

## Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms 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 Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

\_\_\_\_\_

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** dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1

Die Teilnahme erfolgt in Vollzeit (mind. 38,5 Std. / wtl.) **oder**

durch mehrere Teilzeitkräfte (38,5 Std. / wtl.)

Die Erfüllung der wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 38,5 Std. weise ich mit dem beigefügten Arbeitsvertrag nach.

Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 3 Abs. 2 bzw. 3 wird durch den genannten, bei mit angestellten Arzt, erfüllt:

#### **A. Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin oder Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung**

Anerkennung als Diabetologe DDG oder

Subspezialisierung Diabetologie oder

Zusatzbezeichnung Diabetologie

**und**

Dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

#### **B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin**

Anerkennung als Diabetologe DDG oder

Subspezialisierung Diabetologie oder

Zusatzbezeichnung Diabetologie oder

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

**und**

Dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) und regelmäßige Schulung Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

**C. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie**

**und**

Dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) von und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1

**D. diabetologisch qualifizierter Facharzt/ärztin für 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**

Dauerhafte Behandlung (seit mindestens 12 Monaten) von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

**Der genannte, bei mir angestellte 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,

Regelmäßige Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1,

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

Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG Anlage 1 (Fußambulanz)

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms 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"/>	<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		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anstellender  
Arzt/ Leiter der Einrichtung und  
Vertragsarztstempel