

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an Schulung zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit rtCGM (z.B. Spectrum) gem. Anlage 2a durch den/die Diabetesberater/in (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an Schulung zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit Insulinpumpentherapie (z.B. Subito, Input) gem. Anlage 2a durch den/die Diabetesberater/in (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnehmer des DMP Diabetes mellitus Typ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnehmer des DMP Diabetes mellitus Typ 2

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
		2. Praxis / BAG / MVZ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorhalten einer qualitätsgesicherten Präsenzblutzuckermessung nach Richtlinien der BÄK und HbA1c-POC-Diagnostik (Nachweis: Protokoll der Qualitätssicherung nach RiLiBÄK)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meine/Unsere Praxis bietet die im Rahmen dieses Vertrages festgelegten Patientenschulungen zur Nutzung von FGM, rCGM und Insulinpumpen an, geeignete Räumlichkeiten sind vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mind. Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertragssoftware vorhanden: Name, Version _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konnektor/Online-Key ist vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 rCGM-Geräte und entsprechende Datenerfassungen (vgl. Anlage 2a)

Wegfall	Zugang	Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zertifiziertes Eversense® CGM-Zentrum (Voraussetzung für D2f) (Nachweis: Zertifikat)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 DGG: _____ 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 73c-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)