

## Anlage 8

### zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137- f SGB V

#### Teilnahmeerklärung des Arztes

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

**Telefax:**  
**0231/9432-1569**

#### Teilnahmeerklärung

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1/Typ 2 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, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach §§ 10 ff., den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von mir gegenüber der KVWL nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 13 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.

Bei der Durchführung des Programms

- beachte ich die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung und treffe hierfür noch notwendige technische oder organisatorische Maßnahmen insbesondere durch Information meines Praxispersonals,
- informiere ich die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung. Der Patient wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationen mittels einer Ausfertigung der Dokumentationsdaten informiert. Soweit erforderlich (z. B. bei Datenbanken) kennzeichne ich den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext,

- informiere ich die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die Beratungsangebote der Krankenkassen.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung der folgenden Daten im Teilnehmerverzeichnis unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen einverstanden:
  - meines Namens und meiner Praxisanschrift als Teilnehmer an den jeweiligen Behandlungsprogrammen,
  - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
  - lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer
  - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen
  - Berechtigungen im Rahmen des DMP
- der Weitergabe des Ärzteverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung und an die teilnehmenden Versicherten,
- den Regelungen über die Dokumentation nach den Abschnitten VIII und IX der Vereinbarung sowie der Evaluation und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV der Vereinbarung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen,
- der Einschaltung der von den Vertragspartnern beauftragten Datenstelle nach Abschnitt VIII der Vereinbarung,

einverstanden.

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle
- der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft) sowie
- den Krankenkassen in Westfalen-Lippe

geschlossenen Datenstellenvertrag genehmige ich. Das Gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Dies gilt auch für die Datenprozesse im Rahmen der elektronischen Dokumentation.

Ich beauftrage die Datenstelle/die Arbeitsgemeinschaft

- die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Korrekturen bei mir nachzufordern, sowie
- die Dokumentationsdaten an die jeweilige Krankenkasse, KVWL und Gemeinsame Einrichtung weiterzuleiten.

Einbindung angestellter Ärzte

- Die in der ergänzenden Erklärung aufgeführten angestellten Ärzte sind zu den o. a. Verpflichtungen - insbesondere den Regelungen der medizinischen Inhalte der DMP-A-RL, den Datenflüssen nach dem Datenstellenvertrag und des Datenschutzes ausführlich schriftlich informiert worden. Die angestellten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt.

- Die von mir angestellten Ärzte sind mit der Veröffentlichung im Ärzteverzeichnis sowie der Weiterleitung dieses Verzeichnisses an die entsprechenden Stellen nach der DMP-Vereinbarung einverstanden.
- Die KVWL wird unverzüglich über Änderungen im Angestelltenverhältnis informiert.

An der Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V zwischen der Kas- senärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Krankenkassen nehme ich teil als:

### A. Diabetes mellitus Typ 1

- diabetologisch qualifizierter Arzt  
(§ 3 a Abs. 1 i. V. m. Anlage 1 dieser Vereinbarung)  
 und/oder Teilnahme durch angestellte Ärzte (vgl. gesonderte Erklärung)

und zusätzlich qualifiziert

- zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Insu-  
linpumpentherapie (Erfüllung der Anforderungen nach Punkt 1 a der Anlage 1 b bzw.  
Punkt 3 a der Anlage 1 a dieser Vereinbarung)
- zur Behandlung von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1  
(Erfüllung der Anforderungen nach Punkt 1 b der Anlage 1 b bzw. Punkt 3 b der Anlage  
1 a dieser Vereinbarung)
- zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyn-  
drom  
(Erfüllung der Anforderungen nach Anlage 6 dieser Vereinbarung)
- diabetologisch qualifizierter Pädiater  
(§ 3 a Abs. 2 i. V. m. Anlage 2 dieser Vereinbarung)  
 und/oder Teilnahme durch angestellte Ärzte (vgl. gesonderte Erklärung)

| Personelle Voraussetzung   |  |   |
|--|--|---|
| Ich beschäftige <b>mindestens eine in Vollzeit</b> (38,5 Wochenarbeitsstunden) tätige Diabetesberaterin DDG bzw. entsprechende Teilzeitkräfte, die eine kontinuierliche nichtärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschl. Schulungen) sicherstellt. (Anteilige DSP-Anerkennungen müssen jeweils im gleichen Verhältnis anteilige Diabetesberaterinnen vorhalten und nachweisen.) |  | Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> |
| Vor-, Nachname der Diabetesberaterin   | Vollzeit* mit Angabe der Wochenarbeitszeit | Teilzeit* mit Angabe der Wochenarbeitszeit            |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |

- koordinierender Hausarzt (Ausnahme)  
(§ 3 b i. V. m. Anlage 3 dieser Vereinbarung)



## D. Weitere Angaben

Die LANR lautet: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Arztstempel