

## Anlage 4



### Erklärung zur Teilnahme

#### an den Behandlungsprogrammen Asthma bronchiale und COPD

zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale und Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6  
44141 Dortmund

**Telefax: 0231/9432-1569**

#### **Mit meiner Unterschrift bestätige ich Folgendes:**

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) für Versicherte mit Asthma bronchiale/COPD informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind für mich transparent.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 10, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KVWL nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 13 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.

Bei der Durchführung des Programms

- beachte ich die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DSGVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung sowie die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen insbesondere durch Information meines Praxispersonals,
- informiere ich die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung. Der Patient wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten nach Anlage 9 bzw. 11 der DMP-A-RL bzw. der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 der DMP-A-RL mittels einer Ausfertigung informiert. Soweit erforderlich (z. B. bei Datenbanken) kennzeichne ich den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext,
- informiere ich die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die Beratungsangebote der Krankenkassen.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift als "Teilnehmer am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) Asthma bronchiale/COPD",
- der Weitergabe des Verzeichnisses "Teilnehmer an der Vereinbarung über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Asthma bronchiale/COPD" an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- den Regelungen über die Dokumentation nach den Abschnitten VIII und IX der Vereinbarung sowie der Evaluation und Verwendung der Dokumentationsbögen für die Qualitätssicherung nach den Abschnitten IV und X der Vereinbarung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen,
- der Einschaltung der von den Vertragspartnern beauftragten Datenstelle nach Abschnitt VIII der Vereinbarung,
- einer Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis

einverstanden.

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft) sowie
- den Krankenkassen in Westfalen-Lippe

geschlossenen Datenstellenvertrag genehmige ich. Das Gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Dies gilt auch für die Datenprozesse im Rahmen der elektronischen Dokumentation (eDMP).

Ich beauftrage die Datenstelle/die Arbeitsgemeinschaft

- die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Korrekturen bei mir nachzufordern sowie
- die Dokumentationsdaten an die jeweilige Krankenkasse, KVWL und Gemeinsame Einrichtung weiterzuleiten.

Einbindung angestellte Ärzte

- Die in der ergänzenden Erklärung aufgeführten angestellten Ärzte sind zu den o.a. Verpflichtungen - insbesondere den Regelungen der medizinischen Inhalte der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung, den Datenflüssen nach dem Datenstellenvertrag und des Datenschutzes - ausführlich schriftlich informiert worden. Die angestellten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt.
- Die von mir angestellten Ärzte sind mit der Veröffentlichung im Ärzteverzeichnis sowie mit der Weiterleitung dieses Verzeichnisses an die entsprechenden Stellen nach der DMP-Vereinbarung einverstanden.
- Die KVWL wird unverzüglich über Änderungen im Angestelltenverhältnis informiert.

Ich erkläre meine Teilnahme an folgenden Programmteilen:

Asthma bronchiale und COPD

nur Asthma bronchiale

nur COPD

Im strukturierten Behandlungsprogramm nehme ich teil als:

**koordinierender Arzt (§ 3a der DMP-Vereinbarung)**

<p><b>Fachliche Voraussetzungen</b></p>	<p>Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt – <i>hausärztlicher Versorgungssektor</i></p> <p>Kinder- und Jugendärzte (nur Programmteil Asthma bronchiale)</p> <p>und/oder Teilnahme durch angestellte Ärzte (vgl. gesonderte Erklärung)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>in Ausnahmefällen</b></p>	<p>Fachärztlich/qualifizierter Arzt entsprechend Ziffer 1.6.1 Sätze 2 und 3 der Anlage 11 der DMP-A-RL</p> <p>Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mit dem Nachweis der Genehmigung zur Abrechnung der GNRn 13650 und 13651 oder der 12-monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

**Fachärztlich/qualifizierter Arzt (§ 4 der DMP-Vereinbarung)**

**Fachliche Voraussetzungen**

Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie  
oder

Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde  
oder

Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pulmologie  
oder

Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mit dem Nachweis einer 12 - monatigen Zusatzweiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung sowie der Nachweis vom aktuellen Tätigkeitsschwerpunkt.

**Ergänzend zum Programmteil Asthma bronchiale für Kinder und Jugendliche:**

Teilnahmeberechtigt an der Asthma bronchiale bedingten Versorgung von Kindern und Jugendlichen vom vollendeten ersten Lebensjahr bis zum vollendetem achtzehnten Lebensjahr sind Vertragsärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte folgende Voraussetzungen erfüllen:

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**

mit der Zusatzweiterbildung „Pneumologie“ oder

mit der Zusatzweiterbildung „Allergologie“ oder

mit dem Nachweis einer 12-monatigen Zusatzweiterbildung Kinderpneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder

mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale (befristet bis zum 31.03.2021).

Ich möchte Patientenschulungen nach der Anlage 16 durchführen

- für Asthma bronchiale
- für COPD

Die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

Die LANR lautet: \_\_\_\_\_

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

1. BSNR
2. BSNR
3. BSNR
4. BSNR

Die teilnahmeberechtigten Ärzte erhalten zu den Programmteilen umfangreiche Information über die tagesaktuellen Internetseiten der KVWL.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel