

## Anlage 5: Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

zum Vertrag gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-1-Diabetikern zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der KVN, in Kraft ab 01.07.2021

Die Teilnahmeerklärung der Vertragsärzte zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 muss mindestens die nachfolgend aufgeführten Bestandteile beinhalten. Für die Aufnahme darüber hinausgehender Inhalte durch die KVN ist die Zustimmung der Verbände erforderlich. Die formelle Ausgestaltung der Teilnahmeerklärung obliegt der KVN.

---

### 1. Allgemeine Angaben

- Name und Kontaktdaten des Antragstellers
- Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer(n) (BSNR)
- Angabe des Antragstellers zur Tätigkeitsform (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung bei)
- Angabe des Antragstellers, zu welchem Datum die Genehmigung beantragt wird
- Angabe des Ortes der Leistungserbringung

### 2. Antragsgegenstand

Angabe des Antragsstellers, für welche der nachfolgenden Versorgungsebenen eine Genehmigung beantragt wird und Bestätigung, dass die entsprechend vorzuhaltenden Strukturvoraussetzungen erfüllt werden.

- **Koordinierende Versorgungsebene: Genehmigung als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 2**
  - Ankreuzmöglichkeit zur Beantragung der Teilnahme als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 2.
  - Die Strukturvoraussetzungen (nach Anlage 1) werden nachgewiesen.
  - Angaben sind durch entsprechende Nachweise zu belegen.
  - Optional: Teilnahme als diabetologisch spezialisierte Einrichtung zur Versorgung des Diabetischen Fußes. Die Strukturvoraussetzungen werden (gemäß Anlage 1) nachgewiesen.
  - Optional: Dauerhafte Betreuung von Patienten mit Insulinpumpentherapie und regelmäßige Betreuung von schwangeren Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1. Die Strukturvoraussetzungen werden (gemäß Anlage 1) nachgewiesen.
- **Koordinierende Versorgungsebene: Genehmigung als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 3 für die Teilnahme von Hausärzten (gemäß § 73 SGB V) und fachärztlich tätigen Internisten in Einzelfällen**
  - Ankreuzmöglichkeit zur Beantragung der Teilnahme als DMP-Arzt nach § 3 Abs. 3.
  - Die einschlägigen Voraussetzungen (nach Anlage 3) werden gesondert nachgewiesen.
- **Koordinierende Versorgungsebene: Genehmigung als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 4 für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen**
  - Ankreuzmöglichkeit zur Beantragung der Teilnahme als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 4.
  - Die Strukturvoraussetzungen (nach Anlage 2) werden nachgewiesen.
  - Angaben sind durch entsprechende Nachweise zu belegen.

### 3. Schulungen

- Angabe des Antragstellers, ob die Durchführung von im DMP vereinbarten Patientenschulungen gemäß § 35 i. V. m. Anlage 4 und Anlage 11 beantragt wird.
- Angabe, welches Schulungsprogramm gemäß Anlage 11 beantragt wird.
- Bestätigung, dass die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulungen durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nichtärztlichen Schulungskraft (Name, Vorname) nachgewiesen werden.
- Bestätigung, dass eine räumliche Möglichkeit für Gruppenschulungen sowie für die Schulungen erforderliche Curricula und Medien vorhanden sind.
- Bestätigung, dass die Anforderungen an die Durchführung der Schulungsprogramme gemäß Anlage 11 eingehalten werden.
- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate nachzuweisen sind.

### 4. Hinweise zu den Teilnahmevoraussetzungen

Hinweis, dass die Teilnahmevoraussetzungen sowie Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.

### 5. Bestätigungen und Einwilligungen durch den Antragsteller

#### 5.1 Bestätigung bzgl. Kenntnisnahme und Umsetzung der Vertragsinhalte

- Bestätigung des Antragstellers, dass er die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms (z. B. durch Arztmanual/Wegweiser) zur Kenntnis genommen hat und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiert und umsetzt.
- Bestätigung des Antragstellers, dass er sich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV verpflichtet.

#### 5.2 Einverständnis mit der Veröffentlichung von Arztdaten im Leistungserbringerverzeichnis, der Einschaltung der Datenstelle; Evaluation

- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 10 (z. B. Titel, Name, Praxisanschrift, LANR/BSNR, Umfang der Berechtigung, Schulungsberechtigung/en, Angabe der Versorgungsebene) im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis (ambulanter Sektor)“ und auch im Internet (Arztauskunft KVN) einverstanden ist und auch der Weitergabe des Verzeichnisses an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte und MVZ, die Datenstelle, die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das BAS bzw. den Landesprüfdienst, die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft, die Rehabilitationseinrichtungen sowie an die teilnehmenden und teilnahmewilligen Versicherten zustimmt.
- Zustimmung des Antragstellers zur Einschaltung der Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.
- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden ist.

## 6. Datenschutzrechtliche Hinweise im Rahmen des DMP

- Hinweis, dass der Antragsteller bei der Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten, Nutzen und Aufbewahren der Daten) personenbezogener Daten die Datensicherheit nach geltenden Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung einzuhalten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen hat.
- Hinweis, dass der Antragsteller einmalig vor Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einholen muss (Unterschrift des Patienten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 8).
- Hinweis, dass der Antragsteller den Patienten bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung informieren muss.
- Hinweis, dass der Antragsteller die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleisten muss.
- Hinweis, dass der anstellende Arzt die umfassende Information angestellter Vertragsärzte für im Rahmen des DMP erbrachte Leistungen in der Vertragsarztpraxis/ Einrichtung übernimmt sowie die Datensicherheit bei der Datenerhebung personenbezogener Daten sowie der Weitergabe von Patientendaten an Dritte gewährleistet.
- Diese datenschutzrechtlichen Hinweise können auch im Arztmanual aufgeführt werden.

## 7. Sonstige Hinweise

- Hinweis, dass die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 freiwillig ist und dass die Teilnahme mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden kann.
- Hinweis, dass eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen zu Maßnahmen gemäß § 12 des Vertrages führt (gilt auch für angestellte Ärzte).
- Diese sonstigen Hinweise können auch im Arztmanual aufgeführt werden.

## 8. Unterschrift und Hinweise zur Genehmigung

- Hinweis, dass die Genehmigung des Antrages frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden kann.
- Hinweis, dass der Antragsteller mit seiner Unterschrift die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt.
- Hinweis, dass der vollständige Vertrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 auf den Internetseiten der KVN nachgelesen werden kann.
- Datum, Praxisstempel und Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters/bei angestelltem Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Unterschrift aller BAG-Mitglieder)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Die Antragstellung erfolgt – sobald technisch möglich – auf elektronischem Wege über das KVN-Portal (per eAntrag).