

Teilnahmeerklärung zum strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-1-Diabetikern (**DMP Diabetes mellitus Typ 1**) gemäß § 137f SGB V auf Grundlage des § 83 SGB V



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Name und Kontaktdaten des Arztes (Leistungserbringer): Lebenslange Arztnummer (LANR) Betriebsstättennummer/n (BSNR)	Zulassung Ermächtigung Anstellung bei: Genehmigung beantragt zum:
--	--

1a. Antragsgegenstand / Fachliche Befähigung Arzt	<p>Koordinierende Versorgungsebene gemäß § 3 Abs. 2</p> <p>Die Teilnahme am DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 für die koordinierende Versorgungsebene wird hiermit für nachfolgende/n Standort/e beantragt (bitte angeben):</p> <p>Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung</p> <p style="padding-left: 20px;">Innere Medizin</p> <p style="padding-left: 20px;">Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt / Arzt ohne Gebietsbezeichnung</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p style="padding-left: 20px;">der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Behandlung des Diabetischen Fußes (GOP 02311 EBM)</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>durch umfangreiche theoretische Kenntnisse und mehrjährige praktische Erfahrungen in der Diabetologie:</p> <p style="padding-left: 20px;">mindestens 2-jährige überwiegend diabetologische Tätigkeit in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p style="padding-left: 20px;">mindestens 2-jährige Tätigkeit in verantwortlicher Stellung im Krankenhaus oder Rehaklinik</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p style="padding-left: 20px;">Berechtigung zum Führen der Schwerpunktkompetenz Endokrinologie und Diabetologie (Fachkompetenz Innere Medizin)</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p style="padding-left: 20px;">Zusätzliche Weiterbildung Diabetologie in den Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p style="padding-left: 20px;">Anerkennung als Diabetologische Schwerpunktpraxis in Niedersachsen.</p> <p style="text-align: center;">Bitte die Angaben durch entsprechende Nachweise in Kopie belegen!</p>
1b. Antragsgegenstand / Fachliche Befähigung Arzt Einzelfallregelung	<p>Teilnahme von Hausärzten (gemäß § 73 SGB V) und fachärztlich tätigen Internisten gemäß § 3 Abs. 3 in Einzelfällen</p> <p>Hiermit wird die Teilnahme als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 3 beantragt und die Strukturvoraussetzungen sowie der Versorgungsbedarf nach Anlage 3 zum Vertrag gesondert nachgewiesen.</p>
<p><u>Optional</u></p> <p>2. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</p> <p>(nur Antragsteller nach § 3 Abs. 2)</p>	<p>Diabetologisch spezialisierte Einrichtung zur Versorgung des Diabetischen Fußes (DFA)</p> <p>Ergänzend zur Teilnahme an der koordinierenden Versorgungsebene gemäß § 3 Abs. 2 wird die Anerkennung als Diabetologische Fußambulanz (DFA) beantragt und die Voraussetzungen werden gemäß Anlage 1 Nr. 2 zum Vertrag wie folgt nachgewiesen:</p> <p style="padding-left: 20px;">Initialer Nachweis der Teilnahme an einer mindestens achtstündigen themenbezogenen produktabhängigen Fortbildung (innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung)</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p style="padding-left: 20px;">Nachweis von medizinischem Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung (mindestens 40 Stunden Weiterbildung):</p> <p style="text-align: right;">(Name/n)</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p style="padding-left: 20px;">Nachweis eines geeigneten Behandlungsraumes, der vorrangig der Wundbehandlung dient und mit dem notwendigen Praxisbedarf (z. B. steriles Instrumentarium) ausgestattet ist.</p> <p>Bitte die Angaben durch entsprechende (Qualifikations-) Nachweise einschließlich Praxisgrundriss mit Kennzeichnung des (Wund-)Behandlungsraums in Kopie belegen!</p>

DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1

<p>Optional</p> <p>3. Zusätzliche besondere Fachkenntnisse und Fortbildungen</p> <p>(nur Antragsteller nach § 3 Abs. 2)</p>	<p>Ergänzend zur Teilnahme an der koordinierenden Versorgungsebene gemäß § 3 Abs. 2 werden folgende zusätzliche besondere Fachkenntnisse erklärt (Zutreffendes bitte ankreuzen):</p> <p>Dauerhafte Betreuung (mind. seit 12 Monaten) von Patienten mit Insulinpumpentherapie und Teilnahme an entsprechenden themenbezogenen Fortbildungen</p> <p>Regelmäßige Betreuung (in 2 Quartalen je Kalenderjahr) von schwangeren Patientinnen und Teilnahme an entsprechenden themenbezogenen Fortbildungen</p>
<p>4. Strukturqualität Schulungsarzt-/kraft Patienten-Schulungen</p> <p>(nur Antragsteller nach § 3 Abs. 2)</p>	<p>Hiermit wird die Durchführung und Abrechnung von Patientenschulungen gemäß § 35 in Verbindung mit Anlage 4 und 11 zum Vertrag für folgende Schulungsprogramme beantragt (bitte ankreuzen):</p> <p>Schulungsprogramm intensivierte Insulintherapie (ZI) Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm LINDA Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm PRIMAS Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm HyPOS Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm Hypertonie (ZI) Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p align="center"><u>und</u></p> <p>Es wird gewährleistet, dass das Angebot der Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und der damit verbundenen Therapiekonzepte einschließlich einer Hypertonie-Schulung kontinuierlich vorgehalten wird und Curricula sowie Medien der genannten Patientenschulungsprogramme vorhanden sind. Des Weiteren werden die Anforderungen an die Durchführung der Schulungsprogramme, unter Nachweis der erforderlichen Schulungszertifikate von Arzt / nichtärztlicher Schulungskraft, gemäß Anlage 11 eingehalten.</p> <p>Bitte die Angaben durch Schulungszertifikate (Arzt und Schulungskraft) in Kopie belegen!</p>
<p>5. Nichtärztliches Personal</p> <p>(nur Antragsteller nach § 3 Abs. 2)</p>	<p>Beschäftigung</p> <p>Nachfolgend genannte Fachkraft/-kräfte mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung und einer besonderen diabetologischen Ausbildung für die Langzeitbehandlung der Patienten sowie Schulungsqualifikation/en für die Patientenschulungsprogramme ist/sind als Vollzeitkraft (38,5 Wochenstunden) beschäftigt:</p> <p>Diabetesassistenten/in KVN (Name/n) <u>Hinweis:</u> Diabetesassistent/in DDG ist keine vergleichbare Qualifikation und daher nicht anerkannt</p> <p align="center"><u>oder</u></p> <p>Diabetesberater/in DDG (Name/n)</p> <p><u>Hinweis:</u> Den Beschäftigungsvorgaben entsprechen auch zwei oder mehr qualifizierte Teilzeitkräfte, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit einer Vollzeitkraft erreicht wird.</p> <p>Bitte die Angaben durch entsprechende Qualifikationsnachweise und Arbeitsverträge in Kopie belegen!</p> <hr/> <p>Zusammenarbeit bzw. Kooperation mit mindestens einer der nachfolgend genannten Fachkräfte:</p> <p>Oecotrophologe/in (Name/n)</p> <p align="center"><u>oder</u></p> <p>Diätassistent/in (Name/n)</p> <p align="center"><u>und</u></p> <p>Medizinischen Fußpfleger/in (Name/n) (gem. Gesetz über den Beruf der Podologen (Podologengesetz – PodG) vom 04.12.2001, Abschnitt 1 § 1)</p> <p align="center"><u>oder</u></p> <p>Podologe/in (Name/n)</p> <p>Bitte die Angaben durch entsprechende Qualifikationsnachweise und Kooperationserklärungen in Kopie belegen!</p>

DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1

<p>6. Räumliche Voraussetzungen</p> <p>(nur Antragsteller nach § 3 Abs. 2)</p>	<p>Die räumlichen Anforderungen an die Betriebs-/Nebenbetriebsstätte werden erfüllt:</p> <p style="padding-left: 40px;">Geeignete Räumlichkeiten und Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. Behandlungsstuhl oder –liege, steriles Instrumentarium)</p> <p style="padding-left: 40px;">Die Schulungsräumlichkeiten ermöglichen Einzel- und Gruppenschulungen. Der separate Schulungsraum umfasst mindestens 16 m² Größe und ist für mindestens 10 Personen ausgelegt.</p> <p>Bitte die Angaben durch einen Praxisgrundriss mit Benennung der Räumlichkeiten in Kopie belegen!</p>
<p>7. Auftrags- bzw. Überweisungsleistungen</p> <p>(nur Antragsteller nach § 3 Abs. 2)</p>	<p>Die Verfügbarkeit der erforderlichen und diagnostischen Möglichkeiten im Rahmen des Fachgebietes ist gegeben. Die nachfolgenden Leistungen werden als eigene Leistungen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blutdruck-Messung (nach nationalen und internationalen Standards), - EKG, - Thermosensibilitätsprüfungen, - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Stimmgabel, Reflexhammer und Monofilament), - Möglichkeit zur neurologischen Basisdiagnostik. <p>Es wird gewährleistet, dass die apparativen Voraussetzungen in jeder Betriebs-/Nebenbetriebsstätte erfüllt sind.</p>
<p>8. Auftrags- bzw. Überweisungsleistungen</p>	<p>Weitere Leistungen zur Beurteilung und Behandlung einer Diabeteserkrankung und deren Begleit- und Folgeerkrankungen können, sofern nicht selbst durchgeführt, als Auftrags- bzw. Überweisungsleistungen veranlasst werden (siehe Anlage 1 zum Vertrag: Ausstattung der Vertragsarztpraxen).</p>
<p>9. Organisatorische Voraussetzungen</p> <p>(nur Antragsteller nach § 3 Abs. 2)</p>	<p>Die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln wird gewährleistet.</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit während der Einstellungsphase für Patienten wird gewährleistet.</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>Die Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung und ggf. mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie wird gewährleistet.</p>
<p>10. Hinweise</p>	<p>Die Teilnahmevoraussetzungen und Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.</p>
<p>11. Erklärung</p>	<p>Mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung wird der DMP-Wegweiser Teil 2 (= Organisatorisch-administrativer Rahmen für die Durchführung des DMP) zur Kenntnis genommen.</p> <p>Mit Unterschrift der Teilnahmeerklärung werden die Vertragsinhalte und -ziele nebst Anlagen akzeptiert und der vertraglich geregelten Datenverarbeitung sowie Veröffentlichung der Praxiskontaktdaten, auch im Internet (Arztauskunft KVN) und im Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 10, zugestimmt. Darüber hinaus wird der Weitergabe des Verzeichnisses gemäß Anlage 10 an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung Niedersachsen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten zugestimmt.</p> <p>Die im DMP-Vertrag benannten Versorgungsinhalte gemäß Abschnitt III, Aufgaben und Kooperationsregeln gemäß Abschnitt II und Inhalte zur Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV werden beachtet und eingehalten.</p> <p>Der Einschaltung der DMP-Datenstelle gemäß DMP-Vertrag wird zugestimmt.</p> <p>Die Datenstelle wird ermächtigt, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 8 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.</p> <p>Mit Unterschrift wird das Einverständnis zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erteilt.</p>

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen bzw. mit Bestehen des Kolloquiums erteilt werden.

Mit Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum / Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters / bei angestelltem Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Unterschrift aller BAG-Mitglieder) / **Stempel**

(Stand: 01.07.2021_2023)

Der vollständige DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 kann unter www.kvn.de nachgelesen werden.