

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Teilnahmeerklärung zur Durchführung des Disease-Management-Programms für koordinierende Vertragsärzte und Schwerpunktärzte am Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/></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 <input type="checkbox"/></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.

<input type="checkbox"/>	Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3 mit diabetologischer Zusatzqualifikation	
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer oder Anerkennung als Diabetologe DDG Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt, der gemäß § 73 SGB V (hausärztlich) tätig ist Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals Ärztliche Fortbildung mit jährlich mindestens 4 Fortbildungspunkten oder Teilnahme an einem diabetesspezifischen Qualitätszirkel mit mindestens 4 Fortbildungspunkten Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt Name: _____ Anschrift: _____
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Folgende Mindestanforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind vorhanden: <ul style="list-style-type: none"> • Blutdruckmessung nach WHO-Standard • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung- und HbA1c-Messung vorrangig im venösen Plasma • Urinuntersuchung zur Bestimmung der Albumin-Ausscheidungsrate • EKG, Sonographie • Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (Stimmgabel und Mono-filament; Reflexhammer)
Schulungs-voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich beantrage die Durchführung der nachfolgenden Patientenschulungen gemäß Anlage 7: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung <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 <input type="checkbox"/> Die für die Schulungsprogramme erforderlichen Curricula und Medien sind vorhanden
<input type="checkbox"/>	Alle Strukturvoraussetzungen nach Anlage 3 des Vertrages werden erfüllt.	



<input type="checkbox"/> Teilnahme als Diabetologische Schwerpunktpraxis gemäß § 3 mit Schulungsqualifikation	
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer oder <input type="checkbox"/> Anerkennung als Diabetologe DDG
	<input type="checkbox"/> Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt <input type="checkbox"/> Durchführung mindestens einer Gruppenschulung der intensivierten Insulintherapie innerhalb der letzten 4 Quartale <input type="checkbox"/> Ärztliche Fortbildung mit jährlich mindestens 8 Fortbildungspunkten (Teilnahme an zertifizierter diabetes-spezifischer Fortbildung oder regelmäßige Teilnahme an einem Qualitätszirkel Diabetologie mindestens 4x jährlich bei mindestens 90 Minuten Dauer je Sitzung) <input type="checkbox"/> Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals <input type="checkbox"/> Ich möchte als koordinierender Arzt tätig sein
	Zusätzlich bin ich qualifiziert zur <input type="checkbox"/> Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpentherapie <input type="checkbox"/> Behandlung von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1 <input type="checkbox"/> Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Folgende Mindestanforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind vorhanden: <ul style="list-style-type: none"> • Blutdruckmessung nach WHO-Standard • 24-Stunden Blutdruckmessung • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- bzw. HbA1c-Messung vorrangig im venösen Plasma • Urinuntersuchung zur Bestimmung der Albumin-Ausscheidungsrate • EKG, Belastungs-EKG • Sonographie • Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
Schulungsvoraussetzungen	<p>Ich beantrage die Durchführung der nachfolgenden Patientenschulungen gemäß Anlage 7:</p> <input type="checkbox"/> Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP) <input type="checkbox"/> 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"/>	Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT III) – deutsche Version
	<input type="checkbox"/>	HyPOS Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement
	<input type="checkbox"/>	PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm
	<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
	<input type="checkbox"/>	Die für die Schulungsprogramme erforderlichen Curricula und Medien sind vorhanden
Nichtärztliche/ Personelle Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Mindestens ein Diabetesberater DDG, evtl. in Kooperation mit anderen Praxen (insgesamt in Vollzeit, bzw. entsprechende Anzahl Teilzeitstellen)
	<input type="checkbox"/>	Das nichtärztliche Fachpersonal bestätigt jährlich die Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungen
Voraussetzungen zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms	<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"/>	Zusammenarbeit 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“)
<input type="checkbox"/>	Alle Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 des Vertrages werden erfüllt.	



<input type="checkbox"/>	Teilnahme als fachärztlicher bzw. diabetologisch qualifizierter Pädiater für die Behandlung und Koordination von Kindern und Jugendlichen gemäß § 3 mit Schulungsqualifikation	
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einer dem Diabetologen vergleichbaren Fort- und/oder Weiterbildung und dauerhafte Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1</p> <p>24-Stunden Erreichbarkeit während der Ersteinstellung von Patienten ist gewährleistet</p> <p>Ärztliche Fortbildung mit jährlich mindestens 8 Fortbildungspunkten (Teilnahme an zertifizierter diabetes-spezifischer Fortbildung, Schwerpunkt Kinderdiabetologie oder regelmäßige Teilnahme an einem Qualitätszirkel Diabetologie mindestens 4x jährlich bei mindestens 90 Minuten Dauer je Sitzung)</p> <p>Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung</p> <p>Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln</p> <p>Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals</p>
Apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen der Kinderdiabetologie • Blutdruckmessungen • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- bzw. HbA1c-Messung • Urinuntersuchung zur Bestimmung der Albumin-Ausscheidungsrate
Schulungsvoraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Ich beantrage die Durchführung der nachfolgenden Patientenschulungen gemäß Anlage 7:</p> <p>Diabetes Buch für Kinder</p> <p>Jugendliche mit Diabetes</p> <p>Die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulungen werden durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nicht-ärztlichen Schulungskraft nachgewiesen.</p> <p>Die räumliche Möglichkeit für Gruppenschulungen ist vorhanden</p> <p>Die für die Schulungsprogramme erforderlichen Curricula und Medien sind vorhanden</p>
Nichtärztliche/ Personelle Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Mindestens ein Diabetesberater DDG, evtl. in Kooperation mit anderen Praxen (insgesamt in Vollzeit, bzw. entsprechende Anzahl Teilzeitstellen)</p> <p>Das nichtärztliche Fachpersonal bestätigt jährlich die Teilnahme an diabetes-spezifischen Fortbildungen</p>
<input type="checkbox"/>	Alle Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 des Vertrages werden erfüllt.	



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 5 im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 1“, und im Internet. - zur Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 1“ 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 der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 6). ☞ 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 1 ist freiwillig und kann mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden. ☞ Eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen führt zu Maßnahmen gemäß § 12 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 1 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

