

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen des strukturierten Behandlungsprogramms DMP Diabetes mellitus Typ 1.

Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4

liegt der KVS vor im Original beigelegt

2 Fachliche Voraussetzungen

Die Voraussetzungen in Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“ werden erfüllt.

2.1 Facharzt

- FA f. Allgemeinmedizin
- FA f. Innere Medizin (hausärztliche Versorgung)
- FA f. Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

2.2 Genehmigung KVS

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

3 Apparativ-technische Voraussetzungen

Die folgende apparative Ausstattung ist vorhanden:

- Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandard
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung im venösen Plasma mit verfügbarer Labor- methode zur Blutglukosebestimmung* und HbA1c-Messung*
- Elektrokardiografie (EKG)*
- Sonographie*
- Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Reflexhammer, Stimmgabel, Monofilament)

*kann auch als Auftragsleistung vergeben werden

4 Räumliche/ organisatorische Voraussetzungen

4.1 Patientenschulungen gemäß Anlage 13 (optional)

Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI)

4.1.1 Fachliche Voraussetzungen für die Schulungen:

Nachweis des Leistungserbringers über erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchfüh- rung der Schulung qualifiziert

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

Nachweis des nicht-ärztlichen Personals über erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der Schulung qualifiziert

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

Antrag
auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 für Hausärzte (Anlage 3)

Hinweis:

Der Nachweis über mindestens eine/n Diabetesberater/in oder eine/n Diabetesassistent/in ist keine Voraussetzung für die Patientenschulung „Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI)“.

4.1.2 Organisatorische Voraussetzungen für die Schulungen:

- separater Schulungsraum für Einzel- bzw. Gruppenschulungen ist vorhanden
- Curricula und Medien der entsprechenden Schulung werden vorgehalten

4.2 Kooperationen

Die Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Vertragsarzt erfolgt gemäß Angabe auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 4).

4.3 Nutzung ausgelagerter Praxisräume

ja (nähere Angaben in Punkt 5) nein

5 Nutzung ausgelagerte Praxisräume

Standort:

Bei Nutzung fremder Räume: Nutzungsvertrag

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

6 Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

Die Inhalte des DMP-Vertrages mit Anlagen sowie das FAQ (häufigsten Fragen und Antworten) zu den DMP's in Sachsen wurden zur Kenntnis genommen (veröffentlicht unter www.kvsachsen.de Rubrik Mitglieder/DMP).

Es wird mindestens einmal jährlich eine Teilnahme an einer diabetes-spezifischen Fortbildungsveranstaltung (z.B. Qualitätszirkel) vom Leistungserbringer gegenüber der KV Sachsen bis spätestens 31.01. des Folgejahres ab Vertragsteilnahme nachgewiesen.

7 Nachweiseretzende Erklärung

Der Leistungserbringer erklärt das Vorliegen der apparativen Voraussetzungen unter 3. und der organisatorischen Voraussetzungen für Patientenschulungen unter 4.1.2.



(Arztstempel)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift
(siehe Seite 1 oben)