

## Anlage 5a – Teilnahmeerklärung Ärzte

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V  
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

### Teilnahmeerklärung des Arztes zu dem Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....

.....

### Teilnahmeerklärung zum Programm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit (KHK) informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt- Informationsmedien habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und

- zur Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle bzw. die Krankenkassen vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Ärzte) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
  - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
  - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritte
 erfüllen,
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) bzw. die Landesprüfdienste, die Krankenhausgesellschaft und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- die Weitergabe des „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.

2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Ich erkläre meine Teilnahme an am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms **Koronare Herzkrankheit (KHK)**

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")

- Ich möchte als **koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene gemäß § 3 und Anlage 1 des Vertrages** teilnehmen;

Fachliche Voraussetzungen:

- Hausarzt gemäß §73 SGB V
- (in Ausnahmefällen) Facharzt der 2. Versorgungsebene gemäß § 4 und Anlage 2

- Ich möchte an der **qualifizierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 und Anlage 2** teilnehmen (2. Versorgungsebene);

- nicht invasiv tätig (konventionelle Kardiologie)
- invasiv tätig (interventionelle Kardiologie)
- nicht-invasiv und invasiv (konventionelle und interventionelle Kardiologie)

- Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 11 durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

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

- a) .....[BSNR]
- b) .....[BSNR]
- c) .....[BSNR]
- d) .....[BSNR]

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

### **Datenstellenbeauftragung**

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

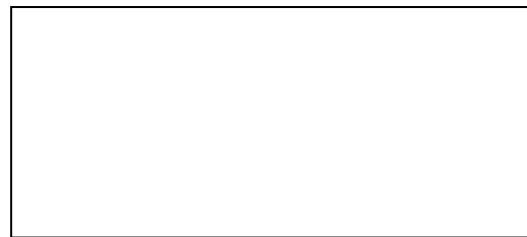
1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Absatz 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, 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 Vertrags zu informieren.

---

Ort, Datum



Unterschrift und Vertragsarztstempel

## **Erklärung über die Praxisausstattung (Ergänzung zur Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5)**

### **Fachärztlicher Versorgungsbereich**

Hiermit bestätige ich, dass ich gemäß Anlage 2 des Vertrages zum DMP Koronare Herzkrankheit folgende Mindestanforderungen hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Verfahren in meiner Praxis erfülle:

#### **Konventionelle Kardiologie:**

- EKG                       Belastungs – EKG                       Langzeit - EKG
- 24-Stunden Blutdruckmessung
- farbkodierte Dopplerechokardiographie
- Stressechokardiographie oder
- Die Stressechokardiographie erbringe ich nicht selbst, sondern wird als Auftragsleistung erbracht.
- Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators oder
- Die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers erbringe ich nicht selbst, sondern wird als Auftragsleistung erbracht.

Die Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie sowie die Leitlinien zur Ergometrie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie werden von mir beachtet.

#### **Interventionelle Kardiologie:**

- Ich bin als Kardiologe tätig und erfülle die apparativen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie
- Ich möchte auch als koordinierender Vertragsarzt am DMP teilnehmen

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Vertragsarztstempel