

---

## Anlage 7 Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

---

zur Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Koronare Herzkrankheit (KHK)  
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen in Hessen

### Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Mitgliederservice Sonderverträge  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

Hiermit erkläre ich:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel (in Blockschrift)

\_\_\_\_\_  
Lebenslange Arztnummer

Ich habe mich umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms KHK inklusive der Versorgungsinhalte zu KHK informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

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 im Rahmen des Disease-Management-Programms behandelten Versicherten, 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 Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole und den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte.
- den in der Anlage 7a („Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) genannten, bei mir angestellten Ärzte, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu diesem 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 sowie
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung 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/ihres Namens im "Leistungserbringerverzeichnis KHK" (auch im Internet),
- der Weitergabe des "Leistungserbringerverzeichnis KHK" an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten und
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 7a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt

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

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
- die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung einer vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- teilnehmende Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

### **Datenstellenbeauftragung**

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- der Datenstelle gemäß § 21
- der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 sowie
- den Krankenkassen in Hessen

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Daten an die entsprechenden Stellen i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

Mir ist bekannt, dass ich zu einer elektronischen, plausibilitätsgeprüften Datenerfassung und Weiterleitung der Daten per E-Mail an die Datenstelle verpflichtet bin.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, COPD und Diabetes mellitus Typ 2 in Hessen und die Krankenkassen in Hessen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Hessen, 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.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms KHK im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen nehme ich teil:

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)
- persönlich **und** durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“).

1. Ich möchte als **koordinierender Arzt gemäß § 3** des Vertrages teilnehmen  (ggf. ankreuzen)\*

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

**und/oder**

2. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 4a** des Vertrages teilnehmen

a) zur **nicht-invasiven** Diagnostik und Therapie der KHK  (ggf. ankreuzen)\*

b) zur **invasiven** Diagnostik und Therapie der KHK. Der Nachweis der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen) gegenüber der KV Hessen liegt vor.

(ggf. ankreuzen)\*

\* mit dem Ankreuzen des jeweiligen Feldes wählt der teilnehmende Arzt den Versorgungsbereich aus.

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

- a) ..... BSNR des Hauptsitzes
- b) ..... NBSNR (Nebenbetriebsstätte)
- c) ..... NBSNR (Nebenbetriebsstätte)

Ich möchte im Rahmen meiner Teilnahme am DMP Koronare Herzkrankheit folgende Schulungen für Patienten gem. § 20 des Vertrages durchführen:

- 1. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (Grüßer et al.) in der jeweils aktuellsten Auflage .....
- 2. Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) .....
- 3. Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin) .....
- 4. Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG).....
- 5. INRatio Gerinnungsselbstmanagement: Strukturiertes Behandlungsprogramm für Patienten unter oraler Antikoagulation .....
- 6. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI ohne Insulin).....
- 7. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2 Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI mit Insulin).....
- 8. LINDA - Diabetes-Selbstmanagementschulung ohne Insulin .....
- 9. LINDA - Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin .....
- 10. Kardio-Fit.....

**Für den Antrag auf Abrechnungsgenehmigung werden folgende Zertifikate für das jeweilige Schulungsprogramm benötigt:**

- Teilnahmebestätigung des jeweiligen Schulungsanbieters für den Schulungsarzt.
- Ggf. Teilnahmebestätigung des jeweiligen Schulungsanbieters für das nichtärztliche Schulungspersonal.

**Erklärung**

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Inhalt der Vereinbarung zum DMP KHK zu informieren.

Ich erkläre, dass ich alle Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend dem gewählten Versorgungsbereich und den gewählten Schulungsprogrammen erfülle.

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP KHK-Vertrages.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des (ggf. anstellenden) Leistungserbringers