

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

**Fax-Nummer: 089/57093-4398**

## Antrag

**auf Teilnahme für diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte am Vertrag über strukturierte Behandlungsprogramme für Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit (DMP-Plattformvertrag zwischen KVB und AOK Bayern, BKK, Knappschaft, IKK classic, vdek) und den Diabetesvereinbarungen (KVB und AOK Bayern, BKK, Knappschaft, IKK classic, LKK, vdek)**

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Antragsteller</b> (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____	(Name der BAG)
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____	(Name des MVZ)
<input type="checkbox"/> Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____	(Name des KH) tt.mm.jj
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
_____ Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift	

<b>Die Antragstellung erfolgt für</b>	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____	tt.mm.jj

**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

2. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

3. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

4. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

**2. Beantragung**

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme an folgenden Vereinbarungen bzw. Programmen:

<b>2.1</b>	<b>DMP Diabetes mellitus Typ 2 / Diabetesvereinbarungen</b>
2.1.1	<input type="checkbox"/> Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag und/oder diabetologisch tätiger Hausarzt gemäß § 1 Diabetesvereinbarung KVB/LKK
2.1.2	<input type="checkbox"/> Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt inklusive Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom gemäß § 4 DMP-Plattformvertrag und Abtragung ausgedehnter Nekrosen (EBM 02311)
<b>2.2</b>	<b>DMP Diabetes mellitus Typ 1 / Diabetesvereinbarungen</b>
2.2.1	<input type="checkbox"/> Koordinierender Arzt (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt) inklusive Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom für die Betreuung von Erwachsenen gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag und Abtragung ausgedehnter Nekrosen (EBM 02311)
	<b>mit folgenden Zusatzbehandlungen:</b>
	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendliche (in Einzelfällen)
	<input type="checkbox"/> Einleitung und Dauerbehandlung mit Insulinpumpentherapie
	<input type="checkbox"/> Behandlung von Schwangeren
2.2.2.	<input type="checkbox"/> <b>Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:</b> Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag
	<b>mit folgenden Zusatzbehandlungen:</b>
	<input type="checkbox"/> Einleitung und Dauerbehandlung mit Insulinpumpentherapie
	<input type="checkbox"/> Behandlung von Schwangeren
<b>2.3</b>	<b>DMP Asthma/COPD</b>
2.3.1	<input type="checkbox"/> Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag <input type="checkbox"/> Koordination Erwachsene <input type="checkbox"/> Koordination Kinder (Kinderärzte)
2.3.2	<input type="checkbox"/> Pneumologisch qualifizierter Facharzt gemäß § 4 DMP-Plattformvertrag <input type="checkbox"/> Behandlung Erwachsene <input type="checkbox"/> Behandlung Kinder
	<b>mit folgender Zusatzbehandlung:</b>
	<input type="checkbox"/> Intensiviertes Beratungsgespräch zur Raucherentwöhnung
<b>2.4</b>	<b>DMP Koronare Herzkrankheit</b>
2.4.1	<input type="checkbox"/> Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag
2.4.2	<input type="checkbox"/> Kardiologisch qualifizierter Facharzt gemäß § 4 DMP-Plattformvertrag für: <input type="checkbox"/> nicht invasive Kardiologie <input type="checkbox"/> invasive Kardiologie (einschließlich nicht invasive Kardiologie)

### 3. Fachliche Voraussetzungen

<b>3.1</b>	<b>Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Facharztbezeichnung, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie)</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Fachspezifische Weiterbildung</b> <input type="checkbox"/> Anerkennung Diabetologe DDG oder <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Diabetologie (BLÄK) und 80-stündiges Curriculum der DDG oder <input type="checkbox"/> Für Internisten: Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung 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>Zweijährige 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
<b>3.1.5</b>	<input type="checkbox"/> <b>Bei erstmaliger Antragstellung:</b> Behandlung von mindestens 100 GKV-Patienten mit Diabetes mellitus
<b>3.1.6</b>	<input type="checkbox"/> <b>Bei erstmaliger Antragstellung:</b> Kontinuierliche Behandlung von mindestens 25 GKV-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1
<b>3.1.7</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nachweis über die Beschäftigung von nichtärztlichem Personal</b> (siehe Anlage A dieses Antrags)
<b>3.1.8</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nachweis einer Kooperation</b> (siehe Anlage B dieses Antrags)
<b>3.1.9</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>Betreuung von Kindern und Jugendlichen</b> Der leistungserbringende Arzt behandelt jährlich mindestens 15 Kinder und/oder Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1. <input type="checkbox"/> <b>Insulinpumpentherapie</b> Der leistungserbringende Arzt behandelt jährlich mindestens neun Patienten mit Insulinpumpe. Nachweis des Zertifikates Insulinpumpenschulung CSII <input type="checkbox"/> <b>Behandlung von Schwangeren</b> Der leistungserbringende Arzt betreut mindestens neun Patientinnen in drei Jahren. Die Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie ist erforderlich.
<b>Optional zur Vermeidung eines Abschlags im Rahmen der Diabetesvereinbarungen</b>	
<b>3.1.10</b>	<b>Selbstverpflichtungserklärung zur Insulinpumpenqualifikation</b> im Rahmen der Diabetesvereinbarungen (siehe Anlage C dieses Antrages und Punkt 2.2.1)
<b>3.1.11</b>	<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 dieses Antrages und Punkt 2.2.1)

<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 Diabetologe DDG oder <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Diabetologie (BLÄK) oder <input type="checkbox"/> 80-stündiges Curriculum der DDG oder <input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. 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 oder <input type="checkbox"/> regelmäßige Betreuung von mindestens 15 Diabetespatienten im Quartal
<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>Insulinpumpentherapie</b> Der leistungserbringende Arzt behandelt jährlich mindestens neun Patienten mit Insulinpumpe. Nachweis des Zertifikates Insulinpumpenschulung CSII. <input type="checkbox"/> <b>Behandlung von Schwangeren</b> Der leistungserbringende Arzt betreut mindestens neun Patientinnen in drei Jahren.
<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 dem letzten Kalenderjahr 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 (s.2.3)</b> Nachweis der Absolvierung des Curriculums Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer

**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.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Die Checkliste beinhaltet nur eine Übersicht einzureichender Unterlagen. Die genauen Teilnahmebedingungen finden Sie im DMP-Plattformvertrag.

Ich wurde umfassend über die Ziele und Inhalte der DMP informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten medizinischen Inhalte und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Mit diesem Teilnahmeantrag bestätige ich, dass 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 der DMP**

- bei der Tätigkeit die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- einmalig vor der Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole (Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres auf seiner Teilnahmeerklärung),
- dem Patienten jeweils einen Ausdruck der übermittelten Dokumentationsdaten aushändige.

##### **Ich bin einverstanden mit**

- der Veröffentlichung des Vor- und Zunamens (inkl. akademischer und Adelstitel), der Anrede, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ) für den Ort, für den die Genehmigung ausgesprochen wurde, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ) der Hauptbetriebsstätte, des Landkreises, der Nummer des KV-Bezirks, der Telefonnummer, der lebenslangen Arztnummer, der Angabe der Fachgruppe, der Angabe „Angestelltenverhältnis ja/nein“, der Schulungsberechtigungen und der Kennzeichnung gemäß § 3 und/oder § 4 des DMP-Plattformvertrages in dem Verzeichnis über teilnehmende

Leistungserbringer gemäß § 10 des DMP-Plattformvertrages, ggf. der Angabe der Berechtigung zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fuß,

- der Berechtigung zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpentherapie und/oder der Berechtigung zur Behandlung von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1. Die obigen Angaben erfolgen ggf. mit Angabe der jeweiligen Gültigkeitszeiträume,
- der regelmäßigen Weitergabe dieser "Leistungserbringerverzeichnisse" an die teilnehmenden Ärzte und Krankenkassen, an die Datenstelle, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern, an die BKG e. V., an das Bundesversicherungsamt (BVA), auf Anforderung und zu Prüfzwecken auch an das Landesprüfungsamt Bayern und an die teilnehmenden Versicherten mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt V des DMP-Plattformvertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

#### **Ich willige ein,**

- 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, das BVA und an das Landesprüfungsamt Bayern 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.

#### **Mir ist bekannt,**

- 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 dieses Teilnahmeantrages ausgesprochenen Genehmigung.

#### **Mir ist weiterhin bekannt, dass**

- die Teilnahme an diesem DMP-Plattformvertrag und/oder die Teilnahme an den Diabetesvereinbarungen 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 und/oder an den Diabetesvereinbarungen entscheidet und im Rahmen des Genehmigungsverfahrens die gemäß § 3 bzw. § 4 des DMP-Plattformvertrages vorausgesetzte Strukturqualität prüft,
- meine Teilnahme an dem DMP-Plattformvertrag und/oder an den Diabetesvereinbarungen 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 und
- 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, 1c, 1d, 2b, 3b bzw. 4b des o. g. DMP-Plattformvertrages aufgeführten Anforderungen an die Strukturqualität des koordinierenden Arztes erfülle(n).

Ich beauftrage die KVB als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft nach § 31 in meinem Namen, die Datenstelle im Eigenbetrieb gemäß § 23 mit der Durchführung folgender Aufgaben zu beauftragen:

1. Prüfung der im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität
2. Weiterleitung der jeweiligen Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen
3. Weiterleitung der Abrechnungsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

**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 gesicherte Datenleitung oder per E-Mail-Verschlüsselung der DMP-Dokumentationen mit von der KBV zertifizierter Software).

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.

Die Rechtsquellen bzgl. DMP sind unter <http://www.kvb.de/service/rechtsquellen/d> abrufbar.



## 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 oder 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> Vorlage einer Bestätigung des Kursanbieters über die Anmeldung – siehe auch 3.1.7</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 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. Der Nachweis der Behandlung von mindestens neun GKV-Patientinnen mit Gestationsdiabetes über die letzten vier Quartale vor Abgabe dieser Erklärung liegt dem Antrag bei (bitte zum Nachweis eine Liste einreichen, in der anstelle des Patientinnennamens eine Identifikationsnummer sowie das Behandlungsdatum angegeben wird. Die Identifikationsnummer muss von Ihnen der betreffenden Patientin zugeordnet werden. Es muss gewährleistet sein, dass nur von Ihnen nachvollziehbar ist, um welche Patientin es sich handelt).</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

**Anlage E**  
**Bestätigung Spirometer**

Kaufbeleg oder Wartungsprotokoll liegt bei

**oder**

Hiermit bestätige ich, dass ich das Spirometer

\_\_\_\_\_ (bitte genaue Bezeichnung angeben)

von

Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

übernommen habe und an folgender Betriebsstätte einsetzen werde:

BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Adresse \_\_\_\_\_

**oder**

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 \_\_\_\_\_

**und**

Ich bestätige zudem, dass mit dem oben genannten 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**