

Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Erklärung zu jedem angestellten Arzt

Nachfolgend genannter in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als Hausarzt § 3 Abs. 4 als diabetol. bes. qual. Arzt § 3 Abs. 2 bzw. 3 ab Datum

Folgende fachliche Voraussetzung gemäß **§ 3 Abs. 4** wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

- Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt/Ärztin sowie Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung mit Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor

oder bei Tätigkeit im fachärztlichen Versorgungssektor

- Internist ohne Schwerpunkt oder mit einem Schwerpunkt gem. Ziffer 1 der Anlage 1 **und** dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1

Die Teilnahme erfolgt in Vollzeit (mind. 38,5 Std. / wtl.) **oder**

durch mehrere Teilzeitkräfte (38,5 Std. / wtl.)

Die Erfüllung der wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 38,5 Std. weise ich mit dem beigefügten Arbeitsvertrag nach.

Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 3 Abs. 2 bzw. 3 wird durch den genannten, bei mit angestellten Arzt, erfüllt:

A. Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin oder Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung

Anerkennung als Diabetologe DDG oder

Subspezialisierung Diabetologie oder

Zusatzbezeichnung Diabetologie

und

Dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin

Anerkennung als Diabetologe DDG oder

Subspezialisierung Diabetologie oder

Zusatzbezeichnung Diabetologie oder

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

und

Dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) und regelmäßige Schulung Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

C. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

und

Dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) von und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

D. diabetologisch qualifizierter Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendmedizin:

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

in Einzelfällen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gemäß Anlage 1 dieses Vertrages mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

und

Dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

Der genannte, bei mir angestellte Arzt nach Buchstabe A, B oder C erbringt folgende zusätzliche Leistungen und erfüllt dafür die Anforderungen der Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor:

Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie,

Regelmäßige Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1,

Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom bei ausreichender Erfahrung

Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG Anlage 1 (Fußambulanz)

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR] o.[NBSNR]	als Hausarzt § 3 Abs. 4	als diabetol. bes. qual. Arzt § 3 Abs. 2 bzw. 3	ab Datum			

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Unterschrift anstellender
Arzt/ Leiter der Einrichtung und
Vertragsarztstempel