

Anlage 6 Teil 1

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK bei bestehender KHK nach § 83 i.V.m § 137f SGB V

Teilnahmeerklärung der Ärzte

zur Einreichung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Hiermit erkläre ich:

<hr/>	<hr/>
Name, Vorname (in Blockschrift)	LANR

dass ich umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) KHK informiert worden bin. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Ich bestätige, dass ich die Informations- und Schulungsmaterialien „Gemeinsamer Wegweiser durch die strukturierten Behandlungsprogramme“ inklusive der Versorgungsinhalte zu KHK erhalten habe und ihren Inhalt kenne.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich ausdrücklich die Bestimmungen des DMP-Vertrages, insbesondere die Regelungen zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9 in Verbindung mit der **Anlage 5**, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII bis IX sowie der Qualitätssicherung nach Abschnitt einzuhalten.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung der im gesonderten „Leistungserbringerverzeichnis“ gemäß **Anlage 10** des DMP-Vertrages enthaltenen Angaben zu meiner Person,
- der Weitergabe dieses gesonderten „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Kassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung derselben für die Qualitätssicherung gemäß § 13 des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.

Anlage 6 Teil 1

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK bei bestehender KHK nach § 83 i.V.m § 137f SGB V

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms KHK im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und den Krankenkassen nehme ich wie folgt teil:

- persönlich
- nur** durch angestellte Ärzte
(dann sind nachfolgend keine weiteren Angaben erforderlich. Bitte lediglich diese Erklärung unterschreiben, Arztstempel ergänzen und zusätzlich die „Ergänzungserklärung für angestellte Ärzte“ ausfüllen)
- persönlich **und** durch angestellte Ärzte
(dann bitte die weiteren Angaben ergänzen und zusätzlich die „Ergänzungserklärung für angestellte Ärzte“ ausfüllen.)

an der:

1. Versorgungsstufe (gemäß Anlage 1)

Erklärung für Allgemeinmediziner, Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und Praktische Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V teilnehmen.

- Ich erkläre meine Teilnahme als **koordinierender Arzt der 1. Versorgungsstufe**

Ich nehme an der hausärztlichen Versorgung teil und bestätige, dass ich über die Ziele und Inhalte des DMP-Vertrages KHK informiert worden bin. Ich erfülle die Voraussetzungen der Anlage 1.

ODER an der:

2. Versorgungsstufe (gemäß Anlage 2)

Erklärung für Fachärzte für Innere Medizin, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

- Teilnahme am DMP KHK invasiv und/oder Teilnahme am KHK nicht invasiv

- 2. Versorgungsebene mit Koordinierungsfunktion gem. § 7 des DMP-Vertrages**

Oder

- 2. Versorgungsebene ohne Koordinierungsfunktion**

Ich nehme an der fachärztlichen Versorgung teil und bestätige, dass ich über die Ziele und Inhalte des DMP-Vertrages KHK informiert worden bin. Ich erfülle die Voraussetzungen der Anlage 2.

Anlage 6 Teil 1

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK bei bestehender KHK nach § 83 i.V.m § 137f SGB V

Ich bestätige, über die geforderten fachlichen, apparativen/räumlichen Voraussetzungen nach Anlage 1 oder 2 des Vertrages in der Praxis zu verfügen.

Ich möchte für folgende Betriebsstätte teilnehmen:

..... (BSNR)

Ich möchte für folgende Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

..... (NBSNR)

..... (NBSNR)

Nachweise über die Erfüllung der jeweils geltenden Anforderungen an die Strukturqualität

sind beigelegt liegen der KV RLP bereits vor.

Datenstellenbeauftragung:

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 den in meinem Namen mit der Datenstelle für Disease Management Programme Trier geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten in der jeweils aktuellen Fassung spezialisiert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die im Rahmen des Disease-Management-Programm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.
3. Ich habe die Möglichkeit, mich bei der KV RLP über den genauen Vertragsinhalt zu informieren

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft in RLP, 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 des Arztes

Arztstempel