

KV Nordrhein  
 Abteilung Qualitätssicherung  
 40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970-33294  
 E-Mail: DMP-Osteoporose@kvno.de

**Mindestanforderung zur Teilnahmeerklärung des Arztes zu dem  
 strukturierten Behandlungsprogramm (DMP)  
 Osteoporose nach § 137f SGB V**

**Der Antrag wird gestellt für:**

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen <b>oder</b> angestellt <b>oder</b> persönlich ermächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

**Kontaktdaten der Praxis:**

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

<input type="checkbox"/> Ich möchte als <b>koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene</b> teilnehmen; <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> als Hausarzt gemäß § 73 SGB V (§ 3 Abs. 2 und Anlage 1)</li> <li><input type="checkbox"/> als Facharzt der 2. Versorgungsebene (§ 3 Abs. 3 und Anlage 2 – Ausnahme)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Ich möchte an der <b>qualifizierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 und Anlage 2</b> teilnehmen (2. Versorgungsebene);
<input type="checkbox"/> Ich möchte <b>Patientenschulungen</b> gemäß Anlage 7 durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

<b>Teilnahmeerklärung zu dem DMP Osteoporose</b>
<p>Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Osteoporose informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationsmedien habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen. Das auf der Seite der KV Nordrhein zum jeweiligen DMP unter <a href="https://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/20leistungen_a-z/index.html">https://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/20leistungen_a-z/index.html</a> eingestellte DMP-Arztmanual habe ich zur Kenntnis genommen.</p> <p>Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 10, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.</p> <p>Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,</li> <li>• bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DS-GVO und besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und</li> <li>• zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten TE/EWE die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),</li> </ul>

### Teilnahmeerklärung zu dem DMP Osteoporose

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Ärzteverzeichnis“,
- der Weitergabe des Ärzteverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. die Landesprüfdienste, die KGNW und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.

### Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 22 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 25 Absatz 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen 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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der  
Praxisinhabers/in

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der  
angestellten Arztes/Ärztin

Arztstempel: