

## Teilnahmeerklärung DMP-Arzt

### Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms – Diabetes mellitus Typ 1

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

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

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

**oder**

Eintragungsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

#### Hinweis

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).

#### Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

alle mir erteilten Betriebsstätten

### Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3 mit diabetologischer Zusatzqualifikation

#### Voraussetzungen

Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer -bitte beifügen-  
oder

Anerkennung als Diabetologe DDG -bitte beifügen-

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: \_\_\_\_\_

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

### **Apparative Voraussetzungen**

---

- Folgende Mindestanforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind vorhanden:
- 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 Monofilament; Reflexhammer)

### **Schulungsvoraussetzungen**

---

Ich beantrage die Durchführung der nachfolgenden Patientenschulungen gemäß Anlage 7:

- LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung
- Die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulungen werden durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nicht-ärztlichen Schulungskraft nachgewiesen. **-bitte beifügen-**
- Die räumliche Möglichkeit für Gruppenschulungen ist vorhanden
- Die für die Schulungsprogramme erforderlichen Curricula und Medien sind vorhanden
- Alle Strukturvoraussetzungen nach Anlage 3 des Vertrages werden erfüllt.

### **Teilnahme als Diabetologische Schwerpunktpraxis gemäß § 3 mit Schulungsqualifikation**

#### **Voraussetzungen**

---

- Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer **-bitte beifügen-**  
oder
- Anerkennung als Diabetologe DDG **-bitte beifügen-**
- Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt
- Durchführung mindestens einer Gruppenschulung der intensivierten Insulintherapie innerhalb der letzten 4 Quartale
- Ärztliche Fortbildung mit jährlich mindestens 8 Fortbildungspunkten (Teilnahme an zertifizierter diabetesspezifischer Fortbildung oder regelmäßige Teilnahme an einem Qualitätszirkel Diabetologie mindestens 4x jährlich bei mindestens 90 Minuten Dauer je Sitzung)
- Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals
- Ich möchte als koordinierender Arzt tätig sein

#### **Zusätzlich bin ich qualifiziert zur**

- Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpentherapie
- Behandlung von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1
- Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom

### **Apparative Voraussetzungen**

---

- Folgende Mindestanforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind vorhanden:
- 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**

---

Ich beantrage die Durchführung der nachfolgenden Patientenschulungen gemäß Anlage 7:

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
- Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
- LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung
- Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT III) – deutsche Version
- HyPOS Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement
- PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm
- Die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulungen werden durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nicht-ärztlichen Schulungskraft nachgewiesen. **-bitte beifügen-**
- Die räumliche Möglichkeit für Gruppenschulungen ist vorhanden
- Die für die Schulungsprogramme erforderlichen Curricula und Medien sind vorhanden

### **Nichtärztliche/Personelle Voraussetzungen**

---

- Mindestens ein Diabetesberater DDG, evtl. in Kooperation mit anderen Praxen (insgesamt in Vollzeit, bzw. entsprechende Anzahl Teilzeitstellen) **-bitte beifügen-**
- Das nichtärztliche Fachpersonal bestätigt jährlich die Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungen **-bitte beifügen-**

### **Voraussetzungen zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms**

---

- Genehmigung zur Behandlung des Diabetischen Fußes (EBM 02311) liegt vor
- Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung ist vorhanden
- 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“)
  
- Alle Strukturvoraussetzungen nach Anlage 3 des Vertrages werden erfüllt.

## Teilnahme als fachärztlicher bzw. diabetologisch qualifizierter Pädiater für die Behandlung und Koordination von Kindern und Jugendlichen gemäß § 3 mit Schulungsqualifikation

### Voraussetzungen

- 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
- 24-Stunden Erreichbarkeit während der Ersteinstellung von Patienten ist gewährleistet
- Ärztliche Fortbildung mit jährlich mindestens 8 Fortbildungspunkten (Teilnahme an zertifizierter diabetesspezifischer Fortbildung, Schwerpunkt Kinderdiabetologie oder regelmäßige Teilnahme an einem Qualitätszirkel Diabetologie mindestens 4x jährlich bei mindestens 90 Minuten Dauer je Sitzung)
- Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln
- Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals

### Apparative Voraussetzungen

- 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

Ich beantrage die Durchführung der nachfolgenden Patientenschulungen gemäß Anlage 7:

- Diabetes Buch für Kinder
- Jugendliche mit Diabetes
- Die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulungen werden durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nicht-ärztlichen Schulungskraft nachgewiesen. **-bitte beifügen-**
- Die räumliche Möglichkeit für Gruppenschulungen ist vorhanden
- Die für die Schulungsprogramme erforderlichen Curricula und Medien sind vorhanden

### Nichtärztliche/Personelle Voraussetzungen

- Mindestens ein Diabetesberater DDG, evtl. in Kooperation mit anderen Praxen (insgesamt in Vollzeit, bzw. entsprechende Anzahl Teilzeitstellen) **-bitte beifügen-**
- Das nichtärztliche Fachpersonal bestätigt jährlich die Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungen **-bitte beifügen-**
- Alle Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 des Vertrages werden erfüllt.

### Bestätigungen und Einwilligungen

Ich bestätige

- 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.

Ich erteile mein Einverständnis,

- 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

- 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

- 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.

---

## Unterschrift

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_ Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

\_\_\_\_\_ Angestellte Person