

Teilnahmeerklärung des Arztes

„Diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“

gemäß § 3 und/oder § 4

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 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 2 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 für die Datensicherheit die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) i.V.m. dem Bundesdatenschutzgesetzes und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften 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),

Anlage 5.2

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse 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 für die Datensicherheit die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) i.V.m. dem Bundesdatenschutzgesetz 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 meiner Daten in das „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 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Krankenkasse und deren Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und die Evaluation 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 meiner Daten in das „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 BAS und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen und Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und die Evaluation 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 als **koordinierender Arzt gemäß § 3 sowie als diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß § 4** des Vertrages teilnehmen.

ODER

Ich möchte als **diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß § 4** des Vertrages 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 Schulungen für Patienten im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 anbieten.

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 für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin oder Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin:

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie **oder**

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

C. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

D. Ich habe bereits die Abrechnungsgenehmigung als Schwerpunktpraxis zur Diabetikerbetreuung erhalten.

E. zusätzliche Zertifizierungen der DDG

Zertifizierung als Diabeteszentrum DDG¹

Zertifizierung als Diabetologikum DDG²

Behandlung Diabetiker

Ich betreue in meiner Praxis dauerhaft (mindestens 12 Monate) Diabetespatienten.

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

Die Einrichtung wird von einem diabetologisch qualifizierten Arzt geleitet.

Mindestens ein/e Diabetesassistent/in DDG* oder ein/e Diabetesberater/in DDG* ist in Vollzeit bzw. in entsprechenden Teilzeitstellen angestellt.

* Entsprechende Nachweise werden durch mich bei der KV Berlin eingereicht.

Folgende organisatorische Voraussetzungen **zur Ausstattung** werden durch mich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erfüllt:

Blutdruckmessung nach den internationalen Empfehlungen³

24-Stunden Blutdruck-Messung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) in Eigenleistung oder als Auftragsleistung

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung⁴

Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Reflexhammer, Stimmgabel, „Prüfung Thermosensibilität“)

Möglichkeit zur Durchführung eines EKG`s⁵

Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz) in Eigenleistung oder als Auftragsleistung

Bereitstellung eines Schulungsraums

¹ Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen

² Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen

³ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL vom 21.01.2016: Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)

⁴ gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

⁵ Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Stand:28.07.2022

Zudem werden die Voraussetzungen für **eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung** gemäß Anlage 2 erfüllt:

und

Zusätzlich liegt eine Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG⁶ (vgl. Anlage 2 Fußambulanz) vor:

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

zur Teilnahme an diabetes-spezifischen Fortbildungen, z. B. Qualitätszirkel (mindestens zweimal pro Jahr)

zur Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachdisziplinen und -berufen insbesondere gemäß Überweisungs- bzw. Einweisungskriterien der Anlage 1 der DMP-A-RL

Ich verpflichte mich außerdem:

zur Sicherstellung der Urlaubs- und Krankheitsvertretung von Personal

Änderungen der organisatorischen Anforderungen der KV Berlin zu melden

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 DMP-A-RL i.S.d. § 25 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 indikationsübergreifende 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.

⁶ Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen
Stand:28.07.2022

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung