

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Teilnahme an dem DMP Vertrag Diabetes mellitus Typ 1

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und/oder betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

----------------------	----------------------

Fachrichtung

☐ Vertragsarzt ☐ Angestellter Arzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | | |
|----|-------|--------------------------|
| 1. | | ☐ |
| 2. | _____ | ☐ |
| 3. | _____ | ☐ |
| 4. | _____ | ☐ |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (arztregister@kvhh.de) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Teilnahme als Diabetologische Schwerpunktpraxis gemäß § 3

Voraussetzungen nach Anlage 1

- ☐ Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt
- ☐ Zusatzweiterbildung Diabetologie der Ärztekammer -bitte beifügen- oder
- ☐ Anerkennung als Diabetologe DDG -bitte beifügen-
- ☐ Ich verfüge über Erfahrungen in der Betreuung und Behandlung von Typ 1-Diabetikern, Gestationsdiabetikerinnen und Patienten mit seltenen Spezialformen des Diabetes

zusätzlich bin ich qualifiziert zur

- ☐ Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpentherapie
- ☐ Behandlung von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1
- ☐ Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom
- ☐ Mir ist bekannt, dass ich in begründeten Einzelfällen die Betreuung von Kindern und Jugendlichen als koordinierender Arzt übernehmen kann, wenn ich über eine enge Kooperation mit einem/einer am Vertrag teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Pädiater/pädiatrische Einrichtung verfüge.

Ich habe eine enge Kooperation mit folgendem diabetologisch qualifizierten Pädiater/folgender diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Voraussetzungen zur spezialisierten Behandlung des diabetischen Fußsyndroms

- ☐ Alle Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 des Vertrages werden erfüllt
- ☐ Anerkennung als "Zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung DDG"-bitte beifügen-

Nichtärztliche/Personelle Voraussetzungen

- ☐ Mindestens ein(e) Diabetesberater(in) DDG, (insgesamt in Vollzeit, bzw. entsprechende Anzahl Teilzeitstellen). -bitte beifügen-

Teilnahme als Hausarzt an der koordinierenden Ebene gemäß § 3 Abs. 3

Voraussetzungen nach Anlage 2

- ☐ Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin der gemäß § 73 SGB V (hausärztlich)

Ich habe eine enge Kooperation mit folgendem/folgender diabetologisch besonders qualifizierten/qualifizierter Arzt/Einrichtung

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater an der koordinierenden Ebene § 3 Abs. 6

Voraussetzungen nach Anlage 3

- ☐ Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- ☐ Anerkennung als Diabetologe DDG
oder
- ☐ Berechtigung zum Führen der Zusatzweiterbildungen „(Kinder-) Endokrinologie und/oder Diabetologie“ (gemäß Kammerrecht der Ärztekammern) und ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1
- ☐ Ich bin ganz überwiegend diabetologisch spezialisiert tätig
- ☐ Nachweis der interdisziplinären Versorgung in stationär und ambulant vernetzten Diabetes-Teams durch Vorlage eines Kooperationsvertrages

Nichtärztliche/Personelle Voraussetzungen

- ☐ mindestens ein/e Diabetesberater/in DDG (Es sollen ausschließlich DDG-Berater/innen eingesetzt werden, die zugleich Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in sind. Anstellung insgesamt in Vollzeit, bzw. entsprechende Anzahl Teilzeitstellen.) -bitte beifügen-

Schulungsarzt (§ 3 Abs. 7 i. V. m. Anlage 1, 2 oder 3 sowie 8 und 9 des Vertrags).

- ☐ Ich möchte Patientenschulungen gemäß der Anlagen 8 und 9 durchführen. Den dafür vorgesehenen Antrag und die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Bestätigung und Einverständnis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich mich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV verpflichte.
- ich die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms zur Kenntnis genommen habe und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiere und umsetze.
- ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste.
- ich bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken) sowie den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige.
- ich die bei mir angestellten Ärzte, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - o Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
 - o Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - o Weitergabe an Patientendaten an Dritte

erfüllen.

Mir und meinen angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 1-3 arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind,
- Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind,
- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVV schriftlich kündigen kann,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KVV Hamburg nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 11 getroffen werden können (gilt auch für angestellte Ärzte),
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- meine im Rahmen der DMP erhobenen Daten entsprechend der in der RSV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkassen und die KVV weitergeleitet werden.

Ich beauftrage die Datenstelle / die Arbeitsgemeinschaft

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL an die entsprechende Stelle weiterzuleiten.

Ich bestätige, dass ich mit der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt IX und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden bin.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Rechtlicher Hintergrund

Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Bestätigung und Einverständnis

Ich bin einverstanden mit...

- der Veröffentlichung der folgenden Daten im Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 6) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen: Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden, lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer, angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und Versorgungsebenen und Berechtigungen im Rahmen des DMP
- der Veröffentlichung der genannten Daten im Internet (Arztauskunft KVH)
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Hamburg, die Datenstelle, die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das BAS bzw. den Landesprüfdienst, die Krankenhäuser, die Rehabilitationseinrichtungen sowie die teilnehmenden und teilnahmewilligen Versicherten

Die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im Leistungserbringerverzeichnis kann jederzeit widerrufen werden. Mit dem Zugang des Widerrufs bei der KVH endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie,

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem alle entscheidungsrelevanten Unterlagen vorliegen und Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass der vollständige Vertrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 auf der Internetseite der KVH nachgelesen werden kann,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVV ein

BAG

Datum ab

--	--

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten

Anstellungsdatum

--	--

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel

Gebührenformular zur Teilnahme am Vertrag DMP Diabetes Typ 1

Allgemeine Hinweise:

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Name, Vorname des Antragsstellers

Name, Vorname des Angestellten

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Angestellter