

**Anlage Teilnahmeerklärung Vertragsarzt DMP KHK**  
zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

**Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)**

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5, 14469 Potsdam

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms (DMP) KHK informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP KHK zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und den Krankenkassen im Land Brandenburg nehme ich teil.

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 Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des DMP, 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 für die Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-Datenschutzgrundverordnung i.V.m. dem Bundesdatenschutzgesetz 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 schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und ihm jeweils eine Ausfertigung der Dokumentationsdaten übergeben werde.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift im „Verzeichnis der Vertragsärzte“,
- der Weitergabe meiner Daten gemäß dem „Verzeichnis der Vertragsärzte“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, die Datenstelle, die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) sowie die zuständige Aufsichtsbehörde und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten über die Datenstelle an die Gemeinsame Einrichtung und deren Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und die Evaluation des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit / Anstellung endet bzw. ruht,
- die Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert wird,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend diesem Vertrag von mir gegenüber der KVBB nachzuweisen sind.

Meine lebenslange Arztnummer lautet: \_\_\_\_\_ LANR

1. a) Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 S. 1 des Vertrages teilnehmen.

b) Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 S. 2 des Vertrages teilnehmen.

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII. Die fachlichen, apparativen und strukturellen Anforderungen entsprechend den vertraglichen Regelungen werden von mir erfüllt.

oder

2. Ich möchte an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen.   
Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

Ich bin nicht invasiv   
sowohl invasiv als auch nicht invasiv  tätig.

Die fachlichen, apparativen und strukturellen Anforderungen entsprechend den vertraglichen Regelungen werden von mir erfüllt.

oder

3. Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 und an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 teilnehmen.

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

Ich bin nicht invasiv   
sowohl invasiv als auch nicht invasiv  tätig.

Die fachlichen, apparativen und strukturellen Anforderungen entsprechend den vertraglichen Regelungen werden von mir erfüllt.

4. Ich möchte Schulungen im Rahmen des DMP KHK anbieten.

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

BSNR a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_

Mit der Einschaltung einer Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich bevollmächtige die KVBB zur Beauftragung einer Datenstelle insbesondere mit der Überprüfung der von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität und der Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV. Den Inhalt des Praxismanuals habe ich zur Kenntnis genommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw. des anstellenden Vertragsarztes