

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

**Teilnahmeerklärung koordinierende Vertragsärzte und -Schwerpunktärzte für Diabetes Typ 2
zu dem Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung des Disease-Management-Programms
nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2**

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich</p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt¹</p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p>Tätig in:</p> <p>Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
---	-------------------------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Teilnahme als Hausarzt zur Teilnahme an der koordinierenden Ebene gemäß § 3</p> <p>Teilnahme als Hausarzt zur Teilnahme an der koordinierenden Ebene gemäß § 3 mit Schulungsqualifikation</p> <p>Teilnahme als Hausarzt zur Teilnahme an der koordinierenden Ebene gemäß § 3 mit Schulungs- und diabetologischer Zusatzqualifikation</p> <p>Teilnahme an der fachärztlichen, bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene/Diabetologische Schwerpunktpraxis gemäß § 4</p>
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Voraussetzungen für die Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3</p> <p>Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt, der gemäß § 73 SGB V (hausärztlich)</p> <p>Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals</p> <p>Ärztliche Fortbildung mit jährlich mindestens 4 Fortbildungspunkten oder Teilnahme an einem diabetesspezifischen Qualitätszirkel mit mindestens 4 Fortbildungspunkten</p>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Zusätzlich bei Beantragung gemäß § 3 mit Schulungs- und diabetologischer Zusatzqualifikation</p> <p>Diabetologische Grundversorgung</p> <p>oder</p> <p>Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer</p> <p>oder</p> <p>Anerkennung als Diabetologe DDG</p>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Voraussetzungen für die Teilnahme an der fachärztlichen, bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4</p> <p>Anerkennung als Diabetologe DDG</p> <p>oder</p> <p>Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer</p>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Durchführung mindestens einer Gruppenschulung der intensivierten Insulintherapie innerhalb der letzten 4 Quartale</p> <p>Ärztliche Fortbildung mit jährlich mindestens 16 Fortbildungspunkten (Teilnahme an zertifizierter diabetes-spezifischer Fortbildung und regelmäßige Teilnahme an einem Qualitätszirkel Diabetologie mindestens 4x jährlich)</p> <p>Ich möchte in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig sein</p>
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<p>Voraussetzungen für die Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit, Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards durchzuführen - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Blutglukosebestimmungen, vorrangig im venösen Plasma



Apparative Voraussetzungen		<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (Stimmgabel und Monofilament; Reflexhammer)
	<input type="checkbox"/>	<p>Voraussetzungen für die Teilnahme an der fachärztlichen, bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4</p> <p>Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigenleistungen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blutdruck-Messung - EKG - Thermosensibilitätsprüfungen - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) - Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik - Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index
<input type="checkbox"/>	<p>Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigen- oder Auftragsleistungen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belastungs-EKG - Langzeit-EKG - Endoskopie - Röntgen - Echokardiographie - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmungen, vorrangig im venösen Plasma - Doppler-Untersuchungen (EBM 30500) - Mikroalbuminurie-Diagnostik - Urinstatus - Aceton-Bestimmung/Urin und/oder Atemluft - OGT, verlängerter OGT - Arginin-Bestimmung/Plasma - i. v. Glucose-Toleranzbestimmungen - C-Peptid-Bestimmung/Serum/Plasma/Urin - Insulin-Bestimmung/Serum/Plasma - Proinsulin-Bestimmung/Serum/Plasma 	
Schulungsvoraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ich beantrage die Durchführung der nachfolgenden Patientenschulungen gemäß Anlage 13:</p> <ul style="list-style-type: none"> Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie



	<input type="checkbox"/> Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) <input type="checkbox"/> LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung <input type="checkbox"/> Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen* <input type="checkbox"/> MEDIAS 2* <input type="checkbox"/> MEDIAS 2 ICT* <input type="checkbox"/> MEDIAS 2 BOT + SIT + CT* <p>*nur abrechenbar für Ärzte, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an der fachärztlichen, bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4 erfüllen</p>
	<input type="checkbox"/> Die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulungen werden durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nicht-ärztlichen Schulungskraft nachgewiesen.
	<input type="checkbox"/> Die räumliche Möglichkeit für Gruppenschulungen ist vorhanden
Nichtärztliche/ Personelle Voraussetzungen	<p>Nur auszufüllen von Ärzten, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an der diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene erfüllen!</p> <input type="checkbox"/> Mindestens ein Diabetesassistent DDG bzw. Diabetesassistent des Edmund-Christiani-Seminars der Ärztekammer Schleswig-Holstein <input type="checkbox"/> Mindestens ein Diabetesberater DDG, evtl. in Kooperation mit anderen Praxen <input type="checkbox"/> Oecotrophologe oder Diätassistent <input type="checkbox"/> Das nichtärztliche Fachpersonal bestätigt die Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungen
Voraussetzungen zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms	<p>Nur auszufüllen von Ärzten, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an der diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene erfüllen!</p> <input type="checkbox"/> Genehmigung zur Behandlung des Diabetischen Fußes (EBM 02311) liegt vor <input type="checkbox"/> Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung ist vorhanden <input type="checkbox"/> Die räumlichen Anforderungen werden erfüllt <ul style="list-style-type: none"> - ausreichende Deckenhöhe und Raumgröße des Fußbehandlungsraumes - Behandlungsstuhl/Behandlungsliege mit Lupenleuchte - Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall und/oder Fotodokumentation) standardisierte Befundung entsprechend Befundbogen - Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium) - Erstausrüstung Verbandmaterial - Hygieneplan; Desinfektionsplan nach BG



	<input type="checkbox"/>	Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen (z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, Interventionelle Radiologie, Orthopädischer Schumacher, Orthopädietechniker, Podologe, stationäre Einrichtung mit Spezialisierung „Diabetisches Fußsyndrom“)
Bestätigungen und Einwilligungen	<input type="checkbox"/>	<p>Ich bestätige,</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms (z. B. durch Arztmanual) zur Kenntnis genommen zu haben und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP zu akzeptieren und umzusetzen. - mich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 8, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV zu verpflichten.
	<input type="checkbox"/>	<p>Ich erteile mein Einverständnis,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Veröffentlichung meiner persönlichen Daten gemäß Anlage 7 im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2“, und im Internet. - zur Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2“ an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Schleswig-Holstein, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Krankenkassen. - zur Einschaltung der Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten. - zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.
Datenschutzrechtliche Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Bei der Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten wird die Datensicherheit nach geltenden Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung eingehalten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen. ☞ Einmalig vor Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle müssen vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten eingeholt werden (Unterschrift des Patienten auf die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 10). ☞ Der Patient muss bei Weitergabe seiner Daten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung informiert werden. ☞ Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss eingehalten werden. ☞ Der anstellende Arzt übernimmt die umfassende Information angestellter Vertragsärzte für im Rahmen des DMP erbrachte Leistungen in der Vertragspraxis/Einrichtung und gewährleistet die Datensicherheit bei der Datenerhebung personenbezogener Daten sowie bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte. 	



Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen. ☞ Die apparativen und räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein. ☞ Die Teilnahme am strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 ist freiwillig und kann mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden. ☞ Eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen führt zu Maßnahmen gemäß § 13 des Vertrages (gilt auch für angestellte Ärzte). ☞ Die Genehmigung des Antrags kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. ☞ Mit der Unterschrift wird die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt. ☞ Der vollständige Vertrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 kann auf der Internetseite der KVSH nachgelesen werden.
----------------------------	--

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

