

Nachweis der Strukturvoraussetzungen fachärztlich/diabetologisch qualifizierter Vertragsarzt

gemäß Anlage 2 des Vertrages über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2
zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände in Bremen und der KVHB

von Frau/Herrn _____

Praxisadresse _____

zur Vorlage bei der Kassenärztliche Vereinigung Bremen.

Strukturvoraussetzungen

Allgemeine Qualifikation

<p>Facharzt für _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Diabetologie gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung innerhalb der letzten acht Jahre (Vorlage Zeugnis)</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung von mindestens 200, davon mindestens 50 insulinbehandelte Diabetiker pro Quartal (Nachweis)</p>	<p>Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin</p> <p><input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Diabetologie gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und – Diabetologie gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung innerhalb der letzten acht Jahre (Vorlage Zeugnis)</p>
--	--

Ärztliche Fortbildung

- Information durch schriftliche Informations- und Schulungsmaterial und die Bestätigung der Kenntnisnahme (siehe Teilnahmeerklärung)

oder

- Teilnahme an der Arztinformationsveranstaltung (Teilnahmebescheinigung beifügen)

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Beurteilung und Behandlung einer Diabeteserkrankung und deren Begleit- und Folgeerkrankungen im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis

- EKG
- 24-Stunden Blutdruck-Messung nach internationalen Standards, ggf. als Auftragsleistung
- Sonographie, Doppler- und Duplexsonographie
- Belastungs-EKG, ggf. als Auftragsleistung
- Stimmgabel **und**
- Reflexhammer **und**
- Monofilament

klinisch-chemische Untersuchungen, ggf. als Auftragsleistungen

- Blutzucker-Bestimmung (qualitätskontrollierte Methode)
- HbA1c

<p>Ich bestätige, dass ich mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Haus- und Fachärzten (z.B. im Rahmen von regionalen Qualitätszirkeln), <input type="checkbox"/> mind. eine/n Diabetesassistent/in oder einer/m Diabetesberater/in, Diabetesberater/in: _____ Diabetesassistent/in: _____ <input type="checkbox"/> Oekotrophologen/in _____ oder Diätassistenten/in: _____ <input type="checkbox"/> Podologen/in, _____ <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten Einrichtung zusammen arbeite. <p>Weiterbildung der Fachkräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass die von mir eingesetzten Fachkräfte regelmäßig an Weiterbildungen teilnehmen und die entsprechenden Teilnahmebescheinigungen bzw. Zeugnisse vorliegen. 	<p>Die Behandlung von Patienten mit Diabetes Typ 2 mit diabetischem Fußsyndrom erfordert besondere Anforderungen. Ich bestätige, dass diese erfüllt sind:</p> <p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ausreichende Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms des diabetologisch verantwortlichen Arztes <input type="checkbox"/> geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung <p>Apparative Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> geeignete Räumlichkeiten (z.B. Behandlungsstuhl oder -liege mit ausreichender Lichtquelle) <input type="checkbox"/> Voraussetzungen für erforderliche therapeutische Maßnahmen (z.B. steriles Instrumentarium) <input type="checkbox"/> angiologische und neurologische Basisdiagnostik (Doppler-/Duplexsonographie, Fotodokumentation)
--	---

- Schulungsraum einschl. Ausstattung (bei Durchführung von Schulungen)

Die übrigen Strukturparameter (u.a. Fortbildungsnachweise) gemäß Anlage 2 DMP-Vertrag werde ich zum gegebenen Zeitpunkt nachweisen.

Datum
Unterschrift

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass es bei Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen zu Sanktionen gemäß § 14 kommen kann.