

## Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Asthma zwischen der  
Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

### Erklärung zu jedem angestellten Arzt

Nachfolgend genannter in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms Asthma zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

\_\_\_\_\_     
 Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als qual. FA § 4 ab Datum

- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 3 wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

**Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und  
Jugendmedizin oder Praktischer Arzt/Ärztin bzw. Arzt/Ärztin mit  
Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor**

- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 4 wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

➤ Für Erwachsene und in Einzelfällen für Kinder und Jugendliche:

**A. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen**

- der Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“
- und/oder

- der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“

oder

**B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung jedoch mit 12 monatiger Zusatzweiterbildung in pneumologischer Abteilung**

oder

**C. Ärzte mit der Arztbezeichnung „Lungenarzt“ bzw. „Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde“**

➤ Für Kinder oder Jugendliche:

Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin

- oder
- mit der Zusatzweiterbildung „Pneumologie“
- oder
- mit der Zusatzweiterbildung „Allergologie“
- oder
- mit Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder vergleichbaren Abteilung
- oder
- Genehmigung zur Abrechnung pulmologischer Leistungen nach Abschnitt III Kapitel 4.4 EBM

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms Asthma zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

\_\_\_\_\_     
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als qual. FA § 4 ab Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anstellender Arzt/  
Leiter der Einrichtung und  
Vertragsarztstempel