren: Verfügbarkeit mindestens folgender apparativer Ausstattung, z. B. Spirometer mit Flussvolumenkurve</p> <p style="text-align: center;"><b><u>oder</u></b></p> <p><u>Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab Vollendung des ersten Lebensjahres</u></p> <p><input type="checkbox"/> Führen der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin</p> <p style="text-align: center;"><b><u>oder</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Führen der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Gebietsbezeichnung oder Innere Medizin (Hausarzt)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>und</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Bestätigung der Einhaltung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 zum DMP-Vertrag sowie der Mindestanforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren: Verfügbarkeit mindestens folgender apparativer Ausstattung, z. B. Spirometer mit Flussvolumenkurve</p> <p style="text-align: center;"><b>Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</b></p>
<b>1a.</b> <b>Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</b>  <b>Qualifizierter Facharzt (Ausnahmefall)</b>	<p><input type="checkbox"/> Hiermit wird die Teilnahme als Facharzt gemäß § 3 Absatz 3 für Patienten beantragt (<b>Ausnahmefallregelung</b>), die bereits vor Einschreibung persönlich dauerhaft betreut wurden oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist und die Strukturvoraussetzungen der fachärztlichen pneumologisch qualifizierten Versorgung gemäß Anlage 2 zum DMP-Vertrag nachgewiesen werden. Insofern ein nach § 4 teilnehmender Arzt koordinierend tätig ist, sind zusätzlich zu den Aufgaben nach § 4 Absatz 4 die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 3 Absatz 5 zu erfüllen.</p> <p style="text-align: center;"><b>Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</b></p>
<b>2.</b> <b>Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</b>  <b>Versorgungsebene 2</b>	<p><b>Fachärztlich pneumologische Versorgung gemäß § 4</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 4 an der fachärztlich pneumologischen Versorgungsebene beantragt und die fachliche Qualifikation durch das Führen der Facharztbezeichnung nachgewiesen:</p> <p><u>Für die Versorgung von Erwachsenen</u></p> <p><input type="checkbox"/> Innere Medizin und Pneumologie</p> <p style="text-align: center;"><b><u>oder</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p style="text-align: center;"><b><u>oder</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Innere Medizin mit 12monatiger Zusatzweiterbildung in pneumologischer Abteilung</p> <p style="text-align: center;"><b><u>oder</u></b></p> <p><u>Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab Vollendung des ersten Lebensjahres</u></p> <p><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</p> <p style="text-align: center;"><b><u>oder</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Allergologie</p> <p style="text-align: center;"><b><u>oder</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 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. 3 und/oder § 4)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ein pneumologischer Behandlungsschwerpunkt ist gegeben</li> <li><input type="checkbox"/> Die Zusammenarbeit wird gewährleistet             <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> </li> <li><input type="checkbox"/> Die Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren ist gegeben:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometrieeinheit 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</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Optional</b></p> <p><b>4. Durchführung Patientenschulungen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Die Durchführung von Schulungen gemäß § 35 in Verbindung mit § 20 wird hiermit beantragt für:             <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Asthma-Schulung für Erwachsene</u></li> <li><input type="checkbox"/> Schulungsprogramm <b>NASA</b> (= Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker)</li> <li><u>Asthma-Schulung für Kinder und Jugendliche</u></li> <li><input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Schulungsteil <b>AGAS</b> – AG Asthmaschulung im Kinders- und Jugendalter (= Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen <u>ab</u> 5 Jahre)</li> </ul> </li> <li><u>Asthma-Kleinkindschulung</u></li> <li><input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Schulungsteil <b>ASEV</b> – AG Asthmaschulung im Kinders- und Jugendalter (= Asthmaschulung von Vorschulkindern (Asthma-Kleinkindschulung) <u>bis</u> 5 Jahre)</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>und</u></b></p> <li><input type="checkbox"/> die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 zum DMP-Vertrag werden erfüllt:             <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> </li> </li></ul>
<p><b>5. Hinweise</b></p>	<p>Die Teilnahmevoraussetzungen sowie die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind arzt- und (neben-) betriebsstättenbezogen zu erfüllen.</p> <p>Hinweise zum Datenschutz sind im DMP-Wegweiser Teil 2 (= Organisatorisch-administrativer Rahmen für die Durchführung) nachzulesen.</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>Zustimmung zur 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 (ambulanter Sektor)“ und auch im Internet (Arztauskunft KVN) sowie der Weitergabe des Verzeichnisses an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte und MVZ, die Datenstelle, die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das BAS bzw. den Landesprüfdienst, die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft, die Krankenhäuser, die Rehabilitationseinrichtungen sowie die teilnehmenden und teilnahmewilligen Versicherten.</p> <p>Einverständnis zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.</p> <p>Zustimmung zur Einschaltung der DMP-Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 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 die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages 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 Asthma kann unter [www.kvn.de](http://www.kvn.de) nachgelesen werden.**