





### 3. Fachliche Voraussetzungen

<b>3.1</b>	<b>Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Facharztbezeichnung, Facharzt für Innere Medizin)</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Fachspezifische Weiterbildung</b> <input type="checkbox"/> Anerkennung Diabetologe DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft) oder <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Diabetologie (BLÄK) und 80-stündiges Curriculum der DDG oder <input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie
<b>3.1.2</b>	<b>Einjährige Tätigkeit</b> <input type="checkbox"/> Nachweis (Zeugnis) über eine mindestens einjährige diabetologische Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung innerhalb fünf Jahre vor Antragstellung (ausgestellt vom anleitenden Diabetologen).
<b>3.1.3</b>	<b>Internistische Weiterbildung</b> <input type="checkbox"/> Für Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Facharztbezeichnung: Nachweis (Zeugnis) einer mindestens zweijährigen internistischen Weiterbildung gemäß Weiterbildungsordnung für Ärzte
<b>3.1.4</b>	<b>Nachweis der Schulungsqualifikation</b> <input type="checkbox"/> Zertifikat über das Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ICT) bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP) oder <input type="checkbox"/> Zertifikat über die LINDA – Diabetes-Selbstmanagement-Schulung für ICT (intensivierete Insulintherapie) Patienten, Fa. Diabetesbedarf, Forchheim oder <input type="checkbox"/> PRIMAS-Basisschulung
<b>3.1.5</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nachweis über die Beschäftigung von nichtärztlichem Personal</b> (siehe Anlage A)
<b>3.1.6</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nachweis einer Kooperation</b> (siehe Anlage B)
<b>3.1.7</b>	<b>DMP Diabetes mellitus Typ 1 inklusive Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom für die Betreuung von Erwachsenen - Zusatzbehandlungen (siehe 2.2.1)</b> <input type="checkbox"/> <b>Kinder und Jugendliche (in Einzelfällen)</b> Der leistungserbringende Arzt verfügt über ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 <input type="checkbox"/> <b>Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie</b> Der leistungserbringende Arzt betreut dauerhaft (mindestens seit 12 Monaten) Patienten mit Insulinpumpentherapie und besucht themenbezogene Fortbildungen. Vorliegen des Zertifikates Insulinpumpenschulung CSII. <input type="checkbox"/> <b>Behandlung von schwangeren Patientinnen inkl. Gestationsdiabetes</b> Der leistungserbringende Arzt betreut regelmäßig (mindestens in 2 Quartalen je Kalenderjahr) schwangere Patientinnen und besucht themenbezogene Fortbildungen. Die Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie ist erforderlich.
<b>3.1.8</b>	<b>Optional zur Vermeidung eines Abschlags im Rahmen der Diabetesvereinbarungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Selbstverpflichtungserklärung zur Insulinpumpenqualifikation</b> im Rahmen der Diabetesvereinbarungen (siehe Anlage C und 2.2.1)</li> <li>▪ <b>Selbstverpflichtungserklärung zur Betreuung von Schwangeren</b> mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 sowie Patientinnen mit Gestationsdiabetes im Rahmen der Diabetesvereinbarungen (siehe Anlage D und 2.2.1)</li> </ul>

<b>3.2</b>	<b>Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin: Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen (siehe 2.2.2)</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Fachspezifische Weiterbildung</b> <input type="checkbox"/> Anerkennung als Diabetologe DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft) oder <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Diabetologie (BLÄK) oder <input type="checkbox"/> 80-stündiges Curriculum der DDG oder <input type="checkbox"/> Schwerpunktbezeichnung Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie
<b>3.2.2</b>	<b>Einjährige Tätigkeit</b> <input type="checkbox"/> Nachweis (Zeugnis) über eine mindestens einjährige diabetologische Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung
<b>3.2.3</b>	<b>Nichtärztliches Personal</b> <input type="checkbox"/> Beschäftigung eines Diabetesberaters DDG oder Personal mit einer dem Diabetesberater DDG vergleichbaren Qualifikation oder eine Fachkraft für pädiatrische Ernährungsberatung in der Praxis (Sollvorschrift) oder <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit/Kooperation mit einem Ökothrophologen oder Diätassistenten für den Fall, dass kein Diabetesberater DDG nachgewiesen ist.
<b>3.2.4</b>	<b>Zusatzbehandlungen</b> <input type="checkbox"/> <b>Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie</b> Der leistungserbringende Arzt betreut dauerhaft (mindestens seit 12 Monaten) Patienten mit Insulinpumpentherapie und besucht themenbezogene Fortbildungen. Vorliegen des Zertifikates Insulinpumpenschulung CSII. <input type="checkbox"/> <b>Behandlung von schwangeren Patientinnen</b> Der leistungserbringende Arzt betreut regelmäßig (mindestens in 2 Quartalen je Kalenderjahr) schwangere Patientinnen und besucht themenbezogene Fortbildungen. Die Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie ist erforderlich.
<b>3.3</b>	<b>Für DMP Asthma/COPD - koordinierender Arzt (siehe 2.3)</b> <input type="checkbox"/> <b>Nachweis eines Spirometers mittels Anlage E Bestätigung Spirometer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für den Fall, dass der KVB weniger als vier Abrechnungsquartale zur Verfügung stehen, erfolgt der Nachweis durch Einreichung eines Kaufbelegs oder Wartungsprotokolls aus den letzten 2 Jahren für die beantragte Betriebsstätte.</li> <li>▪ Bei Übernahme des Spirometers erfolgt der Nachweis durch eine Bestätigung mittels der genannten Anlage E</li> <li>▪ Bei portablem Spirometer erfolgt der Nachweis durch Auflistung der Betriebsstätten, an denen es verwendet wird.</li> </ul>
<b>3.4</b>	<b>Für DMP Asthma/COPD - koordinierender Arzt und Pneumologisch qualifizierter Facharzt (siehe 2.3)</b> Zertifikat des Curriculums Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer oder Vergleichbares

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass der leistungserbringende Arzt das Praxismanual unter <http://www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/dmp> für das beantragte DMP erhalten und zur Kenntnis genommen hat.**

- Ich habe den DMP-Plattformvertrag zur Kenntnis genommen.
- Ich erkenne die im Anhang dargelegte Verpflichtung zur Einhaltung der Vorschriften des Datenschutzes und - im Falle der Tätigkeit als koordinierender Arzt - die Regelungen zur Beauftragung der Datenstelle und zur elektronischen Dokumentation, als für mich rechtsverbindlich an.
- Ich willige in die im Anhang beschriebene Datenweiterleitung ein.


Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.


Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigte / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Anstellung zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
1) Bescheinigungen/Nachweise je nach Grund der Antragstellung, siehe unter Punkt 3. Fachliche Voraussetzung	<input type="checkbox"/>
2) Anlagen A – E	<input type="checkbox"/>

### Genehmigungsantrag – Anhang –



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Die Checkliste beinhaltet nur eine Übersicht einzureichender Unterlagen. Die genauen Teilnahmebedingungen finden Sie im DMP-Plattformvertrag und in der Diabetesvereinbarung KVB/LKK.

Ich bestätige, dass

- ich auf den Erhalt der Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz) und auf die Möglichkeit der Zusendung der Informationen in Textform durch die KVB hingewiesen wurde,
- ich umfassend über die Ziele und Inhalte der DMP informiert wurde,
- mir hierbei die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten medizinischen Inhalte und die geltenden Therapieziele transparent dargelegt worden sind,
- ich die Regelungen des DMP-Plattformvertrages, insbesondere bezüglich der medizinischen Inhalte gemäß § 11, der Aufgaben des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV einhalte.

### Datenschutzrechtliche Erklärung:

Weiterhin bestätige ich, dass ich im Rahmen des DMP

- bei der Tätigkeit die für die Verarbeitung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften der DSGVO (§ 22 DSG) und die besonderen sozial-rechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung (SGB X) beachte und die hierfür erforderlichen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Art. 32 DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1 und 2 DSGVO herstelle und einhalte,
- die im Rahmen des DMP-Plattformvertrags bekanntwerdende Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich behandle und nicht an Dritte weitergebe. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses DMP-Plattformvertrages hinaus,

- gemäß Art. 9 Abs. 3 DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einsetze, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus,
- einmalig vor der Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole (Unterschrift des Patienten auf seiner Teilnahmeerklärung) und
- den Patienten schriftlich über jede Übermittlung von Dokumentationsdaten unterrichte.

Ich willige ein,

- dass die Teilnahmedaten gemäß dem Verzeichnis über teilnehmende Leistungserbringer nach § 10 des DMP-Plattformvertrages veröffentlicht werden.
- dass diese "Leistungserbringerverzeichnisse" regelmäßig an die teilnehmenden Ärzte und Krankenkassen, an die Datenstelle, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern, an die BKG e. V., an das Bundesversicherungsamt (BVA), ggf. an weitere Aufsichtsbehörden auf Anforderung und an die teilnehmenden Versicherten mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten weitergegeben werden.
- dass die Dokumentationsdaten evaluiert werden und die Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des DMP-Plattformvertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen verwendet werden.
- dass die o. g. Daten auch nach Beendigung der Teilnahme mit dem Stand vor Beendigung der jeweiligen Genehmigung an die Datenstelle, die Krankenkassen, die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern und das BVA weitergegeben werden („historisierte Daten“), damit die Krankenkassen und das BVA insbesondere eine Prüfung der wirksamen DMP-Einschreibung der Patienten vornehmen können und damit die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern u. a. die DMP-Feedbackberichte erzeugen und versenden kann.
- dass die datenschutzrechtliche Erklärung freiwillig erfolgt und jederzeit schriftlich gegenüber der KVB widerrufen werden kann. Geht der Widerruf vor Genehmigungserteilung bei der KVB ein, ist eine Genehmigungserteilung nicht möglich. Ein Widerruf nach Genehmigungserteilung führt zum Widerruf der aufgrund dieser Teilnahmeerklärung ausgesprochenen Genehmigung.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem DMP-Plattformvertrag freiwillig ist und ich meine Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres gegenüber der KVB kündigen kann, die KVB gemäß § 8 über meine Teilnahme an dem DMP-Plattformvertrag entscheidet und im Rahmen des Genehmigungsverfahrens die gemäß § 3 bzw. § 4 des DMP-Plattformvertrages vorausgesetzte Strukturqualität prüft,
- meine Teilnahme an dem DMP-Plattformvertrag mit der Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet bzw. mit dem Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit ruht. Hierbei ist das Datum des rechtskräftigen Bescheides des zuständigen Zulassungsausschusses maßgeblich, mit dem das Ruhen oder die Beendigung der Zulassung ausgesprochen wird,
- für teilnehmende Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen die Vertragsmaßnahmen nach § 14 gelten.

Ich stimme zu, dass die KVB zur Überprüfung der Strukturvoraussetzungen berechtigt ist, eine Praxisbegehung durchzuführen. Eine aktive Mitwirkung sichere ich zu.

Ich bestätige, die geforderte Ausstattung der Betriebsstätte(n) dauerhaft aufrecht zu erhalten.

### **Für Vertragsärzte, die als koordinierender Arzt gemäß § 3 des DMP-Plattformvertrages teilnehmen, gilt:**

Ich bestätige hiermit, dass ich bzw. meine angestellten Ärzte die in den Anlagen 1b, 1d, 2b, 3b bzw. 4b des o. g. DMP-Plattformvertrages aufgeführten Anforderungen an die Strukturqualität des koordinierenden Arztes erfülle(n).

Ich beauftrage die KV als Mitglied der „Arbeitsgemeinschaft DMP Bayern“ die Datenstelle im Eigenbetrieb gemäß § 23 des DMP- Plattformvertrages mit der Durchführung folgender Aufgaben zu beauftragen:

- Prüfung der im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
- Weiterleitung der jeweiligen Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen.

Ich verpflichte mich mit diesem Teilnahmeantrag

- zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Plattformvertrages, insbesondere hinsichtlich der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII
- die Dokumentationsdaten elektronisch zu übermitteln (ausschließlich über eine gesicherte Datenleitung).

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

**Für Vertragsärzte, die nach der zweiten Versorgungsebene gemäß § 4 des DMP-Plattformvertrages teilnehmen, gilt (nur DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK, Asthma/COPD):**

Ich verpflichte mich mit diesem Teilnahmeantrag zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Plattformvertrages. Ich bestätige hiermit, dass ich und/oder meine angestellten Ärzte die in den Anlagen 2c, 3c bzw. 4c des o. g. DMP-Plattformvertrages aufgeführten Anforderungen an die Strukturqualität der zweiten Versorgungsebene erfülle(n).


Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die mich (z. B. neue Betriebsstättennummer) und/oder meine angestellten Ärzte (Beginn/Ende von Anstellungsverhältnissen) betreffen, umgehend der KV schriftlich mitzuteilen. Ich sichere zu, im Fall der Anstellung eines Arztes, diesen zur Einhaltung und Kenntnisnahme der vertraglichen Regelungen zu verpflichten.



## Anlage A

### Erklärung zum nichtärztlichen Personal im Rahmen der Diabetesvereinbarungen und des DMP-Plattformvertrages

<p><b>I.</b></p> <p><b>Für die Teilnahme an den Diabetesvereinbarungen und am DMP-Plattformvertrag relevante Angaben</b></p> <p><b>a)</b></p> <p><b>Qualifikation</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Diabetesberater DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Diabetesassistent DDG</b> Der Diabetesassistent war mindestens zwei Jahre in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis tätig und hat an einer der folgenden Fortbildungen für intensivierete Insulintherapie teilgenommen: Behandlungs- und Schulungsprogramm für ICT, LINDA-ICT, PRIMAS, MEDIAS 2 ICT. Der Diabetesassistent verfügt über eine sechsmonatige Erfahrung in der Durchführung o. g. Behandlungs- und Schulungsprogramme.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ausbildung zum Diabetesberater DDG (maximal für einen Zeitraum von zwei Jahren)</b></p>	
<p><b>b)</b></p> <p><b>Erklärung zu den Arbeitszeiten</b></p> <p><b>Alleiniger diabetologisch besonders qualifizierter Arzt</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin der alleinige diabetologisch besonders qualifizierte Arzt in Einzelpraxis (EP), Gemeinschaftspraxis (GP), Praxisgemeinschaft (PG), Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder in einem Angestelltenverhältnis. Hiermit bestätige ich, dass die Dauer der Arbeitszeit meines nichtärztlichen Personals mindestens der Sprechstundenzeit meiner Praxis entspricht.</p> <p><b>Mehrere diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin mit mindestens einem weiteren diabetologisch besonders qualifizierten Arzt in einer GP, PG, MVZ oder in einem Angestelltenverhältnis tätig. Hiermit bestätige ich, dass die Dauer der Arbeitszeit meines nichtärztlichen Personals mindestens der Sprechstundenzeit unserer Praxis entspricht. Für jeden weiteren diabetologisch besonders qualifizierten Arzt beschäftigen wir jeweils nichtärztliches Personal, deren Arbeitszeit mindestens der Hälfte der Sprechstundenzeit unserer Praxis entspricht.</p>	
<p><b>II.</b></p> <p><b>Für die Höhe der Betreuungspauschale relevante Angabe - siehe auch Punkt I a)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich beschäftige einen Diabetesberater DDG mit mindestens <b>19 Wochenstunden</b>.</p>	

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Von der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben habe ich mich persönlich durch Vorlage des entsprechenden Arbeitsvertrages bzw. der entsprechenden Berufsurkunden und Fortbildungszertifikate überzeugt. Ich teile der KVB unverzüglich mit, wenn ich diese Bestätigung aufgrund von Änderungen nicht mehr aufrechterhalten kann. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben bzw. deren wahrheitswidrige Aufrechterhaltung disziplinar-, zulassungs- und strafrechtliche Folgen haben können.**

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter /  
MVZ-Vertretungsberechtigter

## Anlage B

### Erklärung zur Kooperation im Rahmen der Diabetesvereinbarungen und des DMP- Plattformvertrages

Mit folgenden Partnern kooperiere ich:

1. Podologe oder medizinischer Fußpfleger nach § 124 SGB V
2. Orthopädie-Schuhmacher oder -Schuhtechniker
3. Gefäßchirurg,
4. Chirurg,
5. Orthopäde,
6. Angiologe,
7. interventioneller Radiologie,
8. Mikrobiologielabor
9. Gynäkologen, für den Fall, dass schwangere Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 oder Gestationsdiabetikerinnen behandelt werden

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



## Anlage C

### **Selbstverpflichtungserklärung zur Insulinpumpenqualifikation im Rahmen der Diabetesvereinbarungen**

Diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte ohne Berechtigung zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpentherapie im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 erfolgt ein finanzieller Abschlag bei den Betreuungspauschalen. Diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte ohne diese Berechtigung können den Abschlag vermeiden, indem sie diese Selbstverpflichtungserklärung abgeben.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, alle Patienten, die eine Insulinpumpe haben oder haben müssten, an eine entsprechend qualifizierte Praxis zu überweisen (vgl. Anlage 3 Abs. 7 Nr. 6 der Diabetesvereinbarung mit der AOK Bayern bzw. der Anlage 9 Abs. 5 Nr. 6 der Diabetesvereinbarung mit der BKK, der Knappschaft, der IKK classic sowie dem vdek bzw. der Anlage 7 Abs. 4 Nr. 6 der Diabetesvereinbarung mit der LKK).

Für den Fall, dass ich bzw. das MVZ durch einen angestellten Arzt bzw. einen im MVZ tätigen Arzt an dieser Vereinbarung teilnehme, verpflichte ich mich zu gewährleisten, dass der angestellte Arzt bzw. der im MVZ tätige Arzt in gleicher Weise handelt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



## Anlage D

### Selbstverpflichtungserklärung zur Betreuung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 sowie Patienten mit Gestationsdiabetes im Rahmen der Diabetesvereinbarungen

Diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte ohne Berechtigung zur Behandlung von Schwangeren im DMP Diabetes mellitus Typ 1 erfolgt ein finanzieller Abschlag bei den Betreuungspauschalen. Diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte ohne diese Berechtigung können den Abschlag vermeiden, indem sie diese Selbstverpflichtungserklärung abgeben.

<p><b>1. Für schwangere Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich verpflichte mich, alle schwangeren Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 unverzüglich nachdem eine Schwangerschaft bekannt geworden ist, für die Dauer der Schwangerschaft an eine entsprechend qualifizierte Praxis zu überweisen (vgl. Anlage 3 Abs. 7 Nr. 7 der Diabetesvereinbarung mit der AOK Bayern bzw. der Anlage 9 Abs. 5 Nr. 7 der Diabetesvereinbarung mit der BKK, der Knappschaft, der IKK classic sowie dem vdek bzw. der Anlage 7 Abs. 4 Nr. 7 der Diabetesvereinbarung mit der LKK).</p>
<p><b>2. Für schwangere Patientinnen mit Gestationsdiabetes</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich verpflichte mich, alle Schwangeren mit Gestationsdiabetes unverzüglich nachdem eine Schwangerschaft bekannt geworden ist, für die Dauer der Schwangerschaft an eine entsprechend qualifizierte Praxis zu überweisen (vgl. Anlage 3 Abs. 7 Nr. 7 der Diabetesvereinbarung mit der AOK Bayern bzw. der Anlage 9 Abs. 5 Nr. 7 der Diabetesvereinbarung mit der BKK, der Knappschaft, der IKK classic sowie dem vdek bzw. der Anlage 7 Abs. 4 Nr. 7 der Diabetesvereinbarung mit der LKK).</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Ich werde Patientinnen mit Gestationsdiabetes weiterhin behandeln und bestätige hiermit, dass ich mindestens neun GKV-Patientinnen mit Gestationsdiabetes über die letzten vier Quartale behandelt habe.</p>
<p><b>3.</b> <input type="checkbox"/> Für den Fall, dass ich bzw. das MVZ durch einen angestellten Arzt bzw. einen im MVZ-tätigen Arzt an dieser Vereinbarung teilnehme, verpflichte ich mich hiermit zu gewährleisten, dass der angestellte Arzt bzw. der im MVZ-tätige Arzt in gleicher Weise handelt.</p>

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

Faxnummer: 089/ 57093-61299  
E-Mail: [QS-Team-DMP@kvb.de](mailto:QS-Team-DMP@kvb.de)

### Anlage E - Bestätigung Spirometer

<b>Nutzer des Geräts</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Kaufbeleg oder Wartungsprotokoll liegt bei <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass ich das Spirometer _____ (bitte genaue Bezeichnung angeben) <b>von</b> Titel _____ Name _____, Vorname _____ übernommen habe und an folgender Betriebsstätte einsetzen werde: BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse _____ <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass das Spirometer _____ (bitte genaue Bezeichnung angeben) portabel ist und ich dies an folgenden Betriebsstätten einsetzen werde: BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse _____ BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse _____ BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse _____	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mit dem o. g. Gerät die Darstellung der Flussvolumenkurve, einschließlich in- und expiratorischer Messung sowie die graphische Registrierung und Dokumentation möglich ist.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter/ MVZ-Vertretungsberechtigter

Stempel Antragsteller