



**Antrag auf Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2
Erklärung zur Strukturqualität**

**Bitte fügen Sie dieser Erklärung die Teilnahmeerklärung
(Anlage 5 des DMP-Vertrages) bei.**

Name: _____

Gebietsbezeichnung: _____

LANR: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Der Antrag wird gestellt als:

Diabetologisch geschulter Hausarzt
(koordinierender Vertragsarzt gemäß § 73 SGB V)
Bitte füllen Sie nur Teil A aus.

Fachärztlich tätiger Internist für Ausnahmefälle

Diabetologische Schwerpunktpraxis (gemäß § 4 des DMP - Vertrages)
Bitte füllen Sie nur Teil B aus.

A Diabetologisch geschulter Hausarzt

1. Fachliche Qualifikation:

Das DMP-Praxis-Manual habe ich gelesen und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.

2. Apparative Voraussetzungen

Meine Praxis bietet folgende apparative Ausstattung:
Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards

- qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- In meiner Praxis sind Schulungsräume vorhanden, die sowohl Einzel- als auch Gruppenschulungen ermöglichen.

B Diabetologische Schwerpunktpraxis

1. Fachliche Qualifikation

Bitte Zutreffendes ankreuzen und jeweils eine Kopie des Fortbildungszertifikates beifügen:

Ich verfüge über

- die Anerkennung als Diabetologe DDG.
oder
- eine dem Diabetologen DDG vergleichbare Qualifikation.
oder
- die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie“.

Das nichtärztliche Personal in meiner Praxis ist qualifiziert als:

- Diabetesberater/in DDG
oder
- Diabetesassistent/in DDG
- Zusätzlich** ist eine Arzthelferin beschäftigt, die jeweils eine Fortbildung des Zentralinstitutes der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) für Diabetes mellitus Typ 2 mit und ohne Insulin absolviert hat.
- Die Mitarbeiter/innen sind in meiner Praxis ganztätig beschäftigt. (Die Beschäftigung von zwei Halbtagskräften ist ebenfalls ausreichend. Bei Endokrinologen ist eine stundenweise Beschäftigung des Personals ausreichend.)

Bitte fügen Sie entsprechende Beschäftigungsnachweise bei, z. B. Kopien der Arbeitsverträge.

Anzahl der in meiner Praxis behandelten Diabetiker pro Quartal:

Insgesamt: _____

Davon insulinbehandelte Diabetiker: _____

2. Apparative Voraussetzungen:

Meine Praxis bietet folgende apparative Ausstattung:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
- qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- In meiner Praxis sind Schulungsräume vorhanden, die sowohl Einzel- als auch Gruppenschulungen ermöglichen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift
Praxisinhaber / MVZ – Leiter

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Anlage 5a – Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeerklärung zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....

Teilnahmeerklärung zum Programm Diabetes mellitus Typ 2

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationsmedien 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 gemäß § 9, 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 des Disease-Management-Programms, 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle bzw. die Krankenkassen 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 Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur

- ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen,
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

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 Bundesversicherungsamt (BVA) bzw. die Landesprüfdienste, die Krankenhausgesellschaft und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- die Weitergabe des „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die 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 Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des 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 der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren. 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.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassenverbänden nehme ich

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer, Anlage 5b")
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer, Anlage 5b")

teil als

- koordinierender Arzt** (1. Versorgungsebene gemäß § 3 und Anlage 1 des Vertrages)
 - Hausarzt gemäß § 73 SGB V
 - fachärztlich tätiger Internist für Ausnahmefälle

- fachärztlich/diabetologisch qualifizierte Arzt einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis** (2. Versorgungsebene gemäß § 4 und Anlage 2 des Vertrages)

- mit der Option, in vorgesehenen Ausnahmefällen als koordinierender Vertragsarzt tätig zu werden
- mit der Berechtigung zur Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms gemäß DMP-A-RL
- oder in Zusammenarbeit mit dem/der folgenden qualifizierten Arzt/Einrichtung zur Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms:

.....

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

- a)[BSNR]
- b)[BSNR]
- c)[BSNR]
- d)[BSNR]

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

- Das DMP-Praxis-Manual habe ich gelesen und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.**

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Anlage 5b - Ergänzungserklärung Leistungserbringer zu Anlage 5a

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zum strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Bezirksstelle

Name, Vorname des Arztes	LANR	Anschrift der Praxis
--------------------------	------	----------------------

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

- | | | | | | |
|---------------------------------|---------------|---------------|--|---------------------------------|-------------------|
| 1.
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | als koord. Arzt <input type="checkbox"/> | als FA <input type="checkbox"/> |
ab Datum |
| 2.
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | als koord. Arzt <input type="checkbox"/> | als FA <input type="checkbox"/> |
ab Datum |
| 3.
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | als koord. Arzt <input type="checkbox"/> | als FA <input type="checkbox"/> |
ab Datum |

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

- | | | | | | | |
|----|-------------------------------|---------------|---------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
ab Datum |
| | | | | als koord. Arzt | als FA | |
| 2. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
ab Datum |
| | | | | als koord. Arzt | als FA | |
| 3. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
ab Datum |
| | | | | als koord. Arzt | als FA | |

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Das DMP-Praxis-Manual habe ich gelesen und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Erklärung des angestellten Arztes

Hiermit bestätige ich, dass mich der oben genannten Vertragsarzt über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 sowie über die Verpflichtungen, die mit der Leistungserbringung im Rahmen dieser Programme einhergehen, informiert hat.

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes