

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

## 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

<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:  (N)BSNR: _____
------------------------	---

<b>Beantragte Leistungen</b>	<input type="checkbox"/> Teilnahme als Hausarzt zur Teilnahme an der koordinierenden Ebene gemäß § 3 <input type="checkbox"/> Teilnahme als Hausarzt zur Teilnahme an der koordinierenden Ebene gemäß § 3 mit Schulungsqualifikation <input type="checkbox"/> Teilnahme als Hausarzt zur Teilnahme an der koordinierenden Ebene gemäß § 3 mit Schulungs- und diabetologischer Zusatzqualifikation <input type="checkbox"/> Teilnahme an der fachärztlichen, bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene/Diabetologische Schwerpunktpraxis gemäß § 4
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<p><b>Voraussetzungen für die Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3</b></p> <input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt, der gemäß § 73 SGB V (hausärztlich) <input type="checkbox"/> Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals <input type="checkbox"/> Ärztliche Fortbildung mit jährlich mindestens 4 Fortbildungspunkten oder Teilnahme an einem diabetesspezifischen Qualitätszirkel mit mindestens 4 Fortbildungspunkten
	<p><b>Zusätzlich bei Beantragung gemäß § 3 mit Schulungs- und diabetologischer Zusatzqualifikation</b></p> <input type="checkbox"/> Diabetologische Grundversorgung <b>-bitte beifügen-</b> <b>oder</b>

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/>	<b>oder</b>
	<input type="checkbox"/>	Anerkennung als Diabetologe DDG -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/>	Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer -bitte beifügen-
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>		<b>Voraussetzungen für die Teilnahme an der fachärztlichen, bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4</b>
	<input type="checkbox"/>	Anerkennung als Diabetologe DDG -bitte beifügen-
	<input type="checkbox"/>	<b>oder</b>
	<input type="checkbox"/>	Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer -bitte beifügen-
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	Durchführung mindestens einer Gruppenschulung der intensivierten Insulintherapie innerhalb der letzten 4 Quartale
	<input type="checkbox"/>	Ärztliche Fortbildung mit jährlich mindestens 16 Fortbildungspunkten (Teilnahme an zertifizierter diabetes-spezifischer Fortbildung und regelmäßige Teilnahme an einem Qualitätszirkel Diabetologie mindestens 4x jährlich)
	<input type="checkbox"/>	Ich möchte in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig sein
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Voraussetzungen für die Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Möglichkeit, Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards durchzuführen</li> <li>▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Blutglukosebestimmungen, vorrangig im venösen Plasma</li> <li>▪ Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (Stimmgabel und Monofilament; Reflexhammer)</li> </ul>
<b>Apparative Voraussetzungen</b>		<b>Voraussetzungen für die Teilnahme an der fachärztlichen, bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene gemäß § 4</b>
	<input type="checkbox"/>	Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigenleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutdruck-Messung</li> <li>- EKG</li> <li>- Thermosensibilitätsprüfungen</li> <li>- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)</li> <li>- Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik</li> <li>- Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index</li> </ul>
	<input type="checkbox"/>	Die nachfolgenden Leistungen werden als Eigen- oder Auftragsleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Belastungs-EKG</li> <li>- Langzeit-EKG</li> <li>- Endoskopie</li> </ul>



<b>Nichtärztliche/ Personelle Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p><b>Nur auszufüllen von Ärzten, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an der diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene erfüllen!</b></p> <p>Mindestens ein Diabetesassistent DDG bzw. Diabetesassistent des Edmund-Christiani-Seminars der Ärztekammer Schleswig-Holstein <b>-bitte beifügen-</b></p> <p>Mindestens ein Diabetesberater DDG, evtl. in Kooperation mit anderen Praxen <b>-bitte beifügen-</b></p> <p>Oecotrophologe oder Diätassistent <b>-bitte beifügen-</b></p> <p>Das nichtärztliche Fachpersonal bestätigt die Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungen</p>
<b>Voraussetzungen zur Behandlung des diabetischen Fußsydroms</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          <input type="checkbox"/>	<p><b>Nur auszufüllen von Ärzten, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an der diabetologisch qualifizierten Versorgungsebene erfüllen!</b></p> <p>Genehmigung zur Behandlung des Diabetischen Fußes (EBM 02311) liegt vor</p> <p>Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung ist vorhanden</p> <p>Die räumlichen Anforderungen werden erfüllt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ausreichende Deckenhöhe und Raumgröße des Fußbehandlungsraumes</li> <li>- Behandlungsstuhl/Behandlungsliege mit Lupenleuchte</li> <li>- Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall und/oder Fotodokumentation) standardisierte Befundung entsprechend Befundbogen</li> <li>- Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium)</li> <li>- Erstausstattung Verbandmaterial</li> <li>- Hygieneplan; Desinfektionsplan nach BG</li> </ul> <p>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“)</p>
<b>Bestätigungen und Einwilligungen</b>	<input type="checkbox"/>          <input type="checkbox"/>	<p>Ich bestätige,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Ich erteile mein Einverständnis,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Veröffentlichung meiner persönlichen Daten gemäß Anlage 7 im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2“, und im Internet.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- zur Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt X und die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.</li> </ul>
<b>Datenschutzrechtliche Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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).</li> <li>▪ Der Patient muss bei Weitergabe seiner Daten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung informiert werden.</li> <li>▪ Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss eingehalten werden.</li> <li>▪ 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.</li> </ul>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.</li> <li>▪ Die apparativen und räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.</li> <li>▪ Die Teilnahme am strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 ist freiwillig und kann mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden.</li> <li>▪ Eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen führt zu Maßnahmen gemäß § 13 des Vertrages (gilt auch für angestellte Ärzte).</li> <li>▪ Die Genehmigung des Antrags kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden.</li> <li>▪ Mit der Unterschrift wird die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt.</li> <li>▪ Der vollständige Vertrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 kann auf der Internetseite der KVSH nachgelesen werden.</li> </ul>

---

Ort, Datum

Praxisstempel

---

Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

---

Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

---

Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

---

Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt