

Name und Kontaktdaten des Arztes (Leistungserbringer): _____ Lebenslange Arztnummer (LANR) _____ Betriebsstättennummer/n (BSNR) _____	<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Ermächtigung <input type="checkbox"/> Anstellung bei _____ Genehmigung beantragt zum: _____
---	---

Ort/e der Leistungserbringung:

1a. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben Versorgungsebene 1	<p>DMP-Arzt gemäß § 3 Absatz 2 (Hausärztliche Versorgung)</p> <hr/> <input type="checkbox"/> Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 3 Absatz 2 als Hausarzt* beantragt <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <input type="checkbox"/> die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 zum Vertrag unter Vorhaltung folgender apparativer Ausstattung bestätigt: <ul style="list-style-type: none"> • (z.B.) Spirometer mit Flussvolumenkurve. (*Hausarzt nach § 73 Abs. 1a SGB V (Zulassung als Arzt, Allgemeinarzt, Prakt. Arzt, hausärztlich tätiger Internist))
1b. Antragsgegenstand / Fachliche Befähigung Arzt Ausnahmefallregelung	<p>DMP-Facharzt gemäß § 3 Absatz 3</p> <hr/> <input type="checkbox"/> Hiermit wird die Teilnahme als 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 Strukturvoraussetzungen der fachärztlichen pneumologisch qualifizierten Versorgung (= Versorgungsebene 2) werden gemäß Anlage 2 zum DMP-Vertrag gesondert nachgewiesen. *Hinweis: Ärzte, die die bis einschließlich 30.09.2020 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 30.09.2020 erhalten haben, nehmen auch nach dem 01.10.2020 weiterhin am DMP teil. <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>
2. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben Versorgungsebene 2	<p>Fachärztliche pneumologisch qualifizierte Versorgungsebene gemäß § 4</p> <hr/> <input type="checkbox"/> Hiermit wird die Teilnahme an der fachärztlichen pneumologisch qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4* beantragt <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> die fachliche Qualifikation wird nachgewiesen durch das Führen der Facharztbezeichnung <input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <input type="checkbox"/> Innere Medizin mit 12-monatiger Zusatzweiterbildung in pneumologischer Abteilung <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <input type="checkbox"/> dem Nachweis eines pneumologischen Behandlungsschwerpunktes <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <input type="checkbox"/> der Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren: <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrieinheit mit der Möglichkeit der Erfassung folgender Messparameter: Ruhespirographische Messung, Flussvolumenkurve, Broncholysetest • Ganzkörper-Plethysmographie • Möglichkeit zu laborchemischen Untersuchungen. *Hinweis: Ärzte, die die bis einschließlich 30.09.2020 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 30.09.2020 erhalten haben, nehmen auch nach dem 01.10.2020 weiterhin am DMP teil. <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>

DMP-Vertrag COPD

3. Organisatorische Voraussetzungen (nur Versorgungsebene 2)	<input type="checkbox"/> Die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region wird gewährleistet. <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <input type="checkbox"/> Die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Tätigkeitsschwerpunkt Pneumologie wird gewährleistet.
Optional 4. Durchführung Patienten-Schulungen	<input type="checkbox"/> Hiermit wird die Durchführung und Abrechnung von Patientenschulungen gemäß § 35 in Verbindung mit Anlage 11 zum Vertrag für folgende Schulungsprogramme beantragt (bitte ankreuzen): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Schulungsprogramm COBRA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Schulkraft _____ (Name/n) <input type="checkbox"/> Schulungsprogramm ATEM <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> Schulkraft _____ (Name/n) <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <input type="checkbox"/> die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 werden erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> • Die räumliche Ausstattung ermöglicht Einzel- und Gruppenschulungen (Vorhaltung eines Schulungsraumes). • Curricula und Medien der angebotenen Patientenschulungsprogramme sind vorhanden. • Einhaltung der Anforderungen an die Durchführung der Schulungsprogramme unter Nachweis der erforderlichen Schulungszertifikate von Arzt / nichtärztlicher Schulkraft. <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate (Arzt und Schulkraft)!</p>
5. Hinweis	Die Teilnahmevoraussetzungen und Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
6. Erklärungen	Kenntnisnahme des DMP-Wegweiser Teil 2 (= Organisatorisch-administrativer Rahmen für die Durchführung des DMP) mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung; Bestätigung, dass die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiert und umgesetzt werden; Verpflichtung zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrags, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV; Einverständnis mit der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 10 (z. B. Titel, Name, Praxisanschrift, LANR/BSNR, Umfang der Berechtigung, Schulungsberechtigung/en, Angabe der Leistungserbringerebene (§ 3 und/oder § 4)) im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ und auch im Internet (Arztauskunft KVN) und Zustimmung der Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis COPD“ 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 bzw. den Landesprüfamt und an die teilnehmenden Versicherten; Zustimmung zur Einschaltung der Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 12 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten; Einverständnis der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gem. Abschnitt X und der Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

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 COPD kann unter www.kvn.de nachgelesen werden.