

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

für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

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

1. Antragsgegenstand / Fachliche Befähigung Arzt	<p>Koordinierende Versorgungsebene gemäß § 3 Abs. 4</p> <p>Die Teilnahme am DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen wird hiermit für nachfolgende/n Standort/e beantragt (bitte angeben):</p> <p>Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>umfangreiche theoretische Kenntnisse und mehrjährige praktische Erfahrungen des Vertragsarztes in der Diabetologie, welche von der Diabeteskommission gemäß § 6 überprüft werden</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p>Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie</p> <p style="text-align: center;"><u>oder</u></p> <p>Zusatz-Weiterbildung Diabetologie</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>Anerkennung als Diabetologische Schwerpunktpraxis in Niedersachsen.</p> <p style="text-align: center;">Bitte die Angaben durch entsprechende Nachweise in Kopie belegen!</p>
2. Strukturqualität Schulungsarzt/-kraft Patienten-Schulungen	<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>Diabetes-Buch für Kinder (Schulungsprogramm 6. bis 12. Lebensjahr) Antragsteller _____ Schulungskraft _____ (Name/n)</p> <p>Jugendliche mit Diabetes (Schulungsprogramm 13. bis 18. Lebensjahr) Antragsteller _____ Schulungskraft _____ (Name/n)</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>Es wird gewährleistet, dass das Angebot der Schulungen für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 und der damit verbundenen Therapiekonzepte kontinuierlich vorgehalten wird. Curricula sowie Medien der genannten Patientenschulungsprogramme sind vorhanden. 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 style="text-align: center;">Bitte die Angaben durch Schulungszertifikate (Arzt und Schulungskraft) in Kopie belegen!</p>
3. Nichtärztliches Personal	<p>Zusammenarbeit bzw. Kooperation mit nachfolgend genannten Fachkräften:</p> <p>Oecotrophologe/in <u>oder</u> Diätassistent/in _____ (Name/n)</p> <p style="text-align: center;">Bitte die Angaben durch entsprechende Qualifikationsnachweise und Kooperationserklärungen in Kopie belegen!</p>
4. Räumliche Voraussetzungen	<p>Die räumlichen Anforderungen an die Betriebs-/Nebenbetriebsstätte werden erfüllt:</p> <p>Die Schulungsräumlichkeiten ermöglichen Einzel- und Gruppenschulungen. Der separate Schulungsraum umfasst mindestens 16 m² Größe und ist für mindestens 10 Personen ausgelegt.</p> <p style="text-align: center;">Bitte die Angaben durch einen Praxisgrundriss mit Benennung der Räumlichkeiten in Kopie belegen!</p>

DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1

<p>5. Auftrags- bzw. Überweisungsleistungen</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), - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung im venösen Plasma. <p>Es wird gewährleistet, dass die apparativen Voraussetzungen in jeder Betriebs-/Nebenbetriebsstätte erfüllt sind.</p>
<p>6. 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 2 zum Vertrag: Ausstattung der Vertragsarztpraxen).</p>
<p>7. Organisatorische Voraussetzungen</p>	<p>Die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln wird gewährleistet.</p> <p align="center"><u>und</u></p> <p>Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit während der Einstellungsphase für Patienten wird gewährleistet.</p> <p align="center"><u>und</u></p> <p>Die Zusammenarbeit mit einer für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 geeigneten stationären Einrichtung wird gewährleistet.</p>
<p>8. Hinweise</p>	<p>Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren sollte die Langzeitbetreuung grundsätzlich durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater erfolgen. In Einzelfällen kann die Koordination durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch qualifizierten Arzt gemäß § 3 Abs. 2 erfolgen.</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>9. 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>

Stand: 01.07.2021

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**

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