



## Nachweis der Strukturvoraussetzungen fachärztlich/diabetologisch qualifizierter Vertragsarzt

gemäß Anlage 1 des Vertrages über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Diabetes mellitus Typ 1  
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

**Facharzt für** \_\_\_\_\_

Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie

**oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer

**und**

Behandlung von jährlich mindestens 45, und Schulung von mindestens 20 Patienten mit Diabetes mellitus Typ

#### 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

Labormethode zur nasschemischen

- Blutzucker-Bestimmung (qualitätskontrollierte Methode)
- HbA1c Messung

<p>Ich bestätige, dass ich mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Haus- und Fachärzten (z.B. im Rahmen von regionalen Qualitätszirkeln),</li> <li><input type="checkbox"/> mind. eine/n Diabetesassistent/in oder einer/m Diabetesberater/in, Diabetesberater/in: _____  Diabetesassistent/in: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Oekotrophologen/in _____ oder Diätassistenten/in: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Podologen/in, _____</li> <li><input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten Einrichtung zusammen arbeite.</li> </ul> <p><b>Weiterbildung der Fachkräfte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass die von mir eingesetzten Fachkräfte regelmäßig an Weiterbildungen teilnehmen und die entsprechenden Teilnahmebescheinigungen bzw. Zeugnisse vorliegen.</li> </ul>	<p><b><u>Zusätzliche besondere Fachkenntnisse</u></b></p> <p><b>Besondere Anforderung für die Behandlung von Patienten mit Diabetes Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom:</b></p> <p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ausreichende Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms des diabetologisch verantwortlichen Arztes</li> <li><input type="checkbox"/> geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung</li> </ul> <p>Apparative Anforderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> geeignete Räumlichkeiten (z.B. Behandlungsstuhl oder -liege mit ausreichender Lichtquelle)</li> <li><input type="checkbox"/> Voraussetzungen für erforderliche therapeutische Maßnahmen (z.B. steriles Instrumentarium)</li> </ul> <p><b>Bei Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Betreuung von mind. 9 Patienten mit Insulinpumpen pro Jahr</li> </ul> <p><b>Bei Behandlung von schwangeren Typ 1- Diabetikerinnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Betreuung von mind. 9 schwangeren Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 1 in 2 Jahren</li> <li><input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie</li> </ul> <p><b>Die zusätzlichen besonderen Fachkenntnisse werden gesondert im Leistungserbringerverzeichnis ausgewiesen</b></p>
--	--

- Schulungsraum einschl. Ausstattung (bei Durchführung von Schulungen)

Die übrigen Strukturparameter (u.a. Fortbildungsnachweise) gemäß Anlage 1 DMP-Vertrag werde ich zum gegebenen Zeitpunkt nachweisen.

---

Datum
Unterschrift

**Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass es bei Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen zu Sanktionen gemäß § 13 kommen kann.**