

## Anlage 5

### zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

#### Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schirrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

**Telefax:  
0231/9432-1569**

#### Teilnahmeerklärung

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) für Versicherte mit Koronarer Herzkrankheit informiert worden. 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, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 10a, die von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KVWL 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.

Bei der Durchführung des Programms

- beachte ich die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung und treffe hierfür noch notwendige technische oder organisatorische Maßnahmen insbesondere durch Information meines Praxispersonals,
- informiere ich die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung. Der Patient wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 5 der DMP-A-RL mittels einer Ausfertigung der Dokumentationsdaten informiert. Soweit erforderlich (z. B. bei Datenbanken) kennzeichne ich den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext,

- informiere ich die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die Beratungsangebote der Krankenkassen.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift als "Teilnehmer am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) Koronare Herzkrankheit",
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das BAS und an die teilnehmenden Versicherten,
- den Regelungen über die Dokumentation nach den Abschnitten VIII und IX der Vereinbarung sowie der Evaluation und Verwendung der Dokumentationsbögen 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

einverstanden.

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft) sowie
- den Krankenkassen/-verbänden in Westfalen-Lippe

geschlossenen Datenstellenvertrag genehmige ich. Das Gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen informiert. Dies gilt auch für die Datenprozesse im Rahmen der elektronischen Dokumentation (eDMP).

Ich beauftrage die Datenstelle/die Arbeitsgemeinschaft

- die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Korrekturen bei mir nachzufordern sowie
- die Dokumentationsdaten an die jeweilige Krankenkasse, KVWL und Gemeinsame Einrichtung weiterzuleiten.

Einbindung angestellte Ärzte

- Die in der ergänzenden Erklärung aufgeführten angestellten Ärzte sind zu den o.a. Verpflichtungen - insbesondere den Regelungen der medizinischen Inhalte der RSAV sowie der DMP-A-RL, den Datenflüssen nach dem Datenstellenvertrag und des Datenschutzes - ausführlich schriftlich informiert worden. Die angestellten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt.
- Die von mir angestellten Ärzte sind mit der Veröffentlichung im Ärzteverzeichnis sowie der Weiterleitung dieses Verzeichnisses an die entsprechenden Stellen nach der DMP-Vereinbarung einverstanden.
- Die KVWL wird unverzüglich über Änderungen im Angestelltenverhältnis informiert.

An der Vereinbarung zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Krankenkassen nehme ich teil als:

koordinierender Arzt / Hausarzt (gemäß § 73 SGB V) (1. Ebene)  
(§ 3a der Vereinbarung)

und/oder Teilnahme durch angestellte Ärzte (vgl. gesonderte Erklärung)

Fachliche Voraussetzungen

Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Hausärztlicher Internist

Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung

Ich möchte Patientenschulungen nach der Anlage 10 durchführen und füge die Schulungsqualifikationen für mich und mein Personal anbei.

fachärztlich/kardiologisch qualifizierter Arzt (2. Ebene)  
(§ 4 der Vereinbarung)

und/oder Teilnahme durch angestellte Ärzte (vgl. gesonderte Erklärung)

invasive Tätigkeit

Ich möchte in Ausnahmefällen gem. Anlage 5 Nummer. 1.6.1 DMP-A-RL als koordinierender Vertragsarzt tätig werden.

Ich möchte Patientenschulungen nach der Anlage 10 durchführen und füge die Schulungsqualifikationen für mich und mein Personal anbei.

nicht invasive Tätigkeit

Ich möchte in Ausnahmefällen gem. Anlage 5 Nummer 1.6.1 DMP-A-RL als koordinierender Vertragsarzt tätig werden.

Ich möchte Patientenschulungen nach der Anlage 10 durchführen und füge die Schulungsqualifikationen für mich und mein Personal anbei.

Die LANR lautet: \_\_\_\_\_

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

1. BSNR
2. BSNR
3. BSNR
4. BSNR

Die teilnahmeberechtigten Ärzte erhalten zu den Programmteilen umfangreiche tagesaktuelle Internetseiten der KVVWL.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Vertragsarztstempel