

## Anlage 4, Teil 1 b

zum Vertrag ab 01.04.2019 zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 83 i. V. m. § 137f SGB V Asthma bronchiale und COPD

### **DMP Asthma bronchiale und DMP COPD** **Ergänzungserklärung für angestellte Ärzte** zur Einreichung bei der KV RLP

Nachfolgend genannter angestellter Arzt erbringt Leistungen im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung der DMP-Programme Asthma bronchiale / COPD zwischen der KV RLP und den beteiligten Krankenkassen:

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

Der Arzt wurde umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Asthma bronchiale und/oder COPD informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind transparent dargelegt worden. Der Arzt hat die schriftlichen Informations- und Schulungsmaterialien „Gemeinsamer Wegweiser durch die strukturierten Behandlungsprogramme“ sowie eine Übersicht der medizinischen Inhalte für Asthma bronchiale und COPD erhalten und kennt ihren Inhalt.

Mit dieser Teilnahmeerklärung wird die ausdrückliche Verpflichtung erklärt, die Bestimmungen des DMP-Vertrages, insbesondere die Regelungen zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9 in Verbindung mit den **Anlagen 5 a** und/oder **5 b**, die zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII bis IX sowie der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Der angestellte Arzt hat erklärt, dass er

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

einverstanden ist.

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

Der angestellte Arzt erbringt Leistungen der

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

Erklärung für Allgemeinmediziner, Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und Praktische Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V teilnehmen

Teilnahme am DMP Asthma und/oder  Teilnahme am DMP COPD

Erklärung der Teilnahme als **koordinierender Arzt der 1. Versorgungsstufe**

Die Teilnahme erstreckt sich auf die hausärztliche Versorgung. Über die Ziele und Inhalte des DMP-Vertrages Asthma/COPD wurde informiert.

**Der Leistungserbringer wurde über die Verpflichtung informiert**

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

**ODER** der

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

Erklärung für Fachärzte für Innere Medizin, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen

Teilnahme am DMP Asthma und/oder  Teilnahme am DMP COPD

Die Teilnahme erstreckt sich auf die fachärztliche Versorgung. Über die Ziele und Inhalte des DMP-Vertrages Asthma/COPD wurde informiert.

Der Leistungserbringer wurde über seine Pflicht informiert

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

Die Teilnahme an der **2. Versorgungsstufe als Facharzt für Innere Medizin wird erklärt**

mit dem Schwerpunkt Pneumologie oder der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“

und/oder

mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung

und/oder

mit der besonderen Leistungserbringungs genehmigung der KV RLP (13650 EBM),

mit dem Wunsch, nach § 3 Abs. 4 des Vertrages **koordinierend** tätig zu werden.

- Es wird bestätigt, dass jede nachstehend aufgeführte Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte über die jeweils geforderten apparativen/räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den **Anlagen 1 a/1 b und/oder 2 a/2 b** des Vertrages verfügt.

Der angestellte Arzt erbringt Leistungen in folgender **Betriebsstätte**, für die hiermit die Teilnahme erklärt wird:

..... (BSNR)

Der angestellte Arzt erbringt Leistungen in folgender/n **Nebenbetriebsstätte(n)**, für die hiermit die Teilnahme erklärt wird:

..... (NBSNR)

..... (NBSNR)

Nachweise über die Erfüllung der jeweils geltenden Anforderungen an die Strukturqualität

- sind beigefügt       liegen der KV RLP bereits vor.

**Datenstellenbeauftragung:**

Hiermit wird der im Namen des Arztes mit der Datenstelle für Disease-Management-Programme Trier geschlossene Vertrag über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten in der jeweils aktuellen Fassung genehmigt.

Darin wird die die Datenstelle beauftragt,

1. die im Rahmen des Disease-Management-Programm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

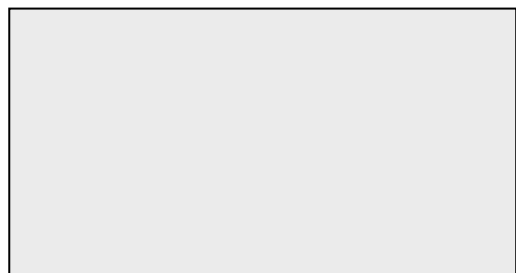
Der von mir angestellte Arzt hat die Möglichkeit, sich bei der KV RLP über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft die Datenstelle wechseln möchte, wird diese schon jetzt bevollmächtigt, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Die Information über den jeweiligen Vertragsinhalt wird sodann unverzüglich ermöglicht.

**Die Beendigung des Angestelltenverhältnisses sowie eine Änderung desselben, die sich auf die Teilnahmevoraussetzungen des DMP bezieht, wird der KV RLP umgehend schriftlich mitgeteilt.**

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

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



\_\_\_\_\_  
Arztstempel