

DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 als Diabetologische Schwerpunktpraxis

- ausschließlich als diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP)**
- koordinierender Arzt bei Diabetes mellitus Typ 1
 - 2. Versorgungsebene im DMP Diabetes mellitus Typ 2
- auch als koordinierender Arzt beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 (in Ausnahmefällen)**

Der Antrag wird gestellt für:

| | |
|--|--|
| Titel | |
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Gebietsbezeichnung | |
| LANR | |
| BSNR | |
| Zugelassen oder angestellt oder persönlich ermächtigt seit/ab | |
| Anstellung bei: | |
| Geplante Aufnahme der Tätigkeit | |

Kontaktdaten der Praxis:

| | |
|-----------------------|--|
| Straße und Hausnummer | |
| PLZ/Ort | |
| Telefon | |
| Fax: | |
| E-Mail: | |

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich verfüge über die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin **und/oder** Innere Medizin

und

die Zusatzweiterbildung Diabetologe DDG

oder

die Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer (u. a. Diabetologe LÄK)

oder

80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung innerhalb der letzten acht Jahre

oder

die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt "Endokrinologie und Diabetologie"

oder

die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung

und

Ich habe in den letzten 12 Monaten insbesondere Patienten mit insulinbehandelten Diabetes Typ 1 und Typ 2 behandelt.

und

Ich habe die Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (EBM 02311)

Mein Tätigkeits-/Beschäftigungsumfang beträgt:

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vollzeittätigkeit* | <input type="checkbox"/> | Teilzeittätigkeit | <input type="checkbox"/> |
| | | Stunden pro Woche | |
| <p>Es wird gewährleistet, dass durch die Beteiligung von maximal zwei diabetologisch qualifizierten Ärzten mit einer Anerkennung als DSP summarisch die erforderliche Vollzeittätigkeit gewährleistet ist und eine kontinuierliche ärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschl. Schulungen) sichergestellt wird **</p> | | | |
| | | | |

Teilung der DSP mit

* 11 -20 Stunden = Teilzeit/ ab 31 Stunden = Vollzeit

** Erhöhung bzw. Reduzierung der Wochenstunden sind der KV anzuzeigen

Personelle Voraussetzungen

Ich beschäftige **mindestens eine in Vollzeit*** tätige Diabetesberaterin DDG bzw. entsprechende Teilzeitkräfte, die eine kontinuierliche nichtärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschließlich Schulungen) sicherstellt.

| Vor- und Nachname der Diabetesberaterin | Angabe der Wochenarbeitszeit |
|---|------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Kopien der Qualifikation des v. g. Personals und der Beschäftigungsnachweise sind beizufügen

Ich verpflichte mich, personelle Änderungen der KV Nordrhein unverzüglich mitzuteilen.

Zusätzlich bestätige ich die Zusammenarbeit mit

einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistent/in

einem medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen/in

Eine Kooperationsvereinbarung bzw. der Arbeitsvertrag und der Qualifikationsnachweis eines/ Oecothrophologen/ einer Oecothrophologin und eines Podologen/ einer Podologin sind auf Nachfrage der KV Nordrhein einzureichen.

Zusatzanforderungen für die Durchführung von Schulungen

Für die Durchführung der jeweiligen Schulungs- und Behandlungsprogramme sind die entsprechenden Nachweise über die Schulungsberechtigungen sowohl vom Arzt als auch vom nichtärztlichen Personal vorzulegen.

Weitere Informationen zu den Schulungs- und Behandlungsprogrammen finden Sie unter:

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab1.pdf

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab2.pdf

Räumliche/Apparative Voraussetzungen

Ich verfüge über Schulungsräumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Gruppen- und Einzelschulungen, Projektionsmöglichkeiten

Zusatzanforderungen zur Leistungserbringung im Bereich des diabetischen Fußsyndroms

Personelle Qualifikation

Ich verfüge über die Zertifizierung / Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms
(Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes - EBM 02311)

Ich verfüge über medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz zur lokalen Wundversorgung

Kopien der Qualifikation des v. g. Personals und der Beschäftigungsnachweise sind beizufügen

Räumliche/Apparative Voraussetzungen

Ich verfüge über die notwendige Apparative Ausstattung (Anlage 1 der Vereinbarung)

- z. B. Behandlungsstuhl oder -liege
- Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall und Photodokumentation)
- Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium)

Zusammenarbeit

Ich arbeite mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen
(z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, interventionelle Radiologie, Orthopädischer Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe, stationäre Einrichtung mit Spezialisierung "Diabetisches Fußsyndrom")

| Apparative Ausstattung | |
|---|--------------------------|
| Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes) | |
| Blutdruckmessung gem. den internationalen Empfehlungen | <input type="checkbox"/> |
| 24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) | <input type="checkbox"/> |
| Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmungen (vorrangig im venösen Plasma) und HbA1c-Messung | <input type="checkbox"/> |
| EKG / Belastungs-EKG | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mind. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) | <input type="checkbox"/> |
| Sonographie, Doppler- und Duplexsonographie | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz) | <input type="checkbox"/> |

| Zusatzanforderungen Hospitation* |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Alle drei Jahre muss von jedem teilnehmenden Arzt je eine eintägige aktive (Antragsteller hospitiert) und passive Hospitation (Antragsteller wird hospitiert) durch einen/e Arzt/ Ärztin und Diabetesberater/-in bzw. Diabetesassistent/in erfolgen. • Zur Hospitation gehört ein gemeinsames Abschlussgespräch. • Über die Hospitation ist ein Hospitationsbericht anzufertigen. In dem Bericht müssen das Datum, die Zeitdauer der Hospitation, die hospitierte wie auch die hospitierende Einrichtung und das aktiv hospitierende Mitglied eindeutig beschrieben sein. Aus dem Bericht sollten die Rahmenbedingungen der Einrichtung (Strukturqualität), der Ablauf der Hospitation wie auch eine Einschätzung der Stärken und Schwächen der Einrichtung ersichtlich sein. Der Bericht wird der hospitierten Einrichtung anschließend ausgehändigt bzw. zugesandt. Er muss von beiden Seiten unterschrieben sein. • Die Hospitation muss durch von der KVNO anerkannte diabetologischen Schwerpunktpraxis durchgeführt werden. • Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen). • Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 25 km liegen, darunterliegende Entfernungen sind zu begründen. |

| Verpflichtungen |
|---|
| Ich verpflichte mich |
| an jährlichen zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen in einem Umfang von mindestens 30 Fortbildungspunkten teilzunehmen. |
| dafür zu sorgen, dass gemeldete Diabetesberaterin/innen jährlich an mindestens einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildung teilnehmen wird. |
| meine Nachweise sowie die Nachweise für jede/n gemeldete Diabetesberater/in jährlich der KV Nordrhein nachzuweisen. |
| die schriftliche Information durch das DMP-Arztmanual zu Beginn der Teilnahme zur Kenntnis genommen zu haben. |

* Nachweis über die Hospitation ist der KV vorzulegen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich

- Das Vorhalten der in Anlage 1 genannten Ausstattung und Erfüllung der sonstigen Anforderungen.
- Meine fortlaufenden Informationen durch die tagesaktuelle Webseite der KV Nordrhein während der Teilnahme.
- Die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln.
- Die Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung.
- Die Behandlung von Patienten mit Insulinpumpen.
- Die Betreuung von schwangeren insulinpflichtigen Diabetikerinnen und die Zusammenarbeit mit einem Perinatal-Zentrum.
- Mein Einverständnis zur Weitergabe bzw. Veröffentlichung meiner Adresse auf den Internetseiten der KV Nordrhein zum Zwecke der Patientenzuweisung.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des jeweiligen DMP Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 25 Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, 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 Vertrags zu informieren.

Teilnahmeerklärung zu den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationen habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

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

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund der Disease-Management-Programme, 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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- 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 Verarbeitung unterrichte.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
Praxisinhabers/in

Ort, Datum

Unterschrift des/der
angestellten Arztes/Ärztin

Arztstempel: