



Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme als
Diabetologische Schwerpunktpraxis an der Vereinbarung zur
Optimierung der Versorgung von Typ 1- und Typ 2 Diabetikern im
Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

**Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund**

Faxnummer: 0231/9432-1569



**Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder
vollständig und leserlich ausgefüllt werden.**

Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen **oder** angestellt ab:
oder persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

und

- die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie

oder

- die Zusatzweiterbildung Diabetologie

oder

- die Zusatzweiterbildung Diabetologe DDG

und die

- die Schulungsberechtigungen (Die Durchführung der Schulungs- und Behandlungsprogramme erfolgt gemäß DMP-A-RL)

und

- den Nachweis über eine eintägige aktive (Antragsteller hospitiert) und passive Hospitation (Antragsteller wird hospitiert) durch einen/e Arzt/ Ärztin und Diabetesberater/-in bzw. Diabetesassistent/in.

(Die Hospitation darf bei Antragstellung nicht älter als 18 Monate sein (Datum und Unterschriften auf dem Hospitationsbogen). Die Hospitationsorte sollten in einer Entfernung über 50 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.)

Kopie der Zusatzweiterbildung sowie der v.g. Bescheinigung sind beigelegt.

Mein Tätigkeits-/Beschäftigungsumfang beträgt:

Vollzeittätigkeit:

Teilzeittätigkeit: Stunden pro Woche

Es wird gewährleistet, dass durch die Beteiligung von maximal 2 diabetologisch qualifizierten Ärzten mit einer Anerkennung als DSP summarisch die erforderliche Vollzeittätigkeit gewährleistet ist und eine kontinuierliche ärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschl. Schulungen) sichergestellt wird.

Zusatzanforderungen

zur Leistungserbringung im Bereich des diabetischen Fußsyndroms (DFS)

Ich verfüge über die Zertifizierung der Arbeitsgemeinschaft der DDG als ambulante Fußbehandlungseinrichtung sowie über ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit DFS

Zum Nachweis ist die Kopie der Anerkennung der DDG beigelegt.

Ich verfüge über die notwendige Apparative Ausstattung (Anlage 6 der Vereinbarung):

- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament).
- Doppler- oder Duplexsonographie
- Behandlungsstuhl mit ausreichender Lichtquelle
- Voraussetzungen für erforderliche therapeutische Maßnahmen (z.B. steriles Instrumentarium)
- Fotodokumentation

Personelle Voraussetzung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich beschäftige **mindestens eine in Vollzeit** (38,5 Wochenarbeitsstunden) tätige Diabetesberaterin DDG bzw. entsprechende Teilzeitkräfte, die eine kontinuierliche nichtärztliche Betreuung der Diabetiker während der Sprechstundenzeiten (einschl. Schulungen) sicherstellt.

(Anteilige DSP-Anerkennungen müssen jeweils im gleichen Verhältnis anteilige Diabetesberaterinnen vorhalten und nachweisen.)

Vor-, Nachname der Diabetesberaterin	Vollzeit* mit Angabe der Wochenarbeitszeit	Teilzeit* mit Angabe der Wochenarbeitszeit

*Zwischen den Vertragspartnern wurde die Vollzeit mit 38,5 Stunden pro Woche definiert.

Ich verfüge über medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung

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

Ich verpflichte mich, personelle Änderungen der KVWL unverzüglich mitzuteilen.

Zusätzlich bestätige ich die Zusammenarbeit mit

- einer Ökotrophologin oder einer Diätassistentin
- einem medizinischen Fußpfleger bzw. Podologen

Patientenschulungen

Folgende Patientenschulungen gemäß DMP-A-RL bzw. nach Anlage 18 „Patientenschulungen“ der Diabetesvereinbarung sollen in der Praxis durchgeführt werden:

(Bitte die entsprechenden Schulungsprogramme angeben. Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte eine zusätzliche Aufstellung dem Antrag bei.)

Kopien der jeweiligen Qualifikationen (Arzt/Diabetesberaterin) sind beizufügen.

Kooperationen

Es bestehen Kooperationen mit einem:

Bitte leserlich den Vor- und Nachnamen sowie den Ort des Kooperationspartners angeben

Augenarzt

Nephrologen

Psychologen

Angiologen **oder** interventionellem Radiologen

Chirurgen/Gefäßchirurgen

Kardiologen

Pädiater (zur Sicherstellung der Versorgung von Neugeborenen bei Müttern mit Gestationsdiabetes)

Orthopädieschumacher

Verpflichtungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich verpflichte mich an

- jährlichen zertifizierten diabetesspezifischen Fortbildungen in einem Umfang von mindestens 30 Fortbildungspunkten teilzunehmen
- dafür zu sorgen, dass **jede** gemeldete Diabetesberaterin an mindestens einer Diabetesfortbildungsveranstaltung teilnehmen wird.

Meine Nachweise sowie die Nachweise für jede gemeldete Diabetesberaterin werde ich **jährlich nach Aufforderung** vorlegen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- Das Vorhalten der in Anlage 1a unter Nr. 5 genannten Ausstattung und Erfüllung der sonstigen Anforderungen
- Die 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms in der Einstellungsphase
- Meine fortlaufende Informationen durch die tagesaktuelle Webseite der KVWL 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 KVWL sowie im Leistungserbringerverzeichnis zum Zwecke der Patientenzuweisung.

Hinweis: Mir ist bekannt, dass ich als DSP verpflichtend am DMP Typ 1 und DMP Typ 2 teilnehmen muss. Die entsprechenden Anträge (Anlage 10 ff.) sind beigelegt.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)