



# Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

HAUPTSTELLE  
Abteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Barbara Hollon  
Telefon: (0211) 5970-8224  
Telefax: (0211) 5970-9997  
E-Mail: diabetes@kvno.de

Ansprechpartner: Simone Mc Kay  
Telefon: (0211) 5970-8245  
Telefax: (0211) 5970-9997  
E-Mail: diabetes@kvno.de

## DMP Diabetes mellitus Typ 2 als Diabetologische Schwerpunktpraxis

### Erklärung zur Strukturqualität

Bitte fügen Sie die Teilnahmeerklärung Leistungserbringer (Anlage 5a) und ggf. die  
Ergänzungserklärung Leistungserbringer (Anlage 5b) des DMP Vertrages bei.

Name: .....  
Gebietsbezeichnung: .....  
LANR: .....  
BSNR: .....

#### Praxisanschrift

Straße: .....  
PLZ/Ort: .....  
Telefon: .....  
Telefax: .....  
Email: .....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellter Arzt / Angestellte Ärztin bei:

.....

## I. Fachliche Voraussetzungen

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Ich führe die Bezeichnung „Diabetologe DDG“ oder einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer „Diabetologe LÄK“  
(Hinweis: Kopie der Urkunde bitte beifügen)

Ich habe das 80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung absolviert

Die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“  
(Hinweis: Kopie der Urkunde bitte beifügen)

Die Anerkennung zum Führen einer Bezeichnung aus den Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie  
(Hinweis: Kopie der Urkunde bitte beifügen)

Die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie“ und einer mindestens einjährigen Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung  
(Hinweis: Kopie der Urkunde bitte beifügen)

Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer zertifizierten diabetes-spezifischen Fortbildung oder mindestens zweimal jährlich an einem diabetes-spezifischen Qualitätszirkel

Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

Anzahl der pro Jahr behandelten Patienten

Davon Anzahl der Insulinbehandelten Patienten

Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (EBM 02311)

## II. Fachliche Voraussetzungen nichtärztliches Personal

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Ein/e Diabetesberater/in DDG  
(Hinweis: Kopie der Urkunde + Arbeitsvertrag bitte beifügen)

Ein/e Diabetesberater/in mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung  
(Hinweis: Kopie der Urkunde + Arbeitsvertrag bitte beifügen)

### III. Zusammenarbeit / Kooperation

Kooperation mit einem / einer Ökotrophologen/in oder Diätassistent/in  
(Hinweis: Bitte Kopie des Kooperationsvertrags beifügen)

Kooperation mit einem medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen  
(Hinweis: Bitte Kopie des Kooperationsvertrags beifügen)

### IV. Apparative Ausstattung der Praxis

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis

Blutdruckmessung nach internationalen Empfehlungen

24 Stunden-Blutdruckmessung

Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung

EKG / Belastungs-EKG

Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mind. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik

Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)

Sonographie, Doppler- und Duplexsonographie

### V. Zusätzliche Strukturvoraussetzung für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms

Med. Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung  
(Hinweis: Kopie der Urkunde + Arbeitsvertrag bitte beifügen)

Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik mit Fotodokumentation

Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z.B. steriles Instrumentarium)

## VI. Schulungsberechtigung

Sowohl ich als auch eine der bei mir beschäftigten Arzthelferinnen /Diabetesberaterinnen verfügen über die Schulungsberechtigung zur Durchführung:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Des Schulungs- und Behandlungsprogramms für die für Typ 2 Diabetiker, die kein Insulin spritzen  
(Hinweis: Kopie des Qualifikationsnachweises bitte beifügen)

Des Schulungs- und Behandlungsprogramms für Diabetiker, die Insulin spritzen  
(Hinweis: Kopie des Qualifikationsnachweises bitte beifügen)

Des Schulungsprogramms Medias 2  
(Hinweis: Kopie des Qualifikationsnachweises bitte beifügen)

Des Schulungs- und Behandlungsprogramms für Patienten mit Hypertonie  
(Hinweis: Kopie des Qualifikationsnachweises bitte beifügen)

Des strukturierten Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramms (HBSP)  
(Hinweis: Kopie des Qualifikationsnachweises bitte beifügen)

Der Modularen Bluthochdruck-Schulung (IPM)  
(Hinweis: Kopie des Qualifikationsnachweises bitte beifügen)

Schulungsräumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Gruppen- und Einzelschulungen

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Praxisinhabers

Arztstempel:

.....  
Unterschrift des ausführenden Arztes

## Anlage 5a – Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

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

### Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle.....

.....

.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....

.....

.....

.....

#### 1. 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 Dritteerfüllen,
- 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 Landesprüfendienste, 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.

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")
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")

teil als

- Koordinationsarzt gemäß § 3 des Vertrages
- Vertragsarzt einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis gemäß § 4 des Vertrages
- Koordinations- u. diabetologisch qualifizierter Facharzt gemäß §§ 3 und 4 des Vertrages

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.

### **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 RSAV 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.

---

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