

Änderung der Stammdaten

Nachname																															
Vorname																															
LANR																BSNR															

Änderungen gültig ab: _____

Neue Daten *(nur auszufüllen bei Änderungen)*

Straße & Hausnummer																														
PLZ und Ort																														
Telefon																														
Fax																														
E-Mail																														
Bank																														
Kontoinhaber																														
IBAN																														
BIC																														

Wegfall/Zugang von Verbandsmitgliedschaften

Wegfall	Zugang	
☐	☐	Mitgliedschaft MEDI Baden-Württemberg e.V.
☐	☐	Mitgliedschaft Diabetologen Baden-Württemberg eG

Wegfall/Zugang von Abrechnungs- und Teilnahmevoraussetzungen

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
		1. Persönlich
☐	☐	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registereinzug)
☐	☐	Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
☐	☐	Änderung der Fachgruppenzugehörigkeit bzw. der Voraussetzungen zur Abrechnung nach Anlage 12, in _____
☐	☐	Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V
☐	☐	Bereitschaft zum Besuch von mind. 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Diabetologievertrages (gem. Anlage 2)
☐	☐	Teilnahme an mindestens einem strukturierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
☐	☐	Behandlung von 40 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 pro Quartal
☐	☐	Behandlung von 200 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 pro Quartal
☐	☐	Teilnahme an Schulung zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit rtCGM (z.B. Spectrum) gem. Anlage 2a durch den Facharzt (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
☐	☐	Teilnahme an Schulung zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit Insulinpumpentherapie (z.B. Input) gem. Anlage 2a durch den Facharzt (Nachweis: Fortbildungsnachweis)

☐	☐	Teilnahme an Schulung zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit rtCGM (z.B. Spectrum) gem. Anlage 2a durch den/die Diabetesberater/in (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
☐	☐	Teilnahme an Schulung zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit Insulinpumpentherapie (z.B. Input) gem. Anlage 2a durch den/die Diabetesberater/in (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
☐	☐	Teilnehmer des DMP Diabetes mellitus Typ 1
☐	☐	Teilnehmer des DMP Diabetes mellitus Typ 2

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
		2. Praxis / BAG / MVZ
☐	☐	Vorhalten (Beschäftigung und/oder Kooperation) eines/r Diabetesberater/in gemäß § 3 lit. o) (z.B. DDG) (mindestens eine Vollzeitkraft pro FACHARZT; bei Berufsausübungsgemeinschaften mindestens eine halbe Vollzeitkraft pro FACHARZT). Der Umfang der Beschäftigung/Kooperation richtet sich dabei nach der tatsächlichen Sprechstundentätigkeit des FACHARZTES bzw. der Berufsausübungsgemeinschaften unter Beachtung der Vorgaben des BMV-Ä und/oder der Ärzte-ZV* (Nachweise: Weiterbildungszertifikat zum/r Diabetesberater/in (z.B.: vom DDG) sowie Vorlage Arbeitsvertrag oder schriftliche Bestätigung der Arbeitszeit) <u>Bei Zugang bitte ausfüllen:</u> Name, Vorname Diabetesberater/in: _____ Beschäftigungsumfang: _____ <u>Bei Wegfall bitte ausfüllen:</u> Name, Vorname Diabetesberater/in: _____ Abmeldung zum (TT.MM.JJJJ): _____
☐	☐	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-Doagnostik (Nachweis: Protokoll der Qualitätssicherung nach RiLiBÄK)
☐	☐	Meine/Unsere Praxis bietet die im Rahmen dieses Vertrages festgelegten Patientenschulungen zur Nutzung von rtCGM und Insulinpumpen an, geeignete Räumlichkeiten sind vorhanden
☐	☐	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mind. Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL
☐	☐	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
☐	☐	Vertragssoftware vorhanden: Name, Version _____
☐	☐	Ich verpflichte mich zur Nutzung eines Online Keys zur Datenübermittlung
☐	☐	Technische Voraussetzung zur elektronischen Übermittlung von Daten an den von der AOK BW benannten Dienstleister und zur EDV-gestützten Auswertung der Glukose-Selbstkontrolle der Versicherten mit FGM- und rtCGM-Geräte und entsprechende Datenerfassungen (vgl. Anlage 2a)

Wegfall	Zugang	Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen
☐	☐	Zertifiziertes Eversense® CGM-Zentrum (Voraussetzung für D2f) (Nachweis: Zertifikat)
☐	☐	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. (Voraussetzung für D5) (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	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 sozial- versicherungspflichtigen 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) <u>Bei Zugang bitte ausfüllen:</u> Name, Vorname Wundassistent-/in DDG: _____ Beschäftigungsumfang: _____ <u>Bei Wegfall bitte ausfüllen:</u> Name, Vorname Wundassistent-/in DDG: _____ Abmeldung zum (TT.MM.JJJJ): _____

Mit der Angabe der Daten willigen Sie ein, dass die Informationen in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht werden und ggf. an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt werden.

Datum _____

Unterschrift Vertragsarzt _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)

Nehmen Sie noch nicht an der Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) teil, möchten diese aber nutzen, beantragen Sie bitte die Teilnahme mit folgender Erklärung. Die Zulassung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) erfolgt in einem separaten Schreiben.

Teilnahmeerklärung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

- ☐ Hiermit trete ich der Vereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelten Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
 2. eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben. (Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der Krankenkasse immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das FacharztProgramm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- ich meine situativen Abrechnungsdaten immer spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals bei der Managementgesellschaft einreichen muss, da sonst keine Sofortabrechnung nach Einschreibung stattfinden kann.
- eine Korrektur oder Nachabrechnung für situative Abrechnungsdaten grundsätzlich nicht möglich ist.
- der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d.h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Ziffernkranzes mehr gegenüber der KVBW abrechnen kann.
- dass ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- dass meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die Krankenkassen und die KV gemeldet wird.
- Die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung tritt mit Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft.

Datum _____

Unterschrift Vertragsarzt _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)