



Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme am DMP Asthma bronchiale

gemäß § 137f SGB V zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Sachsen

Antragsteller/-in:

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:

(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung |

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1. Beantragte Leistung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm DMP Asthma bronchiale.

Die Teilnahmeerklärung(en) am DMP Asthma bronchiale

- liegt/liegen der KV Sachsen bereits vor.
- liegt/liegen diesem Antrag bei.

2. Fachliche Voraussetzungen

2.1 koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3

- Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt
- Facharzt für Innere Medizin (hausärztlich tätiger Internist)
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (für die Koordinierung bei Kindern und Jugendlichen – nur im DMP Asthma)
- Facharzt nach Punkt 2.2
- Facharzt nach Punkt 2.3

2.2 pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor – Erwachsene gem. § 4

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“
- Facharzt für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“
- Facharzt für Innere Medizin mit Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung oder vergleichbarer Abteilung und Nachweise eines pneumologischen Behandlungsschwerpunktes mit mind. 50 behandelten Fällen/Quartal

2.3 pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor – Kinder u. Jugendliche

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Schwerpunkt „Kinder-Pneumologie“
- Facharzt für Kinderheilkunde mit Teilgebiet „Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde“
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung „Allergologie“
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin / Facharzt für Kinderheilkunde mit Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder vergleichbaren Abteilung und Nachweis von mindestens 25 behandelten Fällen/Quartal

Ausnahmeregelung gemäß Anlage 2

- Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt „Pneumologie“ (aus Sicherstellungsgründen Behandlung von Kinder und Jugendlichen im Einzelfall)

3. Apparativ-technische Voraussetzungen

3.1 koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3

- Möglichkeit zur pneumologischen Basisdiagnostik (Mindestvoraussetzung Spirometrie mit Darstellung der Flussvolumenkurve, einschließlich in- und expiratorischer Messung, graphischer Registrierung und Dokumentation)

3.2 pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor § 4

Bei der Betreuung von Erwachsenen:

- Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät)
- Ganzkörper-Plethysmographie (mit einem CE-geprüften Gerät)
- Bestimmung der kapillaren Blutgase
- Röntgenaufnahmen Thorax, ggf. als Auftragsleistung
- Allergologische Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung

Bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen:

- Spirometrie (mit einem CE-geprüften Gerät)
- Pulsoxymeter
- Röntgenaufnahmen Thorax, ggf. als Auftragsleistung
- Allergologische Diagnostik, ggf. als Auftragsleistung

4. Patientenschulungen (optional)

Um eine Schulungsgenehmigung zu erhalten, fügen Sie bitte den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der Schulungen qualifiziert, bei:

- Asthaschulung von Kindern u. Jugendlichen der AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. einschließlich ASEV Schulung (Asthaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung)
- NASA - Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation von AFS = Die Ambulante Fürther Asthaschulung)

Nichtärztliches Personal:

Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der Schulungen qualifiziert, nachzuweisen:

(Nachweis bitte ebenfalls beifügen)

für

- ein separater Schulungsraum für Einzel- bzw. Gruppenschulungen ist vorhanden
-

5. Erklärung des/der Antragstellers(in)

Die Inhalte des DMP-Vertrages mit Anlagen sowie das FAQ (häufigsten Fragen und Antworten) zu den DMP's in Sachsen wurden zur Kenntnis genommen (veröffentlicht unter www.kvsachsen.de Rubrik Mitglieder/DMP).

Es wird mindestens

- einmal jährlich eine Teilnahme an einer Asthma-spezifischen Fortbildungsveranstaltung sowie
- die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten vom Leistungserbringer gegenüber der KV Sachsen bis spätestens 31.01. des Folgejahres ab Vertragsteilnahme nachgewiesen.

Dem Antragssteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)
(siehe Seite 1 oben)



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)