



## Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme am DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 als diabetologisch qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen

gem. Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 (DMP) zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Primärkrankenkassen und den Landesvertretungen der Ersatzkassen in Sachsen i.d.R. vom 18.12.2006

**Antragsteller/-in:** .....  
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

**Leistungserbringer:** .....  
(sofern abweichend vom Antragsteller -Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

**LANR:** .....

### Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für: .....

ab (Datum): .....

- in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis  
 in einem MVZ  
 im Rahmen einer Angestelltentätigkeit  
 im Rahmen einer Ermächtigung

**Wohnort** (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

### Antrag bezieht sich auf

**Praxis/Betriebsstätte (BSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

BSNR: .....

**Nebenbetriebsstätte (NBSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

NBSNR: .....

### 1 Teilnahmeerklärung gemäß dem Vertrag

- liegt dem Antrag bei
- liegt bereits vor

### 2 Fachliche Qualifikation des Leistungserbringers

(Diabetologisch qualifizierter Pädiater/pädiatrische Einrichtung)

- diabetologisch qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie

Im begründeten Einzelfall

- Diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

und jährliche Behandlung von mindestens 27 Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

### 3 Strukturelle/personelle Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen sind in der Praxis gewährleistet oder werden eingehalten:

Allgemeine Voraussetzungen

- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. frühere Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung zu DMP Diabetes mellitus und/oder Information durch Praxismanual zu Beginn der Teilnahme
- Regelmäßige diabetes-spezifische Fortbildung, z. B. durch die Deutsche Diabetes-Gesellschaft oder andere regionale, durch die KV Sachsen anerkannte Qualitätsszirkel, mindestens einmal jährlich
- Regelmäßige Teilnahme an DPV (Diabetespatientenverlaufsdokumentation und landesweites Benchmarkinginstrument)

Personal (Nachweise bitte beifügen)

- Mindestens eine/n Diabetesberater/in DDG in einer Festanstellung und Vollzeitstelle bzw. entsprechende Teilzeitstellen

oder

- Diabetesassistent/in mit mindestens 2-jähriger Tätigkeit in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis

und Fortbildungsnachweis über Insuline und Insulindosisanpassung (bzw. intensivierete Insulintherapie) oder Fortbildungsnachweis, dass Patientenschulungen in intensivierter Insulintherapie durchgeführt werden können

Zusammenarbeit/Kooperation mit

- einem/r Ökothrophologen/in

oder

- Diätassistenten/in mit Erfahrungen in der Kinderernährung

- Mindestens einmal jährliche Teilnahme des nichtärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen

Apparative/räumliche Ausstattung:

- Durchführung Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
- 24-Stunden-Blutdruckmessung<sup>1)</sup>
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung<sup>1)</sup> und HbA1c-Messung<sup>1)</sup>
- EKG
- Sonographie (Doppler- oder Duplexsonographie)<sup>1)</sup>
- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- Verbandmaterial, Möglichkeiten der sterilen Wundversorgung
- Schulungsraum

Anmerkung: mit <sup>1)</sup> gekennzeichnete Verfahren können auch als Auftragsleistung vergeben werden

#### 4 Erklärung

Die jährliche Teilnahme an diabetes-spezifischen Fortbildungen wird erfüllt, ebenso wird auch die jährliche Fortbildung für das nichtärztliche Personal abgesichert.



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Leistungserbringer(in)  
(sofern abweichend vom Antragsteller)