

---

## Anlage 3 Teilnahmeerklärung Ärzte

---

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 2  
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen

### Teilnahmeerklärung des Arztes

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Mitgliederservice Sonderverträge  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt am Main

Name, Vorname, Titel (in Blockschrift)	Lebenslange Arztnummer
--	------------------------

#### 1. Teilnahmeerklärung am Programm Diabetes mellitus Typ 2

Ich habe mich umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 informiert. 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 zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Aufgaben des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten im Rahmen des Disease-Management-Programms, 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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle bzw. die Krankenkassen vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche oder elektronische<sup>1</sup> Einwilligung des Patienten einhole,
- den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung unterrichte,
- den in der Anlage 3a „Ergänzungserklärung Ärzte“ genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/MVZ Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und gewährleiste, dass diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
  - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
  - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen,

---

<sup>1</sup> Hinweis: Die elektronische Übermittlung ist möglich, sobald die technischen, datenschutzrechtlichen und prozessualen Voraussetzungen zur Umsetzung geschaffen sind.

- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mit der Anlage „Ergänzungserklärung Ärzte“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Hessen in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen mit

- der Veröffentlichung
  - meines Namens,
  - der Kontaktdaten(en) meiner Betriebsstätte(n), in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden),
  - meiner lebenslangen Arztnummer und Betriebsstättennummer,
  - meiner angestellte(n) Ärzte(n), sofern sie Leistungen im DMP erbringen sowie
  - den mir im Rahmen des DMP zugewiesenen Berechtigungen
- in dem gesonderten Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2 (auch im Internet),
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Ärzte, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), teilnehmende stationäre Einrichtungen/Kooperationszentren und an die teilnehmenden Versicherten
- sowie der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des DMP-Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 3a „Ergänzungserklärung Ärzte“ genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung
  - ihres Namens
  - der Kontaktdaten(en) ihrer Betriebsstätte(n), in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden),
  - ihrer lebenslangen Arztnummer und Betriebsstättennummer,
  - den ihnen im Rahmen des DMP zugewiesenen Berechtigungen
- im Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Ärzte, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), teilnehmende stationäre Einrichtungen/Kooperationszentren und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des DMP-Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an dem DMP-Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
2. die Teilnahme an dem DMP-Vertrag u.a. mit Beendigung einer vertragsärztlichen Tätigkeit endet und
3. gegen teilnehmende Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Maßnahmen bei nicht vertragsgemäßigem Verhalten gemäß § 12 ergriffen werden
4. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen entsprechend den §§ 3 bzw. 4 des DMP-Vertrages von mir auch für die bei mir angestellten Ärzte gegenüber der KV Hessen nachzuweisen sind.

### Datenstellenbeauftragung

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 21 geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- der Datenstelle gemäß § 21,
- der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29,
- der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 31 und
- den beteiligten Krankenkassen in Hessen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle mit

- der Überprüfung der erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität, ggf. Nachforderung zur Korrektur,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. der Anlage 8 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle.

Mir ist bekannt, dass ich zu einer elektronischen, plausibilitätsgeprüften Datenerfassung und Weiterleitung der Daten per E-Mail an die Datenstelle verpflichtet bin.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, COPD und Diabetes mellitus Typ 2 die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, 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.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms DM2 im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen nehme ich teil:

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Ärzte“)
- persönlich **und** durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Ärzte“)

1. Ich möchte als **koordinierender Arzt gemäß § 3** des Vertrages teilnehmen.  (ggf. ankreuzen)\*
2. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 4** des Vertrages teilnehmen, aber keine Koordinierungsfunktion übernehmen.  (ggf. ankreuzen)\*
3. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 2** (Ausnahmefall) des Vertrages teilnehmen und eine Koordinierungsfunktion übernehmen.  (ggf. ankreuzen)\*
4. Ich möchte **an der fachärztlichen Versorgung des Diabetischen Fußes gemäß § 4 Abs. 5, Nummer 5** teilnehmen.  (ggf. ankreuzen)\*
5. Ich möchte für folgende Haupt-Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:  (ggf. ankreuzen)\*
  - a) BSNR des Hauptsitzes: \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_
  - b) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_
  - c) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_
  - d) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_

\* mit dem Ankreuzen des jeweiligen Feldes wählt der teilnehmende Arzt den Versorgungsbereich aus.

Doppelnennungen sind möglich.

Ich möchte im Rahmen meiner Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 folgende Schulungen für Patienten gem. § 20 des Vertrages durchführen:

1. MEDIAS basis.....
2. MEDIAS 2 ICT .....
3. LINDA - Diabetes-Selbstmanagementschulung ohne Insulin .....
4. LINDA - Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin.....
5. Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI ohne Insulin).....
6. Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI mit Insulin) .....
7. Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (ZI Normalinsulin).....
8. Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) .....
9. HyPOS.....
10. Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin).....
11. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (Grüßer et al.) in der jeweils aktuellsten Auflage .....
12. MEDIAS 2 BOT + SIT + CT.....

**Für den Antrag auf Abrechnungsgenehmigung werden folgende Zertifikate für das jeweilige Schulungsprogramm benötigt:**

- Teilnahmebestätigung des jeweiligen Schulungsanbieters für den Schulungsarzt
- Ggf. Teilnahmebestätigung des jeweiligen Schulungsanbieters für das nichtärztliche Schulungspersonal.

### **Erklärung**

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Inhalt der Vereinbarung zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 zu informieren.

Ich erkläre, dass ich alle Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend dem gewählten Versorgungsbereich und den gewählten Schulungsprogrammen erfülle.

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 2.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des (ggf. anstellenden) Arztes