

Anlage 4 zur Protokollnotiz

zur Vereinbarung gemäß §73 a SGB V über das strukturierte Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit in der Fassung des 6. Änderungsvertrages

Anlage 5 – Teilnahmeerklärung koordinierender Arzt und spezifisch qualifizierter Arzt gemäß § 5 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes und spezifisch qualifizierten Arztes zum Disease Management Programm Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP KHK im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung MV und den vertragsabschließenden Krankenkassen MV nehme ich teil.
(Bitte im folgenden ein Feld ankreuzen!)

1. Ich möchte als
koordinierender Arzt gemäß § 3 des Vertrages teilnehmen.

oder

2. Ich möchte als
Facharzt gemäß § 4 teilnehmen.

3. Ich möchte als Facharzt gemäß § 4 als **Kardiologe mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnungen invasiver kardiologischer Leistungen** teilnehmen.

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

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 *Abschnitt II*.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund DMP, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleisten,
- 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 beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffen und
- bei jeder Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einholen, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -

Anlage 4 zur Protokollnotiz

zur Vereinbarung gemäß §73 a SBG V über das strukturierte Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit in der Fassung des 6. Änderungsvertrages

verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).

- Den in der Anlage 5a (Anlage Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung koordinierender Arzt und spezifisch qualifizierter Arzt) 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 mit der Anlage „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung koordinierender Arzt und spezifisch qualifizierter Arzt“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztlichen Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnissen oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens in dem gesonderten Verzeichnis der koordinierenden Ärzte und spezifisch qualifizierten Ärzte,
- der Weitergabe des Verzeichnisses der koordinierenden Ärzte und spezifisch qualifizierten Ärzte an die teilnehmenden Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten sowie
- der Evaluation der Dokumentationsbögen und Verwendung der Dokumentationsbögen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden.

Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms KHK im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und den Krankenkassen nehme ich teil.

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")

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

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

[LANR]

Anlage 4 zur Protokollnotiz

zur Vereinbarung gemäß §73 a SBG V über das strukturierte Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit in der Fassung des 6. Änderungsvertrages

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

- | | |
|----|--------------------|
| a) | [BSNR und Adresse] |
| b) | [BSNR und Adresse] |
| c) | [BSNR und Adresse] |
| d) | [BSNR und Adresse] |
| e) | [BSNR und Adresse] |

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 den in meinem Namen mit Inter-Forum Data Services GmbH (Datenstelle) geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- Inter-Forum Data Services GmbH , Postfach 500752, 04304 Leipzig (Datenstelle),
- der ArGe DMP MV sowie
- der KVMV sowie den teilnehmenden Krankenkassen

vom 01.04.2006 spezifiziert ist.

Im Vertrag beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
2. fehlende, unvollständige oder inplausible Dokumentationen nachzufordern,
3. die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV durchzuführen,
4. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Mecklenburg-Vorpommern und die Krankenkassen im Rahmen dieses DMP die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Mecklenburg-Vorpommern, 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 Stempel des Vertragsarztes/Medizinischen Versorgungszentrums

Anlage 5 zur Protokollnotiz

zur Vereinbarung gemäß §73 a SGB V über das strukturierte Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit in der Fassung des 6. Änderungsvertrages

Anlage 5a Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung koordinierende Ärzte und spezifisch qualifizierte Ärzte

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit (KHK) nach § 137f SGB V

Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung koordinierende Ärzte und spezifisch qualifizierte Ärzte

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms KHK zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und den Krankenkassen::

1. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	□□□□□□ ab Datum
2. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	□□□□□□ ab Datum
3. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	□□□□□□ ab Datum

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms KHK zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und den Krankenkassen:

1. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	□□□□□□ ab Datum
2. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	□□□□□□ ab Datum
3. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	□□□□□□ ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des
Vertragsarztes /
Medizinischen Versorgungszentrums