

## Anlage 4, Teil 1

zum Vertrag ab 01.10.2018 zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen

### **DMP Brustkrebs**

## **Teilnahmeerklärung koordinierender Arzt 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) Brustkrebs 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 strukturierte Behandlungsprogramme“ 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 der **Anlage 6**, die von mir zu übernehmenden Aufgaben im Rahmen der Dokumentation sowie der Qualitätssicherung einzuhalten.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung der im gesonderten „Leistungserbringerverzeichnis“ gemäß den Anlage 10 des DMP-Vertrages enthaltenen Angaben zu meiner Person,
- der Weitergabe dieses gesonderten „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Kassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüfdienst 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 des Disease-Management-Programms Brustkrebs 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 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 beigelegt
- liegen der KV RLP bereits vor

**Datenstellenbeauftragung:**

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt 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 der Anlage 4 der DMP-A-RL i. S. d. § 28f 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 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