

## Teilnahmeerklärung des Arztes

„Koordinierender Arzt“ (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt)

gem. § 3 Abs. 2 und 3

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Name ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Niederlassung zum: ..... als: .....

Facharztanerkennung als/vom: .....

weitere Weiterbildungsabschlüsse: .....

(Schwerpunktbezeichnung/Subspezialisierung)

Praxisanschrift: .....

Meine lebenslange Arztnummer lautet:.....[LANR]

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

Am Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin möchte ich teilnehmen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes 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, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z.B. Datenbanken),

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu den DMP zukommen lassen und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
  - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
  - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen,
- gegenüber der KV Berlin mit der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Berlin in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis über

- die Veröffentlichung ihres Namens und ihrer Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

erklärt.

Mir bzw. den in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 sanktioniert werden.

Ich möchte am Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 als „**Koordinierender Arzt**“ (diabetologisch besonders qualifizierter **Arzt**) teilnehmen.

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Ich möchte am Vertrag wie folgt teilnehmen:

persönlich

durch die bei mir angestellten Ärzte

**Für die Teilnahme am Vertrag, durch bei mir angestellte Ärzte, habe ich die Anlage 5.3 (Ergänzungserklärung des Arztes) ausgefüllt und beigefügt.**

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

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

b) \_\_\_\_\_ [NBSNR]

c) \_\_\_\_\_ [NBSNR]

Ich versichere, dass die nachfolgenden Voraussetzungen in jeder Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten werden.

Folgende **fachliche Voraussetzungen** werden durch mich erfüllt:

**A. Facharzt/-ärztin f. Allgemeinmedizin, Praktische/r Ärztin/Arzt oder Ärztin/Arzt ohne Gebietsbezeichnung**

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

**und**

ich versichere die Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

**B. Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin:**

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie **oder**

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

**und**

ich versichere die Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

**C. Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**   
**und**

ich versichere die Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

**D. diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin f. Kinder- und Jugendmedizin:**

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

in Einzelfällen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gemäß Anlage 1 dieses Vertrages **mit** ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

**und**

ich versichere die Behandlung von mindestens 27 Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 pro Jahr.

**Ich erbringe als teilnehmender Arzt nach Buchstabe A, B oder C folgende zusätzliche Leistungen und erfülle dafür die Anforderungen der Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor:**

Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie, Behandlung von jährlich mindestens 10 Patienten

Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1, Behandlung von durchschnittlich 5 Patientinnen in zwei Jahren

Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom bei ausreichender Erfahrung

**Folgende organisatorische Voraussetzungen werden in jeder oben genannten Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten:**

**Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal**

mindestens ein/e Diabetesberater/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen

**oder**

Diabetesassistent/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen

**mit** mindestens 2-jähriger Tätigkeit als Diabetesassistentin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung **und** Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können

**und**

mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen

**Apparative Ausstattung**

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/Einrichtung

Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards

24 Stunden-Blutdruckmessung (als Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labor-methode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

EKG

Belastungs-EKG (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Sonographie, Doppler- oder Duplexsonographie (jeweils in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß **Anlage 1 - Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor bzw. Anlage 2 - Strukturqualität qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen** zur Teilnahme an diesem Vertrag erfülle. Entsprechende Nachweise füge ich dieser Teilnahmeerklärung bei.

Ich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir anstellten Ärzte verpflichten sich außerdem:

zu einer regelmäßigen diabetesspezifischen Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens zweimal jährliche Teilnahme

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

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

der Datenstelle nach § 25 des Vertrages,

der Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR,

der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie

den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die in meiner Praxis im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, 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.

Das Praxismanual habe ich sowie die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Vertragsarztstempel  
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung