Anlage 4
Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes

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

per Post an: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

per E-Mail an: dmp-verwaltung@kvt.de

Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) zum DMP KHK

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP KHK zwischen der KVT und den beteiligten Krankenkassen nehme ich teil.

Ich bin über die Ziele und Inhalte des DMP KHK informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen sind mir transparent dargelegt worden und ich akzeptiere diese. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität nach den Anlagen 1 und/oder 2 beziehen, erfülle ich.

Mit dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 10, der Aufgaben und Kooperationsregeln des Abschnitts II a und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern 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 für die 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).

Ich bin einverstanden mit:

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Anschrift der Betriebsstätten (in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden), lebenslangen Arztnummer und Betriebsstättennummer, meinen Berechtigungen und der Kennzeichnung gemäß §§ 3 oder 4 des Vertrages in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am DMP KHK“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die GE DMP Thüringen, an die Datenstelle, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), an den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten 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.).

Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und die Kündigungsfrist einen Monat zum Ende des Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. meine Teilnahme an dem Vertrag mit dem Bescheid über das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ruht.
4. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.
5. die im Rahmen der Schulungen vermittelten Informationen (Strukturqualität, Vertragsinhalte) auf der Internetseite der KVT veröffentlicht sind sowie im Rahmen des E-Learning erfolgen. Das E-Learning muss innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der Teilnahme am DMP KHK abgeschlossen sein (für den koordinierenden Vertragsarzt).
6. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend §§ 3 und § 4 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVT nachzuweisen sind.

Name, Vorname, Titel: _____

Meine lebenslange Arztnummer lautet:_____(LANR)

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP KHK zwischen der KVT und den Krankenkassen nehme ich wie folgt teil:

Erste Versorgungsebene

1. ☐ **Koordinierender Vertragsarzt** gemäß § 3 Abs. 2a des Vertrages

2. ☐ **Kardiologisch qualifizierter Facharzt** gemäß § 3 Abs. 6 des Vertrages (in Ausnahmefällen)

oder

Zweite Versorgungsebene

☐ **Kardiologisch qualifizierter Facharzt** gemäß § 4 Abs. 2a des Vertrages

☐ invasiv und/ oder ☐ nicht invasiv

Als Vertragsarzt kann ich auf Antrag Patientenschulungen im Rahmen des DMP KHK erbringen, wenn die Genehmigung durch die KVT erteilt wurde. (Bitte entsprechende Kästchen unter „Durchführung von Patientenschulungen gemäß Anlage 10“ ankreuzen!)

Durchführung von Patientenschulungen gemäß Anlage 10

_____

Name der Schulung

☐ 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.

Datenstellenbeauftragung (nur für 1. Versorgungsebene)

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

- der Datenstelle nach § 22 des Vertrages,
- der ARGE DMP Thüringen,
- der GE DMP Thüringen sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

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 hatte 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 mit gleichen Aufgaben mit einem neuen Dienstleister als Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

Ort, Datum	Unterschrift Vertragsarzt und Stempel