

## Anlage 5.3 - Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

### Erklärung zu jedem angestellten Arzt

Nachfolgend genannte/r, in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r, Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms KHK zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

\_\_\_\_\_     
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als qual. FA § 4 ab Datum

Die fachlichen Voraussetzungen gemäß § 3 werden durch den genannten, bei mir angestellten Arzt erfüllt.

Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 4 wird durch den genannten, bei mir angestellten, Arzt erfüllt:

Besitz einer Schulungsberechtigung für Patienten im Rahmen des DMP KHK

### **Für den fachärztlich tätigen Internisten oder Kardiologen (zur nichtinvasiven Diagnostik und Therapie der KHK)**

Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“

oder

Facharzt für Innere Medizin  
und  
eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie innerhalb der letzten 5 Jahre

### **Für den Kardiologen mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen)**

Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“

Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (diagnostische und therapeutische Katheterinterventionen) gegenüber der KV

Nachfolgend genannte/r, in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r, Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms KHK zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

\_\_\_\_\_     
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als qual. FA § 4 ab Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anstellender Arzt/  
Leiter der Einrichtung und  
Vertragsarztstempel