

2. Änderungsvereinbarung

zum Vertrag

**über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V
zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung
von Typ 2-Diabetikern vom 01.10.2020**

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST

- handelnd für die Betriebskrankenkassen -

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

– als Landwirtschaftliche Krankenkasse

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse - KKH**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Im Zuge der Anpassung des Vertrages „über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 1-Diabetikern“ (DMP-Vertrag DM 1) haben sich die Vertragspartner dieser Änderungsvereinbarung darauf verständigt, die Strukturvoraussetzungen auch für den DMP-Vertrag für Typ 2-Diabetiker vom 01.10.2020 und in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 01.04.2021 anzupassen.

I. Änderungen im Anlagenverzeichnis (Übersicht Anlagen)

- Anlage 5a erhält die Bezeichnung „Teilnahmeerklärung koordinierender Hausarzt nach § 3“,
- Anlage 5b erhält die neue Bezeichnung „Teilnahmeerklärung diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 4 (DSP)“,
- Anlage 5c wird gestrichen,
- Anlage 10 wird umbenannt und um den Zusatz „in der jeweils gültigen Fassung“ ergänzt.

II. Änderungen im Hauptvertrag

1. In § 3 Absatz 6 Satz 2 sowie im § 4 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „mit Hilfe des in der Anlage 5b beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Ärzte)“ gestrichen.
2. § 5 „Teilnahmeerklärung“ wird in „Teilnahmeerklärung Ärzte“ umbenannt.
3. In § 5 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Anlage 5 Teilnahmeerklärung Ärzte“ ersetzt durch die Wörter „Anlagen 5a oder 5b“.
4. In § 5 Absatz 1 Satz 3 sowie § 7 Absatz 6 werden die Wörter „dem in der Anlage 5b beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Ärzte)“ ersetzt durch die Wörter „den jeweiligen Teilnahmeerklärungen“.
5. § 5 Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:
„(3) Der Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den mit der Datenstelle nach § 21 geschlossenen Vertrag.“
6. In § 6 wird der bisherige Absatz 4 gestrichen und folgende Absätze neu aufgenommen:
3 a) Mit Wegfall der bisherigen Anlage zur „DSP-Bedarfsplanung“ zum 30.06.2021 werden die Strukturvoraussetzungen für DSP-Ärzte (Anlage 2) angepasst und gelten damit für Teilnahmegenehmigungen ab dem 01.07.2021.
3 b) Die KV Nordrhein erteilt bei Vorliegen der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 die Teilnahmegenehmigung und damit die Anerkennung als DSP.
3 c) Bis zum 30.06.2021 erteilte Genehmigungen mit Anerkennung als DSP oder einer Abrechnungserlaubnis gelten längstens bis zum 30.06.2022 fort. Bis dahin haben diese Ärzte ihre Teilnahme mit einem Teilhmeantrag nach Anlage 5b unter Nachweis der Strukturvoraussetzungen (Anlage 2) neu zu erklären.

3 d) Zur Gewährleistung der Versorgung werden Ärzte nach Absatz 3c von der KV Nordrhein angehalten, ihre Teilnahme bis spätestens 31.03.2022 neu zu erklären. Sollte ein Versorgungsdefizit zum 01.07.2022 absehbar sein, verständigen sich die Vertragspartner umgehend über mögliche Vertragsanpassungen.

3e) Bei einer überproportionalen Leistungsausweitung von DSP-Leistungen durch eine nicht vorhersehbare Mengenausweitung von DSPn werden die Vertragspartner umgehend über Vertragsanpassungen beraten. Die Vermeidung angebotsinduzierter Nachfrage ist geboten.

(4) Die KV Nordrhein überprüft jährlich, ob die Strukturvoraussetzungen der teilnehmenden Vertragsärzte noch vorliegen und erstattet der Gemeinsamen Einrichtung hierüber Bericht.

(5) Stellt die KV Nordrhein fest, dass die erforderlichen Strukturvoraussetzungen der Anlage 2 nicht mehr erfüllt sind, ist grundsätzlich die Anerkennung des Arztes als DSP nicht mehr gegeben. Soweit diese Strukturvoraussetzungen nicht mehr im notwendigen Umfang bzw. in der notwendigen Qualität vorliegen, können für die Dauer von maximal 2 Quartalen geringere Anforderungen an die Anerkennung des Arztes als DSP akzeptiert werden. In den Fällen, in denen die Versorgungssituation gefährdet ist, kann die KV Nordrhein die Diabeteskommission (§ 6a) einberufen.“

7. § 6a (Diabetes-Kommission) wird gestrichen und wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die bei der KV Nordrhein errichtete Diabetes-Kommission besteht aus nachfolgend aufgeführten Mitgliedern:

1 Vertreter der KV Nordrhein,

2 Mitgliedern aus diabetologischen Schwerpunktpraxen nach § 4,

2 Mitgliedern der koordinierenden Vertragsärzte nach § 3,

5 Vertretern der Krankenkassen.

(2) Die Aufgabe der Diabetes-Kommission besteht u.a. in der Unterstützung und Beratung der KV Nordrhein bei der Umsetzung des § 6 Absatz 5. Auslegungsfragen zum Vertragsinhalt klären die Vertragspartner einvernehmlich.

Gleichzeitig berät die Diabetes-Kommission die Gemeinsame Einrichtung nach § 31, insbesondere im Hinblick auf die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend Anlage 9. Im Übrigen übernimmt die Kommission keine originären Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung nach §§ 26 ff.

(3) Die Diabetes-Kommission tagt auf Einladung der KV Nordrhein. Bei Bedarf können auf Antrag eines Vertragspartners Sitzungen anberaumt werden.

(4) Die empfehlenden Beschlüsse der Kommission werden einvernehmlich getroffen. Unter Berücksichtigung dieser empfehlenden Beschlüsse entscheidet dann die KV Nordrhein“.

8. In § 7 („Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme“) wird der bisherige Absatz 1 durch die folgenden Absätze ersetzt:
„(1) Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung genannten Datum. Die Teilnahme wird schriftlich, ausgenommen für Vertragsärzte entsprechend § 6 Abs. 1, durch die KV Nordrhein bestätigt.
(1a) Die Teilnahme des Arztes mit einer Anerkennung als DSP und am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 7 bzw. § 6 Absatz 3c genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.“
9. In § 8 Absatz 5 werden die Wörter „gemäß Anlage 5a“ gestrichen.

III. Änderung der Anlagen

1. Anlage 2 (Strukturqualität fachärztlicher diabetologischer Versorgungssektor nach § 4) regelt die ab 01.07.2021 geltenden Strukturvoraussetzungen an Schwerpunktpraxen und wird durch die als Anhang 1 geänderte Fassung ersetzt.
2. Anlage 5a (Teilnahmeerklärung koordinierender Hausarzt nach § 3) wird durch die als Anhang 1 beigefügte Fassung ersetzt.
3. Anlage 5b (Teilnahmeerklärung diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 4 (DSP)) wird durch die als Anhang 2 beigefügte Fassung ersetzt.
4. Die Anlage 5c (Sonderregelung Bedarfsplanung) entfällt ersatzlos.

IV. In-Kraft-Treten

Die Änderungsvereinbarung tritt zum 01.07.2021 in Kraft. Die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages gelten unverändert fort.

Unterschriftenblatt zur Änderungsvereinbarung für den DMP-Vertrag Typ 2-Diabetiker für die Region Nordrhein ab 01.07.2021

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Düsseldorf, den _____

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Düsseldorf, den _____

Dr. med. Carsten König M. san.
Stellvertretender. Vorstandsvorsitzender

AOK Rheinland Hamburg

Düsseldorf, den _____

Mathias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST

Essen, den _____

Stellv. Geschäftsbereichsleitung

IKK classic

Dresden, den _____

Andreas Woggon
Leiter Landesvertragspolitik Nord-West

SVLFG

Kassel, den _____

KNAPPSCHAFT

Bochum, den _____

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Düsseldorf, den _____

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen

Anhang 1 zur 2. ÄV DM2 ab 01.07.2021

Anlage 2: Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 4

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

Strukturvoraussetzungen für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor

Teilnahmeberechtigt für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor (der zweiten Versorgungsstufe) gemäß § 4 dieser Vereinbarung sind Vertragsärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte und in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte gemäß *Anlage 6* einhalten. Der teilnehmende Arzt muss seine Teilnahme auch bezüglich seiner besonderen Fachkenntnisse bzw. seiner angestellten Ärzte erklären, welche gesondert im Leistungserbringerverzeichnis ausgewiesen werden. Eine Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass ein großer Teil der betreuten Patienten dieser Praxis Diabetes-Patienten sind. Darüber hinaus zeichnet sich die DSP gerade durch ihre regelmäßige und quartalsweise Schulungstätigkeit aus.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzungen	Beschreibung
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis)	<u>Fachrichtung Innere Medizin, Allgemeinmedizin Prakt. Ärzte; Ärzte:</u> <ul style="list-style-type: none">• Anerkennung als „Diabetologe DDG“ oder• die Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer (u. a. Diabetologe LÄK) oder• 80-stündige Curriculum der DDG <u>und</u> eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung innerhalb der letzten acht Jahre oder• die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ oder• die Anerkennung zum Führen einer Bezeichnung aus den Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“• die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie“ und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung <u>jeweils</u> <ul style="list-style-type: none">• persönliche Behandlung insbesondere von Patienten mit insulinbehandelten Diabetes Typ 2 in den letzten 12 Monaten

Voraussetzungen	Beschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> schriftliche Information durch das DMP-Arztmanual zu Beginn der Teilnahme und Teilnahme an zertifizierten diabetes-spezifischen Fortbildungen mit insgesamt mindestens 30 Fortbildungspunkten im Kalenderjahr. Die Teilnahme an Fortbildungen ist der KV Nordrhein nach Aufforderung nachzuweisen und <p>Teilnahme an diabetes-spezifischen Qualitätszirkeln.</p>
	Eine DSP wird von einem Arzt in Vollzeit oder von maximal 2 Ärzten in Teilzeit im Umfang von mindestens einer Vollzeitstelle geführt.
2. Fachliche Voraussetzungen nichtärztliches Personal	<ul style="list-style-type: none"> Beschäftigung von mindestens einem Diabetesberater DDG (oder mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung¹) in Vollzeit mit 38,5 Stunden/Woche bzw. entsprechenden Teilzeitstellen²³ je teilnehmendem DSP-Arzt (Vollzeitsitz). Mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Personals an einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildung <p>Beschäftigung / Kooperation mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistent/in einem medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen
3. Apparative Ausstattung Vertragsarztpraxen:	<p>Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes)</p> <ul style="list-style-type: none"> Blutdruck-Messung (gemäß den internationalen Empfehlungen⁴) 24-Stunden Blutdruck-Messung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmungen⁵(vorrangig im venösen Plasma) und HbA1c-Messung⁶ EKG, Belastungs-EKG⁷ Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

¹ Vergleichbare Ausbildung: Mindestens zweijährige Tätigkeit als Diabetesassistent/in in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis/Einrichtung und Fortbildungsnachweise über Insuline und Insulin-Dosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensiver Insulintherapie durchgeführt werden können.

² Bei Aufteilung einer Vollzeitstelle Diabetesberaterin muss jede Teilzeitstelle min. 10 Std./Woche betragen

³ Bei Ärzten für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie“, ist eine der betreuten Diabetiker angemessene stundenweise Beschäftigung des nichtärztlichen Personals ausreichend. (min. 10 Std./Woche)

⁴ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der DMP-A-RL vom 21.01.2016: Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)

⁵ Gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

⁶ Kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

⁷ Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie der Dt. Gesellschaft für Kardiologie in der jeweils geltenden Fassung

Voraussetzungen	Beschreibung
	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik • Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)^{6 8} • Sonographie^{6 8}, Doppler- und Duplexsonographie^{6 8}

4. Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms

Voraussetzungen	Beschreibung
Personelle Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetologisch qualifizierter Arzt im Sinne der Ziffer 1, der auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisiert ist (Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes - EBM 02311) • Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung
Räumliche/Apparative Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • z. B. Behandlungsstuhl oder -liege • Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall (oder Sonografie) und Photodokumentation) • Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium)
Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • 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")

5. Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Durchführung von Schulungen⁹

Voraussetzungen	Beschreibung
Personelle Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen der Schulungsberechtigung, die Durchführung der Schulungs- und Behandlungsprogramme erfolgt gemäß DMP-A-RL • Teilnahme des nichtärztlichen Fachpersonals an organisierten Seminarveranstaltungen zur Vorbereitung auf die Durchführung von Diabetes-Schulungsprogrammen
Räumliche Voraussetzungen	Schulungsräumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Gruppen- und Einzelschulungen, Projektionsmöglichkeiten,

⁸ Fachliche Voraussetzungen gemäß Richtlinie zur „Vereinbarung von Qualitätsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik („Ultraschall-Vereinbarung“) in der jeweils geltenden Fassung

⁹ Während der Schulung: 24-Stunden-Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogrammes und der Ersteinstellungsphase.

6. Zusätzliche Voraussetzung DSP: Hospitation

Hospitation	<p>Alle drei Jahre muss von jedem teilnehmenden Arzt je eine eintägige aktive (Antragsteller hospitiert) und passive Hospitation (Antragsteller wird hospitiert) durch einen/e Arzt/ Ärztin und Diabetesberater/-in bzw. Diabetesassistent/in erfolgen.</p> <p>Sie ist Teil der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung beider Einrichtungen und bedeutet für beide Partner, sich mit Respekt vor der Arbeit der Einrichtungen kollegialen Fragen, Kritik und Verbesserungsvorschlägen zu stellen. Zur Hospitation gehört ein gemeinsames Abschlussgespräch.</p> <p>Über die Hospitation ist ein Hospitationsbericht anzufertigen. In dem Bericht muss das Datum, die Zeitdauer der Hospitation, die hospitierte wie auch die hospitierende Einrichtung und das aktiv hospitierende Mitglied eindeutig beschrieben sein. Aus dem Bericht sollten die Rahmenbedingungen der Einrichtung (Strukturqualität), der Ablauf der Hospitation wie auch eine Einschätzung der Stärken und Schwächen der Einrichtung ersichtlich sein. Der Bericht wird der hospitierten Einrichtung anschließend ausgehändigt bzw. zugesandt. Er muss von beiden Seiten unterschrieben sein.</p> <p>Die Hospitation muss durch von der KVNO anerkannte DSP durchgeführt werden.</p> <p>Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen).</p> <p>Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 25 km liegen, darunterliegende Entfernungen sind zu begründen. Wechselseitige aktive und passive Hospitationen können nicht anerkannt werden. Gleichfalls nicht anerkannt werden Hospitationen an Einrichtungen, die durch vertragliche Regelungen verbunden sind.</p>
-------------	---

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei:

- Notfallindikation (in jedes Krankenhaus),
- bedrohlichen Stoffwechselstörungen,
- infiziertem diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation,
- diabetischen Fußwunden, die trotz spezialisierter Therapie nicht ausheilen oder gar eine Verschlechterung zeigen, insbesondere wenn eine Fußentlastung ambulant nicht möglich oder erfolgreich ist, und bei Wunden, die Interventionen bedürfen (z. B. parenterale Medikation, Gefäß- oder Knochenoperation),
- gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 2.

Bei Nicht-Erreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes nach spätestens 12 Monaten ambulanter Behandlung soll geprüft werden, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Diagnostik und Therapie in einem diabetologisch qualifizierten Krankenhaus profitieren kann.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

Hauptabteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Ansprechpartner: Sabine Adams
 Telefon: (0211) 5970-8564
 Telefax: (0211) 5970-33185
 E-Mail: dmp-diabetes@kvno.de

Ansprechpartner: Petra Oymann
 Telefon: (0211) 5970-8560
 Telefax: (0211) 5970-33185
 E-Mail: dmp-diabetes@kvno.de

DMP Diabetes mellitus Typ 2 als Hausarzt

Der Antrag wird gestellt für:

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen oder angestellt oder persönlich ermächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

Kontaktdaten der Praxis:

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich verfüge über die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin **und/oder** Innere Medizin

Apparative Ausstattung

Blutdruckmessung gemäß internationalen Empfehlungen

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung (Messung im venösen Plasma) und HbA1c-Messung

EKG

Sonographie

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

Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

an jährlichen zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen teilzunehmen oder regelmäßige diabetes-spezifische Fortbildungen zu besuchen, z.B. Qualitätszirkel (mindestens einmal jährliche Teilnahme).

die schriftliche Information durch das DMP-Praxismanual zu Beginn der Teilnahme zur Kenntnis zu nehmen.

Zusatzanforderungen für die Durchführung von Schulungen

Für die Durchführung der jeweiligen Schulungs- und Behandlungsprogramme sind die entsprechenden Nachweise über die Schulungsberechtigungen sowohl vom Arzt als auch vom nichtärztlichen Personal vorzulegen.

Weitere Informationen zu den Schulungs- und Behandlungsprogrammen finden Sie unter:

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab2.pdf

Teilnahmeerklärung zu den Programmen Diabetes mellitus Typ 2

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 2 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationen 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, 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 der Disease-Management-Programme, 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 (personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte 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 Verarbeitung unterrichte.

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 Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfämtern und an die teilnehmenden Versicherten,
- der 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 der Disease-Management-Programme erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 25 RSAV weiterzuleiten

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert. 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 des/der
Praxisinhabers/in

Ort, Datum

Unterschrift des/der angestellten
Arztes/Ärztin

Arztstempel:

DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 als Diabetologische Schwerpunktpraxis

- ausschließlich als diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP)**
- koordinierender Arzt bei Diabetes mellitus Typ 1
 - 2. Versorgungsebene im DMP Diabetes mellitus Typ 2
- auch als koordinierender Arzt beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 (in Ausnahmefällen)**

Der Antrag wird gestellt für:

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen oder angestellt oder persönlich ermächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

Kontaktdaten der Praxis:

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich verfüge über die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

und

die Zusatzweiterbildung Diabetologe DDG	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

oder

die Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammer (u. a. Diabetologe LÄK)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

oder

80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung innerhalb der letzten acht Jahre	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

und

Ich habe in den letzten 12 Monaten insbesondere Patienten mit insulinbehandelten Diabetes Typ 1 und Typ 2 behandelt.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

und

Ich habe die Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (EBM 02311)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

oder

ich bestätige die Zusammenarbeit mit einer / m in der Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung / qualifizierten Ärztin /Arzt.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Mein Tätigkeits-/Beschäftigungsumfang beträgt:

Vollzeittätigkeit*	<input type="checkbox"/>	Teilzeittätigkeit	<input type="checkbox"/>
		Stunden pro Woche	
Es wird gewährleistet, dass durch die Beteiligung von maximal zwei diabetologisch qualifizierten Ärzten mit einer Anerkennung als DSP summarisch (je 20 Std./ Woche) die erforderliche Vollzeittätigkeit gewährleistet ist und eine kontinuierliche ärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschl. Schulungen) sichergestellt wird **			

Teilung der DSP mit	
----------------------------	--

* 20 -38,4 Stunden = Teilzeit/ ab 38,5 Stunden = Vollzeit

** Erhöhung bzw. Reduzierung der Wochenstunden sind der KV anzuzeigen

Personelle Voraussetzungen

Ich beschäftige **mindestens eine in Vollzeit*** tätige Diabetesberaterin DDG bzw. entsprechende Teilzeitkräfte, die eine kontinuierliche nichtärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschließlich Schulungen) sicherstellt.

Vor- und Nachname der Diabetesberaterin	Angabe der Wochenarbeitszeit

Kopien der Qualifikation des v. g. Personals und der Beschäftigungsnachweise sind beizufügen

Ich verpflichte mich, personelle Änderungen der KV Nordrhein unverzüglich mitzuteilen.

Zusätzlich bestätige ich die Zusammenarbeit mit

einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistent/in

einem medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen/in

Eine Kooperationsvereinbarung bzw. der Arbeitsvertrag und der Qualifikationsnachweis eines/ Oecothrophologen/ einer Oecothrophologin und eines Podologen/ einer Podologin sind auf Nachfrage der KV Nordrhein einzureichen.

**Zusatzanforderungen
für die Durchführung von Schulungen**

Für die Durchführung der jeweiligen Schulungs- und Behandlungsprogramme sind die entsprechenden Nachweise über die Schulungsberechtigungen sowohl vom Arzt als auch vom nichtärztlichen Personal vorzulegen.

Weitere Informationen zu den Schulungs- und Behandlungsprogrammen finden Sie unter:

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab1.pdf

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2021/Verguetungsvertrag_DMP_Diab2.pdf

Räumliche/Apparative Voraussetzungen

Ich verfüge über Schulungsräumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Gruppen- und Einzelschulungen, Projektionsmöglichkeiten,

**Zusatzanforderungen
zur Leistungserbringung im Bereich des diabetischen Fußsyndroms**

Personelle Qualifikation

Ich verfüge über die Zertifizierung / Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms
(Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes - EBM 02311)

Ich verfüge über medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz zur lokalen Wundversorgung

Kopien der Qualifikation des v. g. Personals und der Beschäftigungsnachweise sind beizufügen

Räumliche/Apparative Voraussetzungen

Ich verfüge über die notwendige Apparative Ausstattung (Anlage 1 der Vereinbarung)

- z. B. Behandlungsstuhl oder -liege
- Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall und Photodokumentation)
- Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium)

Zusammenarbeit

Ich arbeite 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")

Apparative Ausstattung

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes)

Blutdruckmessung gem. den internationalen Empfehlungen	<input type="checkbox"/>
24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)	<input type="checkbox"/>
Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmungen (vorrangig im venösen Plasma) und HbA1c-Messung	<input type="checkbox"/>
EKG / Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mind. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)	<input type="checkbox"/>
Sonographie, Doppler- und Duplexsonographie	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)	<input type="checkbox"/>

Zusatzanforderungen

Hospitation*

Alle drei Jahre muss von jedem teilnehmenden Arzt je eine eintägige aktive (Antragsteller hospitiert) und passive Hospitation (Antragsteller wird hospitiert) durch einen/e Arzt/ Ärztin und Diabetesberater/-in bzw. Diabetesassistent/in erfolgen.

Zur Hospitation gehört ein gemeinsames Abschlussgespräch.

Über die Hospitation ist ein Hospitationsbericht anzufertigen. In dem Bericht muss das Datum, die Zeitdauer der Hospitation, die hospitierte wie auch die hospitierende Einrichtung und das aktiv hospitierende Mitglied eindeutig beschrieben sein. Aus dem Bericht sollten die Rahmenbedingungen der Einrichtung (Strukturqualität), der Ablauf der Hospitation wie auch eine Einschätzung der Stärken und Schwächen der Einrichtung ersichtlich sein. Der Bericht wird der hospitierten Einrichtung anschließend ausgehändigt bzw. zugesandt. Er muss von beiden Seiten unterschrieben sein.

Die Hospitation muss durch von der KVNO anerkannte diabetologischen Schwerpunktpraxis durchgeführt werden.

Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen).

Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 25 km liegen, darunterliegende Entfernungen sind zu begründen

Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

an jährlichen zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen in einem Umfang von mindestens 30 Fortbildungspunkten teilzunehmen.

dafür zu sorgen, dass gemeldete Diabetesberater/Innen jährlich an mindestens einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildung teilnehmen wird.

meine Nachweise sowie die Nachweise für jede/n gemeldete/n Diabetesberater/in jährlich der KV Nordrhein nachzuweisen.

die schriftliche Information durch das DMP-Arztmanual zu Beginn der Teilnahme zur Kenntnis genommen zu haben.

* Nachweis über die Hospitation ist der KV vorzulegen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich

- Das Vorhalten der in Anlage 1a unter Nr. 5 genannten Ausstattung und Erfüllung der sonstigen Anforderungen.
- Meine fortlaufenden Informationen durch die tagesaktuelle Webseite der KV Nordrhein während der Teilnahme.
- Die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln.
- Die Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung.
- Die Behandlung von Patienten mit Insulinpumpen.
- Die Betreuung von schwangeren insulinpflichtigen Diabetikerinnen und die Zusammenarbeit mit einem Perinatal-Zentrum.
- Mein Einverständnis zur Weitergabe bzw. Veröffentlichung meiner Adresse auf den Internetseiten der KV Nordrhein zum Zwecke der Patientenzuweisung.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des jeweiligen 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 an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 25 Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert. 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.

Teilnahmeerklärung zu den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationen 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, 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 der Disease-Management-Programme, 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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und

- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte 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 Verarbeitung unterrichte.

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 Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der 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 Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
Praxisinhabers/in

Ort, Datum

Unterschrift des/der angestellten
Arztes/Ärztin

Arztstempel: