

## Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes / Medizinischen Versorgungszentrums / ermächtigten Arztes zum DMP „Osteoporose“

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V für die  
Diagnose Osteoporose zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Schwachhauser Heerstr. 26/28

28209 Bremen

### Teilnahmeerklärung am DMP Osteoporose

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Disease-  
Management-Programms (DMP) Osteoporose informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten  
Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten  
Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Osteoporose zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen  
(KVHB) und den Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil. Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte  
ich mich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der  
Versorgungsinhalte gemäß § 9, Kooperationsregeln gemäß Abschnitt II, der Qualitätssicherung gemäß  
Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII. Weiter verpflichte ich mich  
gegenüber den anderen Ärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten  
Versicherten aufgrund des DMP, 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 (Erheben,  
Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden  
Vorschriften der EU-DGSVO; des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen  
sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen  
technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie  
Dauer der Aufbewahrung unterrichte, den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext  
kennzeichne und den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation  
aushändige,
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten  
Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche oder elektronische  
Einwilligung (Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. Anlage 5) des Patienten einhole,

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/ Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zum DMP zukommen lasse und sicherstelle, dass diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
  - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
  - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) sowie Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Personendaten an Dritte

erfüllen.

Die bei mir angestellten Ärzten und ich sind einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Angaben gemäß Anlage 4 des o.g. Vertrages in dem gesonderten Leistungserbringerverzeichnis und im Internet (Arztauskunft KV Bremen)
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die am DMP teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE), an die Datenstelle, an die Krankenkassen/- verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung dieser für die Qualitätssicherung und der Evaluation gemäß Abschnitt IV und VIII des Vertrags unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

Hinweis: Die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im „Leistungserbringerverzeichnis Osteoporose“ kann jederzeit widerrufen werden. Mit dem Zugang des Widerrufs bei der KV Bremen endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen gem. § 12 eingeleitet werden. §§ 3 und 4 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVHB bzw. den Krankenkassen nachzuweisen sind.
- die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Osteoporose zwischen der KVHB und den Krankenkassen nehme ich teil

- persönlich
  - im Rahmen einer Zulassung
  - im Rahmen einer Ermächtigung
- durch angestellte Ärzte
- persönlich und durch angestellte Ärzte

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Meine lebenslange Arztnummer lautet: \_\_\_\_\_

LANR

Vor- und Nachname des angestellten Arztes: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer des angestellten Arztes lautet: \_\_\_\_\_

LANR

**1. Ich möchte teilnehmen als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors (1. Versorgungsebene)**

gemäß § 3 Abs. 2 als an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmender Arzt (Erklärung für Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte; hausärztliche Internisten) und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 1

oder

**2. Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 Abs. 2 des Vertrages teilnehmen (2. Versorgungsebene)  und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 2.**

oder

**Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 Abs. 3 des Vertrages teilnehmen (2. Versorgungsebene)  und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 2**

oder

**Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des fachärztlich qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 Abs.4 (Ausnahmefall) des Vertrages teilnehmen (2. Versorgungsebene)  und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 2**

**3. Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:**

a) \_\_\_\_\_ [BSNR] b) \_\_\_\_\_ [BSNR]

c) \_\_\_\_\_ [BSNR] d) \_\_\_\_\_ [BSNR]

4. **Ich möchte Patientenschulungen durchführen; die entsprechenden Fortbildungszertifikate für mich und mein Praxispersonal lege ich bei.** Die dafür erforderliche Strukturqualität gemäß der Anlage 1 bzw. 2 wird erfüllt.

Der Antrag zur Durchführung und Abrechnung von Patientenschulungen/Instruktionen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137 f SGB V ist beigefügt

Gleichzeitig genehmige ich hiermit den in meinem Namen mit der Gemeinsamen Datenstelle gemäß § 20 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Gemeinsamen Datenstelle nach § 20 des Vertrages,
- der Bremischen Arbeitsgemeinschaft DMP
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bremen sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Gemeinsame Datenstelle nach § 22 des Vertrages

- mit der Überprüfung der von mir erstellten Dokumentationen und der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen auf Vollständigkeit und Plausibilität, ggf. Nachforderung zur Korrektur,
- die Datensätze gemäß Anlage 20 der DMP-A-RL an entsprechende Stellen weiterzuleiten.

Ich beauftrage die KVHB mit der Wahrnehmung der Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der von mir an die Datenstelle übertragenen Aufgaben.

Ich habe mich auf der Internetseite der KVHB umfassend und vollständig über den genauen Vertragsinhalt zum DMP Osteoporose sowie meine Pflichten und  Verantwortlichkeiten informiert und bestätige hiermit, den Inhalt zur Kenntnis genommen und die für meine Teilnahme relevanten Unterlagen sowie das Praxismanual über die Internetseite der KVHB erhalten zu haben.

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung des Antrags frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden kann.

Aus den vorgenannten Gründen verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer  
(bei angestellten Ärzten: Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ- Leiters)