

## Anlage 4, Teil 2

zum Vertrag ab 01.04.2024 zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 83 i. V. m. § 137f SGB V Asthma bronchiale und COPD

### DMP Asthma bronchiale

## Teilnahmeerklärung Kinderärztin/Kinderarzt

zur Einreichung bei der KV RLP

Hiermit erkläre ich<sup>1</sup>

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, den von mir zu übernehmenden Aufgaben und der Dokumentation sowie der Qualitätssicherung 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 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.

<sup>1</sup> Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jede/jeder Ärztin/Arzt der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Erklärung an die KV RLP senden

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

Zusatzweiterbildung Pneumologie  
und/oder

Zusatzweiterbildung Allergologie  
und/oder

Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale  
und/oder

Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte  
und/oder

mit der besonderen Abrechnungsgenehmigung der KV RLP (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 RLP 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. gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 der DMP-A-RL 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel der/des ausführenden  
Ärztin/Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel der/des  
Vertragsärztin/Vertragsarztes bzw. der  
abrechnenden Stelle  
(anstellenden/anstellender  
Vertragsärztin/Vertragsarzt, MVZ, Institut)