

Anlage 4 Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Koronare Herzkrankheit
nach § 137f SGB V

Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes zum DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Teilnahmeerklärung am Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) KHK

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten 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 Thüringen (KVT) und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden nehme ich teil.

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

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 sowie der Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften der DS-GVO und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- 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 Datenverarbeitung sowie der Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- in der Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“ 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 sowie Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen.
- gegenüber der KVT mit der Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“ nachweise, dass diese bei mir

angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVT 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/meiner Praxisanschrift, der Schulungsberechtigung und der Kennzeichnung gemäß §§ 3 oder 3a des Vertrages in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am DMP KHK“,
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmende Leistungserbringer am DMP KHK“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die GE DMP Thüringen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (Die Verwendung der erhobenen Dokumentationsdaten nach diesem Vertrag durch Dritte ist ausgeschlossen.).
- die in der Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“ genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über
 - die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis KHK“ und
 - die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die GE DMP Thüringen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten.
 - Die Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende des Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit oder mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.
4. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3a dieses Vertrages von mir gegenüber der KVT nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP KHK im Rahmen des Vertrages zwischen der KVT und den Krankenkassen nehme ich teil:

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“)¹
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“)

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____ (LANR)
¹ LANR des anstellenden Vertragsarztes bzw. des ärztlichen Leiters

1. **Koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrages**

oder

2. **Kardiologisch qualifizierter Vertragsarzt gemäß § 3a des Vertrages**

fachärztlich tätig

invasiv

und/ oder

nicht invasiv

fachärztlich tätig und in Ausnahmefällen koordinierend tätig gemäß § 3 Abs. 7
des Vertrages

invasiv

und/ oder

nicht invasiv

3. **Durchführung von Patientenschulungen gemäß Anlage 11**

ja Nachweis ist beigefügt Nachweis wird nachgereicht

nein

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

a) _____ [(N)BSNR]

b) _____ [(N)BSNR]

c) _____ [(N)BSNR]

d) _____ [(N)BSNR]

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 29 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 29 des Vertrages,
- der ARGE DMP Thüringen nach § 27,
- der GE DMP Thüringen nach § 28 sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 29 des Vertrages,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. der Anlage 6 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von der jeweiligen Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich über die genauen Vertragsinhalte (über Abdruck/Internetseite o. a.) zu informieren.

Für den Fall, dass die ARGE DMP Thüringen, die GE DMP Thüringen und die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses DMP die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die ARGE DMP Thüringen 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 Vertrages zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel