

## **Anlage Teilnahmeerklärung Vertragsarzt DMP Diabetes mellitus Typ 1**

zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen im Land Brandenburg

### **Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1**

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5, 14469 Potsdam

Ich bin umfassend 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.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des DMP Diabetes mellitus Typ 1, 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 geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit dem Bundesdatenschutzgesetz beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichten und ihm jeweils eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens übergeben werde.

#### **Ich bin einverstanden mit**

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift im Vertragsärzteverzeichnis DMP Diabetes mellitus Typ 1,
- der Weitergabe meiner Daten gemäß dem Vertragsärzteverzeichnis DMP Diabetes mellitus Typ 1 an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) sowie die zuständige Aufsichtsbehörde und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten über die Datenstelle an die Gemeinsame Einrichtung sowie deren Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und die Evaluation des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

#### **Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit/Anstellung endet bzw. ruht,
- die Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert wird,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend diesem Vertrag von mir gegenüber der KVBB nachzuweisen sind.

Meine lebenslange Arztnummer lautet: \_\_\_\_\_ LANR

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und den Verbänden der Krankenkassen nehme ich teil als:

1. diabetologisch besonders qualifizierter Vertragsarzt gem. § 3 Abs. 2 Satz 1

zusätzlich verfüge ich über die folgenden Qualifikationen:

- zur Ersteinstellung bei Insulinpumpentherapie für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1
- zur Behandlung von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1
- zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom
  - » als Fußambulanz:
    - mit Zertifizierung als ambulante Fußbehandlungseinrichtung DDG
    - oder
    - **bis 31.03.2025:**  
mit Erwerb der erstmaligen Zertifizierung als ambulante Fußbehandlungseinrichtung DDG innerhalb von 24 Monaten ab Antragstellung (Kopie des Antrags auf Zertifizierung als ambulante Fußbehandlungseinrichtung DDG ist beigelegt; das Zertifikat wird innerhalb des genannten Zeitraums nachgereicht), wobei ich die folgenden Voraussetzungen erfülle:
      - Beschäftigung einer Wundassistentin (z. B. DDG-, ICW-Wundmanager)
      - Behandlungsraum, der hauptsächlich für Fußbehandlungen verwendet wird
      - Verbandswagen mit sterilem Instrumentarium
      - MRE-Hygiene-Konzept
      - Kooperationsvereinbarung z. B. mit Gefäßchirurgie, Chirurgie/Orthopädie, Angiologie/Interventionelle Radiologie, orthopädischer Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe

und

- Fortbildungen (mindestens 18 Stunden) in der aktuellen, stadiengerechten Behandlung des diabetischen Fußsyndroms innerhalb der letzten 18 Monate

oder

2. diabetologisch qualifizierter Pädiater für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen gem. § 4 Abs. 2 Satz 1

oder

3. gem. § 3 Abs. 2 Satz 2 als Hausarzt in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Vertragsarzt

Ich kooperiere mit:

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Praxisort

\_\_\_\_\_

Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem o. g. diabetologisch besonders qualifizierten Vertragsarzt füge ich dieser Teilnahmeerklärung bei. Änderungen im Kooperationsverhältnis werde ich unverzüglich der KVBB gegenüber anzeigen.

4. gem. § 4 Abs. 2 Satz 2 als diabetologisch qualifizierter Vertragsarzt mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen
5. Ich möchte Schulungen im Rahmen des DMP DM1 anbieten.

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

a) BSNR \_\_\_\_\_ b) BSNR \_\_\_\_\_

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

Mit der Einschaltung einer Datenstelle gemäß dem DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Ich bevollmächtige die KVBB zur Beauftragung einer Datenstelle insbesondere mit der Überprüfung der von mir im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität und der Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen. Die fachlichen, apparativen und strukturellen Anforderungen gemäß den vertraglichen Regelungen werden von mir erfüllt.

Erforderliche Nachweise, insbesondere bei zusätzlichen Qualifikationen, werden von mir beigelegt. Den Inhalt des Praxismanuals habe ich zur Kenntnis genommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw. des anstellenden Vertragsarztes