

---

## Anlage 3 Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

---

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

### Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Osteoporose

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 Osteoporose inklusive der Versorgungsinhalte zu Osteoporose 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 Vertrages, 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 Vertrages 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.
- 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 einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines/ihrer Namens im "Leistungserbringerverzeichnis Osteoporose" (auch im Internet),
- der Weitergabe des "Leistungserbringerverzeichnis Osteoporose" an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten und
- der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

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

- zur Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis Osteoporose“
- zur Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten
- zur 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.

### **Datenstellenbeauftragung**

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

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 oder § 5 Abs. 3 und Abs. 4 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 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 DMP Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, COPD, Diabetes mellitus Typ 2 und Osteoporose in Hessen und die Krankenkassen in Hessen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Hessen, 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.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Osteoporose 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 Vertrages teilnehmen.  (ggf. ankreuzen)\*
2. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 5 Abs. 2** des Vertrages teilnehmen, aber keine Koordinierungsfunktion übernehmen.  (ggf. ankreuzen)\*
3. Ich möchte an der **fachärztlichen Versorgung gemäß § 5 Abs. 3** des Vertrages teilnehmen und eine Koordinierungsfunktion übernehmen (Ausnahmefall).  (ggf. ankreuzen)\*
4. Genehmigung als **DMP-koordinierender Arzt gem. § 5 Abs. 4** des Vertrages (Ausnahmefall).  (ggf. ankreuzen)\*
5. Ich möchte für folgende Haupt-Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:
- a) BSNR des Hauptsitzes: \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_
- b) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_
- c) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_
- d) NBSNR (Nebenbetriebsstätte): \_\_\_\_\_ ab Datum: \_\_\_\_\_

Ich möchte im Rahmen meiner Teilnahme am DMP Osteoporose folgende Schulungen für Patienten gem. § 22 des Vertrages durchführen:

1. Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie ..... ja  / nein

**Für den Antrag auf Abrechnungsgenehmigung werden folgende Zertifikate für das jeweilige Schulungsprogramm benötigt (bitte beifügen):**

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

## Erklärung

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Inhalt der Vereinbarung zum DMP Osteoporose 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 Osteoporose-Vertrages. Bei Teilnahme nach § 3 oder § 5 Abs. 3 sowie Abs. 4 des DMP Osteoporose Vertrags verpflichte ich mich zusätzlich, die Dokumentation gemäß den Abschnitten VIII und IX zu erstellen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des (ggf. anstellenden) Leistungserbringers

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