

## **Anlage 10 a** **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Vertragsarzt/qualifizierte Einrichtung**

zum Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1  
nach § 137f SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung am Programm Diabetes mellitus Typ 1**

Ich bin über die Ziele und Inhalte des DMP 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.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP DM 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 8, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt II und der Aufgaben des Abschnitts IV.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern und den von mir behandelten Versicherten im Rahmen des DMP, 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 sowie der Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften der DS-GVO, des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- 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 Datenverarbeitung sowie der Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).
- den in der Anlage 10b („Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) 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 sowie Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen.
- gegenüber der KVT mit der Anlage 10b „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“ nachweise, dass diese bei mir angestellt

ten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVT 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/meiner Praxisanschrift, der Schulungsberechtigung und der Kennzeichnung gemäß §§ 2 und 3 des Vertrages im "Leistungserbringerverzeichnis DM 1".
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die GE DMP Thüringen, an die Datenstelle, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), an den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten.
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (Die Verwendung der erhobenen Dokumentationsdaten nach diesem Vertrag durch Dritte ist ausgeschlossen.).
- Die in der Anlage 10b (Anlage „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über
  - die Veröffentlichung ihres Namens im "Leistungserbringerverzeichnis DM 1".
  - die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Thüringen, an die Datenstelle, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das BAS, an den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten.
  - die 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

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende des Kalendervierteljahres beträgt.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. die Teilnahme an dem Vertrag mit dem Bescheid über das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ruht.
4. Ärzte und Einrichtungen bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden,
5. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend §§ 4 und 5 dieses Vertrages gegenüber der KVT rechtzeitig nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP DM 1 im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Krankenkassen nehme ich teil.

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“)<sup>1</sup>

persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“)

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

<sup>1</sup> LANR des anstellenden Vertragsarztes bzw. des ärztlichen Leiters

Ich nehme im **koordinierenden Versorgungssektor gemäß § 3** des Vertrages teil als:

- koordinierender Vertragsarzt für Kinder (unter 18 Jahren)
- koordinierender Vertragsarzt für Erwachsene
- Hausarzt (§ 3 Abs. 3 i. V. m. Anlage 3)
- diabetologisch qualifizierter Vertragsarzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 1) und erbringe folgende zusätzliche Leistungen:
  - Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie
  - Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1
  - Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom
- diabetologisch qualifizierter Pädiater/pädiatrische Einrichtung (§ 3 Abs. 3 i. V. m. Anlage 2)
- Schulungsarzt/Schulungseinrichtung (§ 3 Abs. 7 Nr. 5. i. V. m. Anlage 6)

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

- a) \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]
- b) \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]
- c) \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]
- d) \_\_\_\_\_ [(N)BSNR]

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

### Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich als koordinierender Vertragsarzt/koordinierende Einrichtung gemäß § 3 den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Swiss Post Solutions GmbH Prien,
  - der ARGE DMP Thüringen sowie
  - den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden
- spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder an die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über die genauen Vertragsinhalte zu informieren.

Für den Fall, dass die ARGE DMP Thüringen, die GE DMP Thüringen und die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die ARGE DMP Thüringen, 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 Vertrages zu informieren.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Vertragsarztstempel