
Anlage 6 Teilnahmeerklärung Arzt/qualifizierte Einrichtung

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen

Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Hiermit erkläre ich:

Name, Vorname, Titel (in Blockschrift)

Lebenslange Arztnummer

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.

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 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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DS-GVO 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 und den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung unterrichte.
- den in der Anlage 7 („Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu diesem DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung sowie
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ 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 im "Leistungserbringerverzeichnis" (auch im Internet)
- der Weitergabe der Anlage 8 "Leistungserbringerverzeichnis" an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 7 „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt

- zur Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“
- zur Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, dem BAS und an die teilnehmenden Versicherten
- zur 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

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung einer vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- teilnehmende Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- der Datenstelle gemäß § 21
- der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29
- der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 31 und
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden in Hessen

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Daten an die entsprechenden Stellen i. S. d. § 25 Abs. 2 der RSAV weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale, COPD und Diabetes mellitus Typ 2 in Hessen und die Krankenkassen in Hessen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP in Hessen, 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.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen nehme ich teil:

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)
- persönlich **und** durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)

als

1. diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i.V.m. Anlage 1 der Vereinbarung) und bin zusätzlich qualifiziert
- 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 qualifizierte/r Pädiater/pädiatrische Einrichtung (§ 3 Abs. 4 i.V.m. Anlage 2 der Vereinbarung)
- 2.a) Pädiater (§ 3 Abs. 4 i.V.m. Anlage 2 der Vereinbarung)
- Ich kooperiere mit folgendem/r diabetologisch qualifizierten Arzt/Einrichtung:

.....

Name	Straße/Hausnummer	PLZ, Praxisort
------	-------------------	----------------

- 2.b) Diabetologe (§ 3 Abs. 4 i.V.m. Anlage 2 der Vereinbarung)
- Ich kooperiere mit folgendem/r Pädiater/pädiatrischen Einrichtung:

.....

Name	Straße/Hausnummer	PLZ, Praxisort
------	-------------------	----------------

3. Hausarzt (§ 3 Abs. 3 i.V.m. Anlage 3 der Vereinbarung)
- Ich kooperiere mit folgendem/r diabetologisch qualifizierten Arzt/Einrichtung:

.....

Name	Straße/Hausnummer	PLZ, Praxisort
------	-------------------	----------------

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

Ich möchte für folgende Hauptbetriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätten(n) teilnehmen:

- a) BSNR des Hauptsitzes
- b) NBSNR (Nebenbetriebsstätte)
- c) NBSNR (Nebenbetriebsstätte).

Ich möchte im Rahmen meiner Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 folgende Schulungen für Patienten gem. § 20 des Vertrages durchführen:

1. LINDA - Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin.....
2. Schulungsprogramm für Jugendliche mit Diabetes
3. Diabetesbuch für Kinder.....
4. Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT)
5. HyPOS.....
6. Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin)
7. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (Grüßer et al.) in der jeweils aktuellsten Auflage.....
8. Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP).....
9. PRIMAS.....

Für den Antrag auf Abrechnungsgenehmigung werden folgende Zertifikate für das jeweilige Schulungsprogramm benötigt:

- Teilnahmebestätigung des jeweiligen Schulungsanbieters für den Schulungsarzt
- Ggf. Teilnahmebestätigung des jeweiligen Schulungsanbieters für das nicht-ärztliche Schulungspersonal.

Erklärung

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Inhalt der Vereinbarung zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 zu informieren.

Ich erkläre, dass ich alle Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend dem gewählten Versorgungsbereich und den gewählten Schulungsprogrammen erfülle.

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP Diabetes mellitus Typ 1-Vertrages.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel des (ggf. anstellenden) Leistungserbringers