



**Antrag**

**auf Genehmigung zur Teilnahme am DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 für diabetologische Schwerpunktpraxen**

gemäß Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Primärkrankenkassen und den Landesvertretungen der Ersatzkassen in Sachsen

**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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis                 | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis                |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft  | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung              |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz      | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung                |

**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 Beantragte Leistungen

### 1.1 Teilnahme am DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2

- Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 liegt bei
- Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 wurde bereits bei der KV Sachsen eingereicht

### 1.2 Patientenschulungen

Um die Schulungsberechtigung zu erhalten, fügen Sie bitte den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der Patientenschulungen gemäß dem Vertrag qualifiziert, bei (siehe Punkt 2.2)

- Hypertonie-Schulung
- Typ 2.1 ohne Insulin - MEDIAS 2
- Typ 2.2 ohne Insulin
- Typ 2.1 mit Insulin und MEDIAS 2
- Typ 2.2 mit Insulin und MEDIAS 2

Voraussetzungen unter Punkt 2.2

## 2 Fachliche Voraussetzungen

### 2.1 Fachliche Voraussetzungen des Leistungserbringers

Die in der Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“ geforderten Voraussetzungen werden als

- Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin **oder**
- Facharzt/-ärztin für Innere Medizin (hausärztl. Versorgung) **oder**
- Facharzt/-ärztin für Innere und Allgemeinmedizin **oder**
- Praktischer Arzt / Praktische Ärztin

#### mit der Qualifikation

- Anerkennung als Diabetologe DDG **und/oder**
- Zusatzbezeichnung „Diabetologie“ **und/oder**
- Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie“ bzw. „Endokrinologie und Diabetologie“ **oder**
- vor dem 31.12.2003 die Genehmigung zum Führen einer Schwerpunktpraxis Diabetes in Sachsen

erfüllt.

## 2.2 Fachliche Voraussetzungen bei Durchführung von Behandlungs- und Schulungsprogrammen

Nachstehende Voraussetzungen sind bei Beantragung des jeweiligen Behandlungs- und Schulungsprogramms (Punkt 1.2) zu erfüllen:

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme am Schulungsprogramm vom Leistungserbringer (Nachweis nicht gesondert erforderlich, da im Rahmen der diabetologischen Ausbildung enthalten)

und

- Nachweis über abgeschlossene Ausbildung eines Mitarbeiter des nichtärztlichen Personals zum/r Diabetesassistent/-in DDG oder Diabetesberater/-in DDG, welcher in einer Festanstellung in der Praxis tätig ist (oder entsprechende Teilzeitstellen)

## 3 Apparativ-technische Voraussetzungen

Die in der Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“ geforderten Voraussetzungen zur

- Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards  
 qualitätskontrollierten Methode zur Blutzuckermessung  
 Elektrokardiografie (EKG)  
 Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Reflexhammer, Stimmgabel, Monofilament)  
 Nass-chemische Blutglukosebestimmung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer labormedizinischer Untersuchungen

sind gewährleistet bzw. werden eingehalten.

## 4 Organisatorische Voraussetzungen

Nachstehende Voraussetzungen sind bei Beantragung von Behandlungs- und Schulungsprogrammen zu erfüllen:

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

## 5 Personelle Voraussetzungen

Nachstehende Voraussetzung ist in der Praxis gewährleistet:

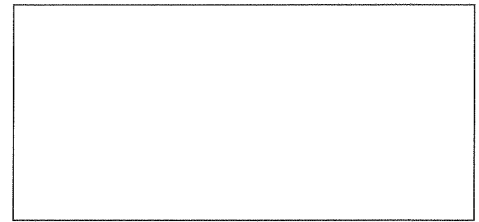
- mindestens ein/e Diabetesassistent/in DDG oder ein/e Diabetesberater/in DDG in einer Festanstellung

## 6 Erklärung des/der Antragstellers/-in

Der Unterzeichner ist darüber informiert, dass die regelmäßige Betreuung von mindestens 250 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal erfolgt (Ausnahmen sind bei regionalen Besonderheiten in Abstimmung mit der Gemeinsamen Einrichtung DMP Sachsen GbR möglich).

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.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.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.



.....  
Ort, Datum

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

Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

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

## **Anlage 4 Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 2

### **Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2**

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Bezirksgeschäftsstelle .....

Postfach .....

(PLZ) (Ort)

#### **Teilnahmeerklärung am Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2**

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben und Kooperationsregeln des Abschnitt II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften 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 Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).
- den in der Anlage 4a "Ergänzungserklärung Leistungserbringer" genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
  - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
  - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und

- Weitergabe von Patientendaten an Dritte  
erfüllen.

- gegenüber der KVS mit der Anlage 4a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass die bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVS in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens, der Schulungsberechtigungen und der Kennzeichnung gemäß § 3 und/oder § 4 des Vertrages in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2“,
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis ambulant“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 4a „Anlage Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“ Diabetes mellitus Typ 2,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten und
- die Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und die Kündigungsfrist vier Wochen zum Ende des Quartals beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Das Praxismanual habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen des Vertrages zwischen der KVS und den Krankenkassen nehme ich

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer)
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer) teil.

Meine lebenslange Arztnummer (LANR) lautet: \_\_\_\_\_

I. Ich möchte **als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3** des Vertrages teilnehmen.



Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Ich genehmige hiermit den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 21 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 21 des Vertrages,
  - der Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR
  - der Gemeinsamen Einrichtung DMP Sachsen GbR sowie
  - den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden
- spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 21 des Vertrages ,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über die genauen Vertragsinhalte (über Abdruck/Internetseite o. a.) zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR, die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR und die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR 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 Vertrages zu informieren.

oder

II. Ich möchte **als Vertragsarzt einer Diabetes-Schwerpunktpraxis gemäß § 4** des Vertrages teilnehmen.



Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über die genauen Vertragsinhalte (über Abdruck/Internetseite o. a.) zu informieren.

oder

III. Ich möchte als **koordinierender Vertragsarzt und Vertragsarzt einer Diabetes-Schwerpunktpraxis gemäß §§ 3 und 4** des Vertrages teilnehmen.



Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Ich genehmige hiermit den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 21 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 21 des Vertrages,
  - der Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR,
  - der Gemeinsamen Einrichtung DMP Sachsen GbR sowie
  - den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden
- spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 21 des Vertrages

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten

Ich hatte die Möglichkeit, mich über die genauen Vertragsinhalte (über Abdruck/Internetseite o. a.) zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR, die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR und die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR 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 Vertrages zu informieren.

IV. Ich möchte für folgende **Betriebstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n)** teilnehmen:

- a) \_\_\_\_\_(BSNR)
- b) \_\_\_\_\_(BSNR)
- c) \_\_\_\_\_(BSNR)
- d) \_\_\_\_\_(BSNR)
- e) \_\_\_\_\_(BSNR)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Vertragsarztstempel