

#### ANLAGE 4

### 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 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. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. | _____ | <input type="checkbox"/> |
- 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](mailto: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?

## Fachliche Qualifikation

Ich bin:

- ☐ Arzt ohne Gebietsbezeichnung
- ☐ Praktischer Arzt

Ich bin Facharzt für:

- ☐ Allgemeinmedizin
- ☐ Innere Medizin
- ☐ Pädiatrie

## Teilnahme

Ich beantrage die Genehmigung als

- ☐ **diabetologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 1 des Vertrags)**
  - ☐ und die Durchführung und Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie
  - ☐ und die bei Behandlung von schwangeren Typ 1-Diabetikerinnen
  - ☐ und die Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom
- ☐ Ich versichere, dass ich ganz überwiegend diabetologisch spezialisiert tätig bin und in relevantem Umfang über Erfahrungen in der Betreuung und Behandlung von Typ-1-Diabetikern, Gestationsdiabetikerinnen und Patienten mit seltenen Spezialformen des Diabetes verfüge.

- ☐ 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 qualifizierter Pädiater/folgender diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung

---

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

oder

☐ **diabetologisch qualifizierter Pädiater (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 3 des Vertrags)**

- ☐ Ich versichere, dass ich ganz überwiegend diabetologisch spezialisiert tätig bin und in relevantem Umfang über Erfahrungen in der Betreuung und Behandlung von Typ-1-Diabetikern verfüge.

oder

☐ **hausärztlich tätiger Arzt gemäß § 73 SGB V (§ 3 Abs. 3 i. V. m. Anlage 2 des Vertrags)**

- ☐ Mir ist bekannt, dass ich nur in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung teilnehmen kann.

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

---

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

und

☐ **Schulungsarzt (§§ 3 Abs. 7 i. V. m. Anlage 1, 2 oder 3 sowie 9 und 11 des Vertrags).**

- ☐ Ich möchte Patientenschulungen gemäß der Anlagen 9 und 11 durchführen.  
Den dafür vorgesehenen Antrag und die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

## **Bestätigung und Einverständnis**

### **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass**

- ich das Arztmanual zur Kenntnis genommen habe.

- ich die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele einhalte,
- 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
  - Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
  - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe an Patientendaten an Dritte

erfüllen.

#### **Mir und meinen angestellten Ärzten ist bekannt, dass**

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist;
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 11 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- meine im Rahmen der DMP erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkassen und die KVH weitergeleitet werden.

## **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung und Datenstelle**

### **Den in meinem Namen zwischen**

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft),
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den Krankenkassen in Hamburg

geschlossenen Vertrag (Beauftragungsvertrag Datenstelle) genehmige ich.

Das gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die beteiligten Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt des Vertrages zu informieren.

### **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 i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

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

## Datenschutz

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Anlage 6 in dem Verzeichnis der Leistungserbringer nach § 7 der Vereinbarung
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, die Krankenkassen, die Datenstelle, die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 7 dieses Vertrages sowie auf dem Internetauftritt der KVH.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs 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 Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- ➔ dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- ➔ 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 KVH ein

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| BAG                            | Datum ab    |
| <div></div>                    | <div></div> |
| <b>(Name des Anstellenden)</b> |             |

|                                |                  |
|--------------------------------|------------------|
| Name, Vorname des Angestellten | Anstellungsdatum |
| <div></div>                    | <div></div>      |

**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