

Selbstauskunft des Krankenhauses (Diabetes mellitus Typ 1)

zur Anlage 1 des Rahmenvertrages gemäß § 137 i.V.m. § 137 g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zu Verbesserung der Versorgung von Typ 1-Diabetikern zwischen den Verbänden der GKV Niedersachsen und der NKG, in Kraft ab 01.01.2007

Diese Selbstauskunft dient als Nachweis der sich aus der Anlage 1 des o. g. Vertrages ergebenden Anforderungen.

1. Behandelte Altersgruppe

- a) Unser Krankenhaus möchte an der Behandlung von Patienten **ab** 16 Jahren mit Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmen ja / nein
- b) Unser Krankenhaus möchte an der Behandlung von Patienten **unter** 16 Jahren mit Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmen ja / nein

2. Fachliche Voraussetzungen des ärztlichen Personals

(Nur zu beantworten wenn Frage 1a) mit „ja“ beantwortet wurde!)

2.1 Fachliche Voraussetzungen des ärztlichen Personals, wenn Patienten **ab** 16 Jahren behandelt werden soll (* *Nachweispflicht durch Zertifikat*)

- a) Diabetologisch qualifizierter Facharzt für Innere Medizin in Vollzeitbeschäftigung mit Fort- und/oder Weiterbildung in Diabetologie vergleichbar mit Diabetologen DDG oder gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer *

Name des Arztes: _____

oder

- b) Diabetologisch qualifizierter Facharzt für Allgemeinmedizin in Vollzeitbeschäftigung mit Fort- und/oder Weiterbildung in Diabetologie vergleichbar mit Diabetologen DDG oder gem. Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer *

Name des Arztes: _____

oder

- c) Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunkt Endokrinologie in Vollzeitbeschäftigung*

Name des Arztes: _____

und

- d) Behandlung von jährlich mindestens 50 Patienten¹ **und** Schulung von mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 (ambulant und/oder stationär) (Fallzahlen unter Vorbehalt)

ja / nein

¹ Es gelten Haupt- und Nebendiagnosen

(Nur zu beantworten wenn Frage 1b) mit „ja“ beantwortet wurde!)

2.2 Fachliche Voraussetzungen des ärztlichen Personals, wenn Patienten *unter 16 Jahren* behandelt werden sollen (* Nachweispflicht durch Zertifikat)

Diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin für Kinderheilkunde mit einer dem Diabetologen DDG vergleichbaren Fort- und/oder Weiterbildung und Behandlung von jährlich mindestens 25 Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 (ambulant und/oder stationär) *

Name des Arztes: _____

2.3 Zusammenarbeit

- a) Die Zusammenarbeit mit den einweisenden niedergelassenen Ärzten sowie koordinierenden Ärzten ist sichergestellt ja / nein
- b) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem Augenarzt gewährleistet ja / nein
- c) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem Nephrologen gewährleistet ja / nein
- d) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem Neurologen gewährleistet ja / nein
- e) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem Angiologen gewährleistet ja / nein
- f) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem Kardiologen gewährleistet ja / nein
- f) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem interventionellen Radiologen gewährleistet ja / nein
- g) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem Chirurgen gewährleistet ja / nein
- h) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem Gefäßchirurgen gewährleistet ja / nein
- i) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem Gynäkologen/ Arzt für Geburtshilfe gewährleistet ja / nein
- j) Im Bedarfsfall ist eine Zusammenarbeit mit einem Orthopädie-Schumacher gewährleistet ja / nein

3. Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals

- a) Wir verfügen über mindestens ein(e/n) Diabetesberater/in DDG oder Diabetesassistent/in KVN in Vollzeitbeschäftigung oder entsprechender Teilzeitbeschäftigung ja / nein
- b) Sicherstellung der Versorgung durch eine/n medizinische/n Fußpfleger/in mit DDG-Qualifikation bzw. entsprechender Qualifikation (Kooperation ist möglich) ja / nein

(Name des Kooperationspartners)

(Angabe ist nur bei stationärer Behandlung Erwachsener erforderlich!)

- c) Sicherstellung der Versorgung mit eine/m Psychologen/in oder Psychotherapeut/in (ärztliche oder psychologische Ausrichtung) (Kooperation ist möglich) ja / nein

(Name des Kooperationspartners)

4. Organisatorische und apparative Voraussetzungen

- a) Wir verfügen über die Möglichkeit zur Durchführung folgender Untersuchungen
- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards ja / nein
 - 24-Stunden-Blutdruckmessung ja / nein
 - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur naßchemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung ja / nein
 - EKG ja / nein
 - Langzeit-EKG ja / nein
 - Belastungs-EKG ja / nein
 - Sonographie ja / nein
 - Doppler- oder Duplexsonographie ja / nein
 - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament, Nadel (spitz-stumpf), Tiefensensibilität (warm-kalt)) ja / nein
- b) Wir verfügen über verschiedene Formen der Injektionshilfen (einschließlich Insulinpumpen) ja / nein
- c) Wir verfügen über einen Verbandswagen zur Grundversorgung diabetischer FüÙe ja / nein
- d) Wir verfügen über adäquate Räumlichkeiten zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms ja / nein

5. Behandlungsbegleitende Patientenschulungen

5.1 Unser Krankenhaus bietet im Zusammenhang mit der stationären Behandlung folgende Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 an:

a) Es muss mindestens eine der folgenden Schulungen verpflichtend angeboten werden:

- ☒ **Schulungsberechtigung durch Zertifikat des Schulungsarztes nachweisen!**
- ☒ **Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen!**

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI)
Name des Schulungsarztes bzw. der Schulungsärzte:

- LINDA – Das Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 1 Diabetes
Name des Schulungsarztes bzw. der Schulungsärzte:

- Diabetesbuch für Kinder (6-12 Jahre) (Schulungsprogramm)
Name des Schulungsarztes bzw. der Schulungsärzte:

UND

- Jugendliche mit Diabetes (13-18 Jahre) (Schulungsprogramm)
Name des Schulungsarztes bzw. der Schulungsärzte:

b) Darüber hinaus werden zusätzlich folgende Schulungen angeboten: (Der Nachweis der

- ☒ **Schulungsberechtigung durch Zertifikat des Schulungsarztes nachweisen!**
- ☒ **Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen!**

- Das strukturierte Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
Name des Schulungsarztes bzw. der Schulungsärzte:

- Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm
Name des Schulungsarztes bzw. der Schulungsärzte:

c) Das nichtärztliche Personal weist die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nach.

ja / nein

- 5.2 Ein geeigneter Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung für Einzel- und Gruppenschulungen in räumlicher Nähe zur Diabetesstation ist vorhanden. ja / nein
- 5.3 Es ist sicher gestellt, dass das angebotene Schulungs- und Behandlungsprogramm in einem Zeitraum von höchstens vier Wochen durchgeführt wird ja / nein
- 5.4 Die Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung erfolgt während des Schulungsprogramms zusammenhängend innerhalb von zwei Wochen ja / nein

6. Fortbildung

Wir stellen sicher, dass das zuständige ärztliche und nicht-ärztliche Personal mindestens einmal jährlich an einer diabetesspezifischen Fortbildung teilnimmt.

7. Qualitätssicherung

Wir beteiligen uns an Maßnahmen der Qualitätssicherung gem. § 135a Abs. 2 SGB V. Es werden dabei jeweils die aktuell auf Bundes- und Landesebene vereinbarten Regelungen berücksichtigt.

Hiermit wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben versichert.

Ort / Datum: _____

Name des Krankenhauses

Unterschrift Geschäftsführung
