

Hauptabteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

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

Ansprechpartner: Britta Wolf  
 Telefon: (0211) 5970-8527  
 Telefax: (0211) 5970-9997  
 E-Mail: diabetes@kvno.de

## DMP Diabetes mellitus Typ 1 als Diabetologisch qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung

**Der Antrag wird gestellt für:**

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen <b>oder</b> angestellt <b>oder</b> 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

Diabetologisch qualifizierter Facharzt / Fachärztin für Kinderheilkunde mit einer dem Diabetologen DDG vergleichbaren Fort- und/oder Weiterbildung

oder

(in Einzelfällen mindestens ein)  
Diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit einer dem Diabetologen DDG vergleichbaren Fort- und/oder Weiterbildung

oder

die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“

oder

die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit den Zusatzweiterbildungen (Kinder-) Endokrinologie und/oder Diabetologie

Darüber werden folgende Voraussetzungen erfüllt

Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 in den letzten 12 Monaten.

und

Information über das DMP-Praxismanual ist erfolgt

und

Teilnahme an mindestens einer jährlichen Fortbildung

oder

Teilnahme an regelmäßigen diabetes-spezifischen Qualitätszirkeln, mindestens zweimal jährlich

## Personelle Voraussetzungen

Ich beschäftige **mindestens eine** Diabetesberaterin DDG, die eine kontinuierliche nichtärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschließlich Schulungen) sicherstellt.

**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

**Eine Kooperationsvereinbarung bzw. der Arbeitsvertrag und der Qualifikationsnachweis eines/ Oecothrophologen/ einer Oecothrophologin 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_Diab1.pdf)

### Räumliche Voraussetzungen

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

### Apparative Ausstattung

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

Blutdruckmessung gem. den internationalen Empfehlungen

24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmungen (vorrangig im venösen Plasma) und HbA1c-Messung

EKG

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

Sonographie, Doppler- und Duplexsonographie

### Verpflichtungen

Ich verpflichte mich

an jährlich mindestens einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen oder zweimal jährlich an Qualitätszirkeln teilzunehmen.

dafür zu sorgen, dass **die** gemeldete Diabetesberaterin jährlich an mindestens einer zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildung teilnehmen wird.

meine Nachweise sowie die Nachweise für jede gemeldete Diabetesberaterin jährlich der KV Nordrhein nachzuweisen.

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

## 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 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.

## Teilnahmeerklärung zu dem Programm Diabetes mellitus Typ 1

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. DMP-Praxismanual 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 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 Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. der Arztname in dem „Leistungserbringerverzeichnis“ veröffentlicht werden.
2. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
3. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
4. teilnehmende Leistungserbringer 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:

