

---

### Anlage 3 Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

---

zur Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronische Herzinsuffizienz (HI)  
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen

#### **Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Chronische Herzinsuffizienz (HI)**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Mitgliederservice Sonderverträge  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

Hiermit erkläre ich:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel (in Blockschrift)

\_\_\_\_\_  
LANR und BSNR

Ich habe mich umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms HI inklusive der Versorgungsinhalte zu HI 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 Vertrags, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II. Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrags und den von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms behandelten Versicherten, 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 Vorschriften nach der DS-GVO und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole und den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte.
- die erstellte und von mir selbst und dem Versicherten unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weiterleite.
- den in der Anlage 4 („Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu diesem DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
  - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
  - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung sowie
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage 4 „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin unter der Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen mit

- der Veröffentlichung
  - meines Namens
  - der Kontaktdaten meiner Betriebsstätte(n), in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
  - meiner lebenslangen Arztnummer und Betriebsstättennummer,
  - meiner angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen sowie
  - den mir im Rahmen des DMP zugewiesenen Berechtigungenin dem gesonderten „Leistungserbringerverzeichnis HI“ (auch im Internet),
- der Weitergabe des „Leistungserbringerverzeichnis HI“ an die teilnehmenden Ärzte, an die Krankenkassen, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), an teilnehmende stationäre Einrichtungen/Kooperationszentren und die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

einverstanden.

Die in der Anlage 4 „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung
  - ihres Namens
  - der Kontaktdaten ihrer Betriebsstätte(n), in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden),
  - ihrer lebenslangen Arztnummer und Betriebsstättennummer,
  - den ihnen im Rahmen des DMP zugewiesenen Berechtigungenin dem gesonderten „Leistungserbringerverzeichnis HI“ (auch im Internet),
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Ärzte, an die Krankenkassen, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), an teilnehmende stationäre Einrichtungen/Kooperationszentren und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
- die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung einer vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- teilnehmende Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.
- die KV Hessen berechtigt ist von der Vergütung nach diesem Vertrag den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz sowie weitere satzungsgemäße Abzüge einzubehalten.

### **Datenstellenbeauftragung**

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

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 oder § 5 Abs. 3 den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- der Datenstelle gemäß § 27
- der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 23 sowie
- den Krankenkassen in Hessen

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms nach den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften der DS-GVO und den besonderen sozialrechtlichen Vorschriften

für die Datenverarbeitung erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und

2. die Daten an die entsprechenden Stellen i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

Mir ist bekannt, dass ich grundsätzlich zu einer elektronischen, plausibilitätsgeprüften Datenerfassung und Weiterleitung der Daten per E-Mail oder KIM an die Datenstelle verpflichtet bin. In Ausnahmefällen, können aber auch, nach vorheriger Beantragung bei der Datenstelle, über das Arzt-Online-Portal DMPsysOnline webbasiert Dokumentationsdaten erstellt und verschlüsselt an die Datenstelle übermittelt werden.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen in Hessen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, 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 Vertrags zu informieren.

### 1. Vertragsteilnahme allgemein:

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

☐ persönlich

☐ durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)

☐ persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)

1. Ich möchte als **koordinierender Arzt gemäß § 3 Abs. 2** des Vertrags teilnehmen. ☐ (ggf. ankreuzen)\*

2. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 5 Abs. 2** des Vertrags teilnehmen, aber keine Koordinierungsfunktion übernehmen. ☐ (ggf. ankreuzen)\*

3. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 5 Abs. 3** (Ausnahmefall) des Vertrags teilnehmen und eine Koordinierungsfunktion übernehmen. ☐ (ggf. ankreuzen)\*

Die Teilnahme bezieht sich auf folgende Hauptbetriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte(n):

a) BSNR des Hauptsitzes: \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_

b) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_

c) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_

d) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_

### 2. Teilnahme Schulungsarzt:

Ich möchte im Rahmen meiner Teilnahme am DMP Herzinsuffizienz folgende Schulungen für Patienten gemäß § 22 des Vertrags durchführen:

▪ Standardisierte Patientenschulung Herzinsuffizienz ..... ☐ (ggf. ankreuzen)\*

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.

### 3. Teilnahme Telemonitoring bei HI:

Ich nehme als primär behandelnder Arzt am Telemonitoring bei HI teil (G-BA-Beschluss vom 17.12.2020 zur MVV-Richtlinie) ☐ (ggf. ankreuzen)\*

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

## Erklärung

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Inhalt der Vereinbarung zum DMP HI zu informieren.  
Ich erkläre, dass ich alle Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend dem gewählten Versorgungsbereich und dem gewählten Schulungsprogramm erfülle.

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP HI-Vertrags.  
Bei Teilnahme nach § 3 oder § 5 Abs. 3 des DMP HI-Vertrags verpflichte ich mich zusätzlich, die Dokumentation gemäß den Abschnitten VIII und IX zu erstellen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel des (ggf. anstellenden) Leistungserbringers