

## Anlage 5: Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes / Medizinischen Versorgungszentrums / ermächtigten Arztes zum DMP Diabetes mellitus Typ 1

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Schwachhauser Heerstraße 26/28  
28209 Bremen

### Teilnahmeerklärung am DMP Diabetes mellitus Typ 1

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 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 Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) und den Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil. Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV, der Aufgaben gemäß Abschnitt II und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

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-DSGVO, des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und 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 Einwilligung des Patienten einhole,

- den in der Anlage 5a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) genannten, 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) personenbezogener Daten sowie Dauer der Aufbewahrung und
  - Weitergabe von Personendaten an Dritte
 erfüllen.
- gegenüber der KVHB mit der Anlage 5a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVHB in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Angaben gemäß § 8 Abs. 1 des o.g. Vertrages in dem gesonderten Leistungserbringerverzeichnis, der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die am DMP teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), die Gemeinsame Datenstelle, die teilnehmenden stationären Einrichtungen und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung dieser für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages und der Evaluation gemäß Abschnitt IX des Vertrags unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 5a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihrer Angaben gemäß § 8 Abs. 1 des o.g. Vertrages in dem gesonderten Leistungserbringerverzeichnis,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an am DMP die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), die Gemeinsame Datenstelle, die teilnehmenden stationären Einrichtungen und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Evaluation der Dokumentationen und Verwendung dieser für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages und die Evaluation gemäß Abschnitt IX des Vertrages unter Beachtung der geltenden 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 Quartals.

- 2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- 3. Ärzte und Einrichtungen bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.
- 4. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVHB bzw. den Krankenkassen nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVHB und den Krankenkassen nehme ich teil:

- persönlich
  - durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“)
  - persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“)
- Meine lebenslange Arztnummer lautet:.....

LANR

Ich nehme teil als:

- 1. diabetologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 1 des Vertrags) und verfüge zusätzlich über folgende Qualifikation(en):
  - 1.a) zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulin-Pumpentherapie
  - 1.b) zur Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1
  - 1.c) zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndromoder
- 2. diabetologisch qualifizierter Pädiater/pädiatrische Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 3 des Vertrags) oder
- 3. Hausarzt (§ 3 Abs. 3 i. V. m. Anlage 2 des Vertrags) und
- 4. Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 12 DMP-Vertrag durchführen; die entsprechenden Fortbildungszertifikate für mich und mein Praxispersonal lege ich bei

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

- a) \_\_\_\_\_ [BSNR]
- b) \_\_\_\_\_ [BSNR]
- c) \_\_\_\_\_ [BSNR]
- d) \_\_\_\_\_ [BSNR]

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 Diabetes mellitus Typ 2 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.

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel  
Leistungserbringer