

## Anlage 5a - Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

### Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle

.....  
.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....  
.....

#### Teilnahmeerklärung zum Programm Diabetes mellitus Typ 1

Ich bin über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationen 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 des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, 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 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) 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 Patientendaten an Dritte
 erfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 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) bzw. den Landesprüfdiensten und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- die Weitergabe des „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) bzw. den Landesprüfdiensten und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags 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. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden nehme ich

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")

teil als

- 1. diabetologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i.V.m. Anlage 1 der Vereinbarung)
  - 1.a) zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie
  - 1.b) zur Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1
  - 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 2 der Vereinbarung)
- 3. Hausarzt (§ 3 Abs. 3 i.V.m. Anlage 1 a der Vereinbarung)

Ich kooperiere mit

Name

Straße/Hausnummer

PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 den Abschnitten VII und VIII.

### **Datenstellenbeauftragung**

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

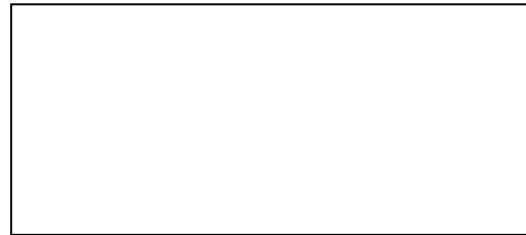
1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, 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 Vertragsarztstempel



Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

- |    |                               |               |               |   |                                    |                   |
|----|-------------------------------|---------------|---------------|---|------------------------------------|-------------------|
| 1. | .....<br>Name, Vorname, Titel | .....<br>LANR | .....<br>BSNR | <input type="checkbox"/><br>als koord. Arzt | <input type="checkbox"/><br>als FA | .....<br>ab Datum |
| 2. | .....<br>Name, Vorname, Titel | .....<br>LANR | .....<br>BSNR | <input type="checkbox"/><br>als koord. Arzt | <input type="checkbox"/><br>als FA | .....<br>ab Datum |
| 3. | .....<br>Name, Vorname, Titel | .....<br>LANR | .....<br>BSNR | <input type="checkbox"/><br>als koord. Arzt | <input type="checkbox"/><br>als FA | .....<br>ab Datum |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Vertragsarztstempel

### Erklärung des angestellten Arztes

Hiermit bestätige ich, dass mich der oben genannten Vertragsarzt über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 sowie über die Verpflichtungen, die mit der Leistungserbringung im Rahmen dieser Programme einhergehen, informiert hat.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes



# Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

HAUPTSTELLE  
Abteilung Qualitätssicherung  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Ansprechpartner: Barbara Hollon  
Telefon: (0211) 5970-8224  
Fax: (0211) 5970-9997

Ansprechpartner: Simone Mc Kay  
Telefon: (0211) 5970-8245  
Fax: (0211) 5970-9997

E-Mail: diabetes@kvno.de

## DMP Diabetes mellitus Typ 1 als Hausarzt - Erklärung zur Strukturqualität -

*Bitte fügen Sie dieser Erklärung die Teilnahmeerklärung  
(Anlage 5 des DMP-Vertrages) bei.*

Name: .....

Vertragsarztnummer: .....

Ich nehme bereits am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teil.

Meine Praxis bietet folgende apparative Ausstattung:

*Bitte Zutreffendes ankreuzen:*

- qualitätsgesicherte Blutdruckmessung
- Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung
- EKG
- Sonographie *(Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.)*
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- In meiner Praxis sind Schulungsräume vorhanden, die sowohl Einzel- als auch Gruppenschulungen ermöglichen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Vertragsarztstempel, Unterschrift

**Kooperationsbestätigung  
mit einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP)**

Hiermit vereinbaren wir, zur Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 miteinander zu kooperieren.

Änderungen bezüglich dieser Kooperation werden wir der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unverzüglich mitteilen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Hausarztes (DHA)/  
Vertragsarztstempel

.....  
Unterschrift der DSP/  
Vertragsarztstempel