Anlage 6

A n t r a g

auf Genehmigung zur Teilnahme als
Diabetologische Schwerpunktpraxis

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

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

Faxnummer: 0231/9432-1569
E-Mailadresse: versorgungsqualitaet@kvwl.de

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 ***oder*** persönlich ermächtigt	ab:	
Anstellung	bei:	
Facharztanerkennung	als:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit:		

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des DMP zur Verbesserung der Versorgungssituation von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise 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. Mir ist bekannt, dass ich zum Programmteil umfangreiche tagesaktuelle Informationen auf den Internetseiten der KVWL erhalte.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 20, die von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV, einzuhalten.

Ich weiß, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von dem Patienten und mir unterschrieben sein muss, bevor ich die Erstdokumentation erstelle und - am besten zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung - an die Datenstelle weiterleite.

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 beigefügt. ☐

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 beigefügt. ☐

Ich verfüge über die notwendige Apparative Ausstattung (Anlage 5 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 d**ie 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 bestätigte ich die Zusammenarbeit mit

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

Patientenschulungen

Folgende Patientenschulungen gemäß DMP-A-RL bzw. nach Anlage 14 „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)	
Orthopädieschuhmacher	

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. ☐

Erklärung zur DSP und DMP Versorgung
Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- Das Vorhalten der in Anlage 1a unter Nr. 5 genannten Ausstattung und Erfüllung der sonstigen Anforderungen
- Die Teilnahme an der DMP Versorgung in Westfalen-Lippe zur Förderung der DMP nach § 137 f SGB V für Versicherte mit Dm 1/Dm 2
- 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.
- Des Weiteren erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe bzw. Veröffentlichung der folgenden Daten im Teilnehmerverzeichnis unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen:
  - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
  - lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer,
  - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und
  - Versorgungsebenen und Berechtigungen im Rahmen des DMP.

Ort u. Datum

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