

Anlage 5

-Teilnahmeerklärung Vertragsarzt-

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Humboldtstr. 56

22083 Hamburg

Arztstempel

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes:

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) für Versicherte mit KHK informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Das Arztmanual KHK habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Mir und den angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KVH nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 13 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.

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 Dritte 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 (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) 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 Dritteerfüllen.
- gegenüber der KVH mit der Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVH in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnissen oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift und meiner Schulungsberechtigungen in dem Verzeichnis der Leistungserbringer nach § 9 der Vereinbarung,
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, die Krankenkassen, die Datenstelle, die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, das Bundesversicherungsamt (BVA) und der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 9 dieses Vertrages¹ sowie auf dem Internetauftritt der KVH,
- den Regelungen über die Dokumentation nach Abschnitt VIII der Vereinbarung sowie der Evaluation und Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV der Vereinbarung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen und
- der Einschaltung der von den Vertragspartnern beauftragten Datenstelle nach Abschnitt VIII der Vereinbarung.

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

- die Veröffentlichung ihres Namens in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit“,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das BVA und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß §§ 10 bis 12 unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

¹ Siehe Anlage 10 (Leistungserbringerverzeichnis).

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der KVH (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft),
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den Krankenkassen in Hamburg

geschlossenen Vertrag (Beauftragungsvertrag Datenstelle) genehmige ich. Das gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die beteiligten Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt des Vertrages zu informieren.

Ich beauftrage die Datenstelle / die Arbeitsgemeinschaft

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, 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 Vertrages zwischen der KVH und den Hamburger Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil:

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

Ich erkläre:

An der Vereinbarung zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) KHK zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen möchte ich:

auf der ersten Versorgungsebene gemäß § 3 des Vertrags teilnehmen

auf der zweiten Versorgungsebene gemäß § 4 des Vertrags teilnehmen

Ich erfülle die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 2 II²

Ich erfülle die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 2 III³

neben der zweiten auch auf der ersten Versorgungsebene gemäß § 3 Absatz 3 teilnehmen.

Nachweise über die Erfüllung der jeweils geltenden Anforderungen an die Strukturqualität:

sind beigelegt

liegen der KVH bereits vor.

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

[LANR]

² Entspricht Kennzeichnung **B = Fachärzte** (nicht invasiv = konventionelle Therapie) [2. Ebene] in Anlage 10 (Leistungserbringerverzeichnis).

³ Entspricht Kennzeichnung **C = Fachärzte** (invasiv tätig) [2. Ebene] in Anlage 10 (Leistungserbringerverzeichnis).

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

a) _____ [BSNR/Anschrift]

b) _____ [BSNR/Anschrift]

c) _____ [BSNR/Anschrift]

d) _____ [BSNR/Anschrift]

e) _____ [BSNR/Anschrift]

f) _____ [BSNR/Anschrift]

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich ermächtige sie insbesondere dazu,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 RSAV i. V. m. Anlage 6 RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, 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.

Das Arztmanual habe ich erhalten und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes