

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung
im Fachgebiet der Diabetologie in
Baden-Württemberg nach § 140a SGB V**



Diabetologen eG
Baden-Württemberg



MEDI e.V.
GEMEINSAM. STARK. GESUND.



AOK
BADEN-WÜRTTEMBERG
Die Gesundheitskasse

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten Arzt

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ ermächtigter Arzt

LANR

HBSNR

☐ Mitglied MEDI Baden-Württemberg e.V.

☐ Mitglied Diabetologen Baden-Württemberg eG

Nachname

Vorname

Name MVZ

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)

Telefon

PLZ

Ort

Fax

E-Mail

Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)

Kreditinstitut

IBAN (zwingend erforderlich)

BIC (zwingend erforderlich)

Kontoinhaber

Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e. V. oder des Diabetologen Baden-Württemberg eG werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Diabetologie in Baden-Württemberg nach § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
- ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung sowie zur Behandlung von Gestationsdiabetes (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung (Anlage 2: Fortbildungen und Qualitätszirkel) und dem Modul Diabetes-Technologie (Anlage 2a) sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
- ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
- sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen den MEDIVERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
- der MEDIVERBUND das von der AOK Baden-Württemberg geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
- ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieses Formulars.
- die Prozesse und Behandlungspfade zur rationalen Verordnung von Hilfsmitteln durch den Medizinischen Beirat angepasst werden können.
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis / des MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

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

Teilnahmevoraussetzungen

1. Persönliche Voraussetzungen:

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung).

☐ Ich habe eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung gem. §73 Abs. 1a SGB V als Haus- oder Facharzt. (Nachweis: Selbstauskunft)

Ich habe eine Anerkennung als

- ☐ Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie (Nachweis: Selbstauskunft)
- ☐ Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation (Nachweis: Selbstauskunft ggf. mit Angabe vergleichbare Qualifikation)
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ (Nachweis: Selbstauskunft) und erfülle weitere in Anlage 2 Abschnitt I sowie Anlage 2a genannte Voraussetzungen
- ☐ Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registrierung)
- ☐ Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)

Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist es erforderlich, dass folgende Mindestanzahlen von Behandlungen erfüllt werden:

Ich behandle pro Quartal mindestens: (Nachweis: Selbstauskunft)

- ☐ 40 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1; bzw. erreiche diese Anzahl innerhalb von zwei Jahren
- ☐ 200 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 *
- ☐ Ich nehme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie
- ☐ als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 gemäß § 3 der Vereinbarung DMP DM I AOK teil. (Nachweis: Selbstauskunft); Die Teilnahmepflicht am DMP Diabetes mellitus Typ 2 gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte
- ☐ Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
- ☐ Teilnahme an mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Diabetologievertrages (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- ☐ Teilnahme an mindestens einem strukturierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

Teilnahme an Schulungen:

- ☐ zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit rtCGM (z.B. Spectrum) und
- ☐ zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit Insulinpumpentherapie (z.B. INPUT) gem. Anlage 2a durch den Facharzt und den/die Diabetesberater/in (Nachweis: jeweilige Fortbildungsnachweise)

* Für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte (Erstzulassung) gilt folgende Besonderheit: Die Mindestanzahl an Patienten mit Diabetes mellitus Typ II muss innerhalb eines Jahres nach der Erstzulassung erfüllt werden. Dies gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.

2. Voraussetzungen der Praxis/BAG/MVZ

Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis / BAG betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.

- ☐ Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung an das Internet
- ☐ Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
- ☐ Vertragssoftware ist installiert für AOK Baden-Württemberg Diabetologie
Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
- ☐ Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)
- ☐ Vorhalten eines/r Diabetesberater/in gemäß § 3 lit. o) (z.B. DDG) (Nachweis: Fortbildungsnachweis); mind. eine Vollzeitstelle je teilnehmenden Facharzt bzw. bei BAGs mind. eine halbe Vollzeitstelle je teilnehmendem Facharzt in Anstellung oder Kooperation* (Nachweis: Selbstauskunft und Vorlage Verträge)
- ☐ Teilnahme der Diabetesberater/in an Fortbildungen gem. den Regelungen des VDBD im Umfang von 25 Punkten pro Jahr bzw. 75 Punkten innerhalb von drei Jahren (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
- ☐ Vorhalten einer qualitätsgesicherten Präsenzblutzuckermessung nach Richtlinien der BÄK und HbA1c-POC-Diagnostik (Nachweis: Protokoll der Qualitätssicherungskontrolle nach Richtlinien der Bundesärztekammer (RiLiBÄK))
- ☐ Meine/Unsere Praxis bietet die im Rahmen dieses Vertrages festgelegten Patientenschulungen zur Nutzung von rtCGM und Insulinpumpen an, geeignete Räumlichkeiten sind vorhanden. (Nachweis: Selbstauskunft)

* Für Kinder- und Jugendärzte ist die Anstellung bzw. Kooperation einer/s Diabetesberater/in-Teilzeitkraft ausreichend.

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

- ☐ Ich nehme am DMP Diabetes Typ 1 teil und habe die Genehmigung zur Betreuung von Typ1-Diabetikerinnen mit Kinderwunsch oder bestehender Schwangerschaft gemäß Anlage 1c der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1. (Nachweis: Selbstauskunft) (Voraussetzung für D5)

Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/BAG die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen (vgl. Anlage 12)

Voraussetzungen zur Teilnahme am Modul Diabetischer Fuß

- ☐ Eigenschaft als für einen diabetischen Fuß spezialisierte Einrichtung/Praxis gem. den Anforderungen der DMP-Verträge der AOK BW für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 in der jeweils gültigen Fassung (DMP-Fußambulanz) (Nachweis: Genehmigung der KV oder KV-Abrechnung EBM-Ziffern 99222 und 99223)
- ☐ Vorhalten einer/s Mitarbeiters/-in mit der Qualifikation Wundassistent/-in DDG (oder vergleichbare Qualifikation) im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder eines Kooperationsvertrages (mindestens eine halbe Vollzeitkraft (20 Stunden)) pro an diesem Modul teilnehmenden FACHARZT. Als vergleichbare Qualifikation gilt dabei insbesondere die Qualifikation als Wundexperte/in ICW (Nachweis: Fortbildungsnachweis und Kopie des Anstellungs- oder Kooperationsvertrages)

