

KV Nordrhein
 Abteilung Qualitätssicherung
 40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970-33186
 E-Mail: DMP-Asthma-Copd@kvno.de

**Teilnahmeerklärung des Arztes zu dem
 strukturierten Behandlungsprogramm (DMP)
 Asthma bronchiale/COPD nach § 137f SGB V**

Der Antrag wird gestellt für:

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen oder ange- stellt oder persönlich er- mächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

Kontaktdaten der Praxis:

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

- Ich möchte als **koordinierender Arzt (hausärztliche Versorgungsebene) gemäß § 3** teilnehmen;
 - als Hausarzt gemäß § 73 SGB V (§ 3 Abs. 2 und Anlage 1)
 - als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (nur Programmteil Asthma bronchiale)
 - als Facharzt (fachärztlich qualifizierte Versorgungsebene, siehe § 3 Abs. 4 und Anlage 2 – Ausnahme)

- Ich möchte als **qualifizierter Facharzt (fachärztlich qualifizierte Versorgungsebene) gemäß § 4 und Anlage 2** teilnehmen (2. Versorgungsebene);
 - Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
 - Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
 - Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
 - Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mit dem Nachweis einer 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung sowie dem Nachweis des aktuellen Tätigkeitsschwerpunkts Pneumologie aufgrund
 - der Genehmigung zur Abrechnung der GOP13650 zusammen mit 13651 des EBM
oder
 - b) aufgrund ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale und COPD

Ergänzend zum Programmteil Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche
(Versorgung von Kindern und Jugendlichen vom vollendeten ersten Lebensjahr bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr)

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

- mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- mit der Zusatzweiterbildung Allergologie bei Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Schwerpunktabteilung Pneumologie
- mit dem Nachweis einer 12-monatigen Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte sowie dem Nachweis des aktuellen Tätigkeitsschwerpunkts Pneumologie aufgrund
 - der Genehmigung zur Abrechnung der GOP 04530 zusammen mit 04532 und 04534 des EBM
oder
 - aufgrund ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale

- Ich möchte **Patientenschulungen** gemäß Anlage 7 durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

Teilnahmeerklärung zu dem DMP Asthma bronchiale/ COPD

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale/ COPD informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationsmedien habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen. Das auf der Seite der KV Nordrhein zum jeweiligen DMP unter eingestellte DMP-Arztmanual habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 10, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben gemäß § 3 und 4 des Abschnitts II.

Ich weiß, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von dem Patienten und mir unterschrieben sein muss, bevor ich die Erstdokumentation erstelle und - am besten zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung - an die Datenstelle weiterleite.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den Vorschriften des Strafgesetzbuches gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DS-GVO und besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten TE/EWE die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Ärzteverzeichnis“,
- der Weitergabe des Ärzteverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. die Landesprüfendienste, die KGNW und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Teilnahmeerklärung zu dem DMP Asthma bronchiale/ COPD

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 23 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i. S. d. § 25 Absatz 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
Praxisinhabers/in

Ort, Datum

Unterschrift des/der
angestellten Arztes/Ärztin

Arztstempel: