

**Teilnahmeerklärung des Arztes**

„Koordinierender Arzt“ (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt)

gem. § 3 Abs. 2 und 3

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms 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 für die Datensicherheit die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) i.V.m. dem Bundesdatenschutzgesetz 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),

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu den 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 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 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) 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 BAS 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.

## Anlage 5.1

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 Schulungen für Patienten im Rahmen des DMP Diabetes Typ 1 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.

Die Teilnahme erfolgt in Vollzeit (mind. 38,5 Std. / wtl.) **oder**

durch mehrere Teilzeitkräfte (38,5 Std. / wtl.)

Die Erfüllung der wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 38,5 Std. weise ich mit dem beigefügten Arbeitsvertrag nach.

Folgende fachliche Voraussetzung wird durch mich erfüllt:

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

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

**und**

ich versichere die dauerhafte Behandlung (mindestens 12 Monate) und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

**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

**und**

Ich versichere die dauerhafte Behandlung (mindestens 12 Monate) und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

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

Ich versichere die dauerhafte Behandlung (mindestens 12 Monate) und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

**D. diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin für 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 dauerhafte Behandlung (mindestens 12 Monate) von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1.

**E. Weitere Voraussetzungen**

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 (mindestens seit 12 Monaten) von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie

regelmäßige Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1 (in mind. 2 Quartalen je Kalenderjahr)

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

**und**

zusätzlich mit Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG gem. Anlage 1 (Fußambulanz)<sup>1</sup> sowie

Zertifizierung als Diabeteszentrum DDG<sup>2</sup>

oder

Zertifizierung als Diabetologikum DDG<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen

<sup>2</sup> Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen

<sup>3</sup> Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen

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

Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal

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

**oder**

2. mindestens ein/e Diabetesberaterin mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen   
gekennzeichnet durch

- Die Weiterbildung dauert mindestens ein Jahr und ist in zusammenhängenden Abschnitten konzipiert
- Die Weiterbildung besteht aus mindestens 480 Stunden theoretischem Unterricht und 1.000 Stunden praktischer Weiterbildung, von denen 250 Stunden als praktische Anleitung bzw. Unterricht nachzuweisen sind.

**oder**

3. Fachkräfte, die am 01.01.2019 bereits diabetologische Leistungen im Rahmen des DMP erbracht bzw. nachfolgende Qualifikationsanforderungen erfüllt haben: Diabetesberater/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen

**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 gem. den internationalen Empfehlungen

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

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode 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)

## Anlage 5.1

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 angestellten 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 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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Vertragsarztstempel  
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung