

## Anlage 4, Teil 2 a

zum Vertrag ab 01.07.2013 zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V Asthma bronchiale und COPD auf der Grundlage des § 73 a SGB V

### DMP Asthma bronchiale

#### Teilnahmeerklärung Kinderarzt

zur Einreichung bei der KV Rheinland-Pfalz

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname (in Blockschrift)	LANR
---------------------------------	------

dass ich umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Asthma bronchiale informiert worden bin. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Ich bestätige, dass ich die schriftlichen Informations- und Schulungsmaterialien „Gemeinsamer Wegweiser durch die strukturierten Behandlungsprogramme“ sowie eine Übersicht der medizinischen Inhalte für Asthma bronchiale und COPD erhalten habe und ihren Inhalt kenne.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich ausdrücklich die Bestimmungen des DMP-Vertrages, insbesondere die Regelungen zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9 in Verbindung mit den **Anlage 5 a**, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII bis IX sowie der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung der im gesonderten „Leistungserbringerverzeichnis“ gemäß der Anlage 7a des DMP-Vertrages enthaltenen Angaben zu meiner Person,
- der Weitergabe dieses gesonderten „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Kassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüfamt und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung derselben für die Qualitätssicherung gemäß §§ 10 und 11 des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Mir ist bekannt,

dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Kalendervierteljahres.

**Am Vertrag zur Umsetzung der Disease-Management-Programme Asthma bronchiale/ COPD im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und den Krankenkassen möchte ich wie folgt teilnehmen:**

- persönlich
- nur durch angestellte Ärzte  
(dann sind nachfolgend keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte lediglich diese Erklärung unterschreiben, Arztstempel ergänzen und zusätzlich die „Ergänzungserklärung für angestellte Ärzte“ ausfüllen)
- persönlich **und** durch angestellte Ärzte  
(dann bitte die weiteren Angaben ergänzen und zusätzlich die „Ergänzungserklärung für angestellte Ärzte“ ausfüllen)

Ich erkläre meine Teilnahme an der

### **1. Versorgungsstufe** (gemäß Anlage 1 a)

#### **Erklärung für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderärzte)**

- Ich erkläre meine Teilnahme als koordinierender Arzt der **1. Versorgungsstufe**.

Ich nehme an der hausärztlichen Versorgung teil und bestätige, dass ich über die Ziele und Inhalte des DMP-Vertrages Asthma/COPD informiert worden bin.

Ich verpflichte mich

- zur Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln und
- mindestens einmal jährlich zur Teilnahme an einer geeigneten Fortbildung oder an einem themenbezogenen Qualitätszirkel.

### **ODER** an der

### **2. Versorgungsstufe** (gemäß Anlage 2 a)

#### **Erklärung für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderärzte)**

- Ich erkläre meine Teilnahme als Arzt der **2. Versorgungsstufe**.

Ich nehme an der fachärztlichen Versorgung teil und bestätige, dass ich über die Ziele und Inhalte des DMP-Vertrages Asthma/COPD informiert worden bin.

Ich verpflichte mich

- zur Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln und
- mindestens einmal jährlich zur Teilnahme an einer geeigneten Fortbildung oder an einem themenbezogenen Qualitätszirkel.

Ich erkläre meine Teilnahme als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) mit der

- Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie  
und/oder
- Schulungsberechtigung für das Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche für Asthma bronchiale der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.  
und/oder
- Zusatz-Weiterbildung Allergologie  
und/oder
- mit der besonderen Abrechnungsgenehmigung der KV RLP (04530 EBM oder 13650 EBM).
- Ich möchte nach § 3 Abs. 4 des Vertrages **koordinierend** tätig werden.

Ich bestätige, dass jede von mir nachstehend aufgeführte Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte(n) über die jeweils geforderten apparativen / räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach **Anlagen 1 a und 2 a** des Vertrages verfügt bzw. verfügen.

Ich möchte für folgende **Betriebsstätte** teilnehmen:

..... (BSNR)

Ich möchte für folgende **Nebenbetriebsstätte(n)** teilnehmen:

..... (NBSNR) ..... (NBSNR)

Nachweise über die Erfüllung der jeweils geltenden Anforderungen an die Strukturqualität

- sind beigefügt
- liegen der KV Rheinland-Pfalz bereits vor.

**Datenstellenbeauftragung:**

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 den in meinem Namen mit der Datenstelle für Disease Management Programme Trier geschlossenen Vertrag über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten in der jeweils aktuellen Fassung.

Darin beauftrage ich die Datenstelle

1. die im Rahmen des Disease-Management-Programm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten gem. Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. i. S. d. § 28 f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich bei der KV RLP über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtige ich die diese, 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 Vertrages zu informieren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes



\_\_\_\_\_  
Arztstempel