

Teilnahmeerklärung zum strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ 2-Diabetikern (**DMP Diabetes mellitus Typ 2**) gemäß § 137f SGB V auf Grundlage des § 83 SGB V



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

Ort/e der Leistungserbringung:

1a. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben Versorgungsebene 1	<p>DMP-Arzt gemäß § 3 Absatz 2 (Hausärztliche Versorgung)</p> <p>Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 3 Absatz 2 als Hausarzt* beantragt</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 Nr. 1 zum Vertrag unter Vorhaltung folgender apparativer Ausstattung bestätigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit zur Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards, • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung, • Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Reflexhammer, Stimmgabel und Monofilament). <p>(* Hausarzt nach § 73 Abs. 1a SGB V (Zulassung als Arzt, Allgemeinarzt, Prakt. Arzt, hausärztlich tätiger Internist))</p> <hr/> <p>Hiermit wird Teilnahme fachärztlich tätige diabetologische Schwerpunktpraxis gemäß § 3 Absatz 4 für die Patienten, die bei Inkrafttreten des Vertrages bereits kontinuierlich durch den Arzt der Diabetologischen Schwerpunktpraxis als eigene Patienten in der Funktion als Hausarzt betreut wurden, beantragt und die entsprechende Qualifikation sowie Einhaltung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 zum Vertrag werden gesondert nachgewiesen.</p> <hr/> <p>DMP-Arzt gemäß § 3 Absatz 3 (Diabetologisch qualifizierte Fachärzte - Ausnahmefallregelung)</p> <p>Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 3 Absatz 3 für Patienten, die bereits dauerhaft vor Einschreibung in das DMP betreut wurden (= Ausnahmefälle aufgrund Patientenwahl; Ausnahme Pädiater), beantragt und die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 Nr. 2 zum Vertrag bestätigt:</p> <p>Diabetes-spezifische Fortbildung durch Nachweis von mindestens 15 CME-Fortbildungspunkten in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung¹</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>Berechtigung zur Schulung von nicht insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern²</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>Vorhaltung folgender apparativer Ausstattung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit zur Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards, • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung, • Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Reflexhammer, Stimmgabel und Monofilament). <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>
1b. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben Versorgungsebene 2	<p>Fachärztliche bzw. diabetologisch qualifizierte Versorgungsebene / Diabetologische Schwerpunktpraxis gemäß § 4</p> <p>Hiermit wird die Teilnahme gemäß § 4 beantragt und die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung</p> <p>Innere Medizin</p> <p>Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt / Arzt ohne Gebietsbezeichnung</p> <p>Kinder- und Jugendmedizin</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Behandlung des Diabetischen Fußes* (GOP 02311 EBM).</p> <p>(*Ausnahme bei pädiatrischer Diabetologie)</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise!</p>

DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2

<p>Optional</p> <p>1b. Antragsgegenstand / Strukturvorgaben</p> <p>(nur Versorgungsebene 2)</p>	<p style="text-align: center;">Diabetologisch spezialisierte Einrichtung zur Versorgung des Diabetischen Fußes</p> <p>Ergänzend zur Teilnahme an der fachärztlichen bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4 wird die Anerkennung als Diabetologische Fußambulanz (DFA) beantragt und die Voraussetzungen werden gemäß Anlage 2 Nr. 2 zum Vertrag wie folgt nachgewiesen:</p> <p>Initialer Nachweis der Teilnahme an einer mindestens achtstündigen themenbezogenen produktunabhängigen Fortbildung (innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung)</p> <p style="text-align: center;">und</p> <p>Nachweis medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung (mindestens 40 Stunden Weiterbildung):</p> <p style="text-align: right;">(Name/n)</p> <p style="text-align: center;">und</p> <p>Nachweis eines geeigneten Behandlungsraumes, der vorrangig der Wundbehandlung dient und mit dem notwendigen Praxisbedarf (z. B. steriles Instrumentarium) ausgestattet ist.</p> <p style="text-align: center;">Bitte die Angaben durch entsprechende (Qualifikations-) Nachweise einschließlich Praxisgrundriss mit Kennzeichnung des (Wund-)Behandlungsraums in Kopie belegen!</p>
<p>2. Nachweis Kenntnisse und Erfahrungen in der Diabetologie</p> <p>(Nachweispflicht für Versorgungsebene 2)</p>	<p>Die geforderten umfangreichen theoretischen Kenntnisse und mehrjährige praktische Erfahrungen in der Diabetologie werden wie folgt nachgewiesen:</p> <p>mindestens 2-jährige überwiegend diabetologische Tätigkeit in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p>mindestens 2-jährige Tätigkeit in verantwortlicher Stellung im Krankenhaus oder Rehaklinik</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p>Berechtigung zum Führen der Schwerpunktkompetenz Endokrinologie und Diabetologie (Fachkompetenz Innere Medizin)</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p>Zusätzliche Weiterbildung Diabetologie in den Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin</p> <p style="text-align: center;">und</p> <p>Anerkennung als Diabetologische Schwerpunktpraxis in Niedersachsen.</p> <p style="text-align: center;">Bitte die Angaben durch entsprechende Nachweise in Kopie belegen!</p>
<p>Optional</p> <p>3a. Durchführung Patientenschulungen</p> <p>(nur Versorgungsebene 1)</p>	<p style="text-align: center;">Nur Versorgungsebene 1: DMP-Arzt nach § 3</p> <p>Hiermit wird die Durchführung und Abrechnung von Patientenschulungen gemäß § 35 in Verbindung mit Anlage 11 beantragt (bitte ankreuzen):</p> <p>Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)</p> <p>Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm Hypertonie (ZI)</p> <p>Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm Hypertonie (HBSP)</p> <p>Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p style="text-align: center;">und</p> <p>die Strukturvoraussetzungen werden gemäß Anlage 11 zum Vertrag durch eine räumliche Möglichkeit für Gruppenschulungen sowie dem Vorhandensein von Curricula und Medien für die beantragte/n Schulung/en erfüllt.</p> <p style="text-align: center;">Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate (Arzt <u>und</u> Schulungskraft)!</p> <hr/> <p>Die Durchführung von Patientenschulungen erfolgt im Rahmen einer ambulanten Schulungsgemeinschaft gemäß § 35 Absatz 5 und die einschlägigen Voraussetzungen werden gesondert nachgewiesen.</p>
<p>3b. Durchführung Patientenschulungen</p> <p>(Nachweispflicht für Versorgungsebene 2)</p>	<p style="text-align: center;">Nur Versorgungsebene 2: fachärztliche bzw. diabetologisch qualifizierte Versorgungsebene / Diabetologische Schwerpunktpraxis nach § 4</p> <p>Hiermit wird die Durchführung und Abrechnung von Patientenschulungen gemäß § 35 in Verbindung mit Anlage 3 und 11 zum Vertrag für folgende Schulungsprogramme beantragt (bitte ankreuzen):</p> <p>Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)</p> <p>Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI)</p> <p>Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (ZI)</p> <p>Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI)</p> <p>Antragsteller Schulungskraft (Name/n)</p>

DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2

	<p>Schulungsprogramm Medias 2-Basis Antragsteller Schulkraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm Medias2-BOT+SIT+CT (BSC) Antragsteller Schulkraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm Diabetes&Verhalten Antragsteller Schulkraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm LINDA Antragsteller Schulkraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm HyPOS Antragsteller Schulkraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm SGS Antragsteller Schulkraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm Hypertonie (ZI) Antragsteller Schulkraft (Name/n)</p> <p>Schulungsprogramm Hypertonie (HBSP) Antragsteller Schulkraft (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 2 und der damit verbundenen Therapiekonzepte einschließlich einer Hypertonie-Schulung kontinuierlich vorgehalten wird und Curricula sowie Medien der vorgenannten Patientenschulungsprogramme vorhanden sind.</p> <p align="center">Bitte die Angaben durch Schulungszertifikate (Arzt <u>und</u> Schulkraft) in Kopie belegen!</p>
<p>4. Nichtärztliches Personal (Nachweispflicht für Antragsteller nach § 4)</p>	<p>Beschäftigung Nachfolgend genannte Fachkraft/-kräfte mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung und Schulungsqualifikation 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 <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 align="center">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) <u>oder</u></p> <p>Diätassistent/in (Name/n) <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) <u>oder</u></p> <p>Podologe/in (Name/)</p> <p align="center">Bitte die Angaben durch entsprechende Qualifikationsnachweise und Kooperationserklärungen in Kopie belegen!</p>

DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2

<p>5. Räumliche Voraussetzungen</p> <p>(Nachweispflicht Versorgungsebene 2)</p>	<p>Die räumlichen Anforderungen an die Betriebs-/Nebenbetriebsstätte werden erfüllt:</p> <p>Geeignete Räumlichkeiten und Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. Behandlungsstuhl oder –liege, steriles Instrumentarium)</p> <p>Die Schulungsräumlichkeiten verfügen über eine entsprechende Ausstattung und ermöglichen Einzel- und Gruppenschulungen. Der Schulungsraum umfasst mindestens 16m² 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>6. Auftrags- bzw. Überweisungsleistungen</p> <p>(Nachweispflicht Versorgungsebene 2)</p>	<p>Die Verfügbarkeit der erforderlichen und diagnostischen Möglichkeiten im Rahmen des Fachgebietes ist gegeben. Die nachfolgenden Leistungen werden als eigene Leistungen:</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>7. Auftrags- bzw. Überweisungsleistungen</p> <p>(nur Versorgungsebene 2)</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 Nr. 1 zum Vertrag: Ausstattung der Betriebs-/Nebenbetriebsstätte).</p>
<p>8. Organisatorische Voraussetzungen</p> <p>(nur Versorgungsebene 2)</p>	<p>Es wird die Zusammenarbeit mit Haus- u. Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln gewährleistet.</p> <p style="text-align: center;"><u>und</u></p> <p>Es wird die Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung gewährleistet.</p>
<p>9. 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>¹Einmalige Feststellung diabetes-spezifische/r Fortbildungsnachweis/e bei Beginn der Teilnahme.</p> <p>²Die Berechtigung zur Schulung von nicht insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern erfolgt durch Vorlage des Schulungszertifikates längstens innerhalb von zwei Jahren nach Beginn der Teilnahme.</p>
<p>10. 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 Bundesversicherungsamt bzw. den Landesprüfungsamt 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 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: 01.07.2020)

Der vollständige DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 kann unter www.kvn.de nachgelesen werden.