

Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms 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 strukturierten Behandlungsprogramms 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"/> |
| 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** Behandlung von mindestens 40 Diabetikern pro Quartal, davon mindestens 10 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1
- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß **§ 3 Abs. 2 bzw. 3** wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

A. Facharzt/-ärztin f. Allgemeinmedizin, Praktische/r Ärztin/Arzt oder Ärztin/Arzt ohne Gebietsbezeichnung

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

und

Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

B. Facharzt/-ärztin f. Innere Medizin:

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie **oder**

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

und

Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

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

Behandlung von jährlich mindestens 45 Patienten und Schulung von ca. 20 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

D. diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin f. 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

Behandlung von mindestens 27 Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 pro Jahr

Der genannte, bei mir angestellten 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, Behandlung von jährlich mindestens 10 Patienten

Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1, Behandlung von durchschnittlich 5 Patientinnen in zwei Jahren

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Unterschrift anstellender Arzt/
Leiter der Einrichtung und
Vertragsarztstempel