

Anlage 3



Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

**Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schirrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund**

Faxnummer: 0231/9432-1569

E-Mailadresse: versorgungsqualitaet@kvwl.de



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

Der Antrag wird gestellt für:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

zugelassen
angestellt
persönlich ermächtigt

ab:

Anstellung

bei:

Facharztanerkennung

als:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Erklärung zur Teilnahme an folgenden Programmteilen

Asthma bronchiale und COPD

nur Asthma bronchiale

nur COPD

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) für Versicherte mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Mir ist bekannt, dass ich zu den Programmteilen umfangreiche tagesaktuelle Informationen auf den Internetseiten der KVWL erhalte.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 11, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

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.

An der Vereinbarung zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma bronchiale und COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Krankenkassen nehme ich teil als:

Koordinierender Arzt (1. Versorgungsebene)

(gem. § 73 Abs. 1a SGB V i. V. m. Anlage 1 dieser Vereinbarung)

Hausärztlicher Versorgungssektor

Kinder- und Jugendärzte (nur Programmteil Asthma bronchiale)

- in Ausnahmefällen -

Fachärztlich/qualifizierter Arzt entsprechend Nummer 1.6.1 Sätze 2 und 3 der Anlagen 9 und 11 der DMP-A-RL

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

a) aufgrund der Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 zusammen mit 13651 des EBM
oder

b) aufgrund ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale

Fachärztlich qualifizierter Arzt (2. Versorgungsebene)

(gem. § 4 der Vereinbarung i. V. m. Anlage 2 der Vereinbarung)

Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie

Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde

Fachärztlich für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pulmologie

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

a) 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

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 Pneumologie

mit der Zusatzweiterbildung Allergologie bei Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Schwerpunktabteilung Pneumologie

mit dem Nachweis einer 12-monatigen Zusatzweiterbildung Kinderpneumologie 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

mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale

Patientenschulungen

Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 9 durchführen

für Asthma bronchiale

für COPD

Die Schulungsqualifikationen für mich bzw. meine angestellte Ärztin / meinen angestellten Arzt und mein Personal sind beigefügt.

Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen und geforderten Voraussetzungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.
- ich mit der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, an das BAS und an die teilnehmenden Versicherten einverstanden bin.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)