

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

zu dem Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Schwachhauser Heerstraße 26/28  
28209 Bremen

### **Teilnahmeerklärung am Programm Diabetes mellitus Typ 1**

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms 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. Das Praxis-Manual habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

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 und der Aufgaben gemäß Abschnitt II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, 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 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 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 der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Personendaten an Dritte
  - erfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage 5a (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im Leistungserbringerverzeichnis,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung und der Evaluation gemäß Abschnitt IV und VIII des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

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

- die Veröffentlichung ihres Namens im Verzeichnisses „Teilnehmer am Vertrag Diabetes mellitus Typ 1“,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages 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 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
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.

---

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen 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 der Vereinbarung)
- und verfüge zusätzlich über folgende Qualifikation:
- 1.a) zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulin-Pumpentherapie (Betreuung von mindestens 9 Patienten)
- 1.b) zur Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1 (Betreuung von mindestens 9 Patienten)
- 1.c) zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom
2. diabetologisch qualifizierter Pädiater/pädiatrische Einrichtung (§ 3 Abs. 4 i. V. m. Anlage 3 der Vereinbarung)
3. Hausarzt (§ 3 Abs. 3 i. V. m. Anlage 2 der Vereinbarung)

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

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

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

---

***Datenstellenbeauftragung***

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt den in meinem Namen mit der gemeinsamen Datenstelle geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
2. die Datensätze gemäß Anlage 2 i. V. m Anlage 8 DMP-A-RL an die Krankenkassen oder die von ihr beauftragte Stelle weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Bremen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Bremen, 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 und Stempel

Leistungserbringer