

Nachweis der Strukturvoraussetzungen

fachärztlich/diabetologisch qualifizierter Vertragsarzt (nach § 4)

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 (als Anlage zur Teilnahmeerklärung)

Strukturvoraussetzungen

Allgemeine Qualifikation

Facharzt für <input type="checkbox"/> Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Diabetologie gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Diabetologie gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer oder <input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und – Diabetologie gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer
--	--

Ärztliche Fortbildung

- Teilnahme an der Arztinformationsveranstaltung
oder
 Information durch schriftliche Informations- und Schulungsmaterial und die Bestätigung von Erhalt und Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung

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 gemäß den internationalen Empfehlungen, ggf. als Auftragsleistung
 Sonographie, Doppler- und Duplexsonographie, ggf. als Auftragsleistung
 Belastungs-EKG, ggf. als Auftragsleistung
 Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

- Blutzucker- und HbA1c Bestimmung (qualitätskontrollierte Methode) mit verfügbarer Labormethode zur nasschemischen Blutglukosebestimmung vorrangig im venösen Plasma, ggf. als Auftragsleistung
- Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz)

<p>Ich bestätige meine Zusammenarbeit 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. einem/r Diabetesassistent/in oder einem/r Diabetesberater/in DDG in Vollzeit oder entsprechenden Teilzeitstellen Diabetesberater/in: _____ Diabetesassistent/in: _____ oder <input type="checkbox"/> einem/r Diabetesassistent/in mit alternativer Mindestqualifikation Diabetesassistent/in _____ oder <input type="checkbox"/> Medizinischem Fachpersonal, dass sich im letzten Abschnitt in der Weiterbildung/Qualifizierung zur/zum Diabetesassistenten/in / Diabetesberater/in (DDG oder KVN oder gleichgestellt) befindet Diabetesberater/in: _____ Diabetesassistent/in: _____ <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung sowie <input type="checkbox"/> eines/r Podologen/in, _____ <small>(keine Nachweispflicht einer Zusammenarbeit für Kinder- und Jugendmediziner)</small> <input type="checkbox"/> eines Orthopädie-Schuhtechnikers oder Orthopädie-technikers <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"/> Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen <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)
---	---

Besondere Anforderungen für die optionale Durchführung von Patientenschulungen

- Fortbildung zur Durchführung von Schulungen (Teilnahmebescheinigung bitte beilegen)
- Schulungsraum einschl. erforderlicher Ausstattung (bei Durchführung von Schulungen in eigener Praxis)

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

Arztstempel

Unterschrift