

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Faxnummer: 089/ 57093-61299
E-Mail: QS-Team-DMP@kvb.de

Antrag

auf Teilnahme am Vertrag über strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) für Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit (KHK) nach dem DMP-Plattformvertrag zwischen KVB und AOK Bayern, BKK, IKK classic, Knappschaft, vdek sowie der Diabetesvereinbarung zwischen KVB und LKK

Hinweis: Kein Antrag für die Teilnahme als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt!

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

2. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

3. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

4. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme an folgenden Vereinbarungen bzw. Programmen:

2.1	DMP Asthma/COPD
2.1.1	<input type="checkbox"/> Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag <input type="checkbox"/> Koordination Erwachsene <input type="checkbox"/> Koordination Kinder (Kinderärzte)
2.1.2	<input type="checkbox"/> Pneumologisch qualifizierter Facharzt gemäß § 4 DMP-Plattformvertrag <input type="checkbox"/> Behandlung Erwachsene <input type="checkbox"/> Behandlung Kinder
2.1.3	OPTIONAL: <input type="checkbox"/> Intensiviertes Beratungsgespräch zur Tabakentwöhnung
2.2	DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)
2.2.1	<input type="checkbox"/> Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag
2.2.2	<input type="checkbox"/> Kardiologisch qualifizierter Facharzt gemäß § 4 DMP-Plattformvertrag für <input type="checkbox"/> nicht invasive Kardiologie <input type="checkbox"/> invasive Kardiologie (einschließlich nicht invasive Kardiologie)
2.3	DMP Diabetes mellitus Typ 2 und/oder Diabetesvereinbarung KVB/LKK
	<input type="checkbox"/> Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag und/oder diabetologisch tätiger Hausarzt gemäß § 1 Diabetesvereinbarung KVB/LKK
2.4	DMP Diabetes mellitus Typ 1
	<input type="checkbox"/> Koordinierender Hausarzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag

3. Fachliche Voraussetzungen

3.1	Für DMP Asthma/COPD - koordinierender Arzt (s. 2.1)
	<input type="checkbox"/> Nachweis eines Spirometers mittels Anlage A Formular „Bestätigung Spirometer“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für den Fall, dass der KVB weniger als vier Abrechnungsquartale zur Verfügung stehen, erfolgt der Nachweis durch Einreichung eines Kaufbelegs oder Wartungsprotokolls aus den letzten 2 Jahren für die beantragte Betriebsstätte. ▪ Bei Übernahme des Spirometers erfolgt der Nachweis durch eine Bestätigung. ▪ Bei portablem Spirometer erfolgt der Nachweis durch Auflistung der Betriebsstätten, an denen es verwendet wird.
3.2	Für Intensiviertes Beratungsgespräch zur Tabakentwöhnung (s. 2.1.3)
	<input type="checkbox"/> Zertifikat des Curriculums Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer oder Vergleichbares.
3.3	Für DMP Diabetes mellitus Typ 1 - koordinierender Hausarzt (s. 2.4)
	<input type="checkbox"/> Nachweis einer Kooperation durch Einreichung der Anlage B Formular „Kooperationsvereinbarung“

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass der leistungserbringende Arzt Zugang zum Praxismanual unter www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/dmp/ für das beantragte DMP und die Inhalte zur Kenntnis genommen hat.

- Ich habe den DMP-Plattformvertrag zur Kenntnis genommen - www.kvb.de/service/Rechtsquellen/D.
- Ich erkenne die im Anhang dargelegte Verpflichtung zur Einhaltung der Vorschriften des Datenschutzes und - im Falle der Tätigkeit als koordinierender Arzt - die Regelungen zur Beauftragung der Datenstelle und zur elektronischen Dokumentation, als für mich rechtsverbindlich an.
- Ich willige in die im Anhang beschriebene Datenweiterleitung ein.


Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.


Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Anstellung zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
1) Bescheinigungen/Nachweise je nach Grund der Antragstellung, siehe unter Punkt 3. Fachliche Voraussetzung	<input type="checkbox"/>
2) Anlagen A - B	<input type="checkbox"/>

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Die Checkliste beinhaltet nur eine Übersicht einzureichender Unterlagen. Die genauen Teilnahmebedingungen finden Sie im DMP-Plattformvertrag und in der Diabetesvereinbarung KVB/LKK.

Ich bestätige, dass

- ich auf den Erhalt der Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO unter www.kvb.de/datenschutz und auf die Möglichkeit der Zusendung der Informationen in Textform durch die KVB hingewiesen wurde,
- ich umfassend über die Ziele und Inhalte der DMP informiert wurde,
- mir hierbei die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten medizinischen Inhalte und die geltenden Therapieziele transparent dargelegt worden sind,
- ich die Regelungen des DMP-Plattformvertrages, insbesondere bezüglich der medizinischen Inhalte gemäß § 11, der Aufgaben des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV einhalte.

Datenschutzrechtliche Erklärung:

Weiterhin bestätige ich, dass ich im Rahmen des DMP

- bei der Tätigkeit die für die Verarbeitung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften der DSGVO (§ 22 DSGVO) und die besonderen sozial-rechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung (SGB X) beachte und die hierfür erforderlichen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Art. 32 DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1 und 2 DSGVO herstelle und einhalte,
- die im Rahmen des DMP-Plattformvertrags bekannt werdende Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich behandle und nicht an Dritte weitergebe. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses DMP-Plattformvertrags hinaus,
- gemäß Art. 9 Abs. 3 DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einsetze, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten

Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus,

- einmalig vor der Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole (Unterschrift des Patienten auf seiner Teilnahmeerklärung) und
- den Patienten schriftlich über jede Übermittlung von Dokumentationsdaten unterrichte.

Ich willige ein,

- dass die Teilnahmedaten gemäß dem Verzeichnis über teilnehmende Leistungserbringer nach § 10 des DMP-Plattformvertrages veröffentlicht werden.
- dass diese "Leistungserbringerverzeichnisse" regelmäßig an die teilnehmenden Ärzte und Krankenkassen, an die Datenstelle, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern, an die BKG e. V., an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), ggf. an weitere Aufsichtsbehörden auf Anforderung und an die teilnehmenden Versicherten mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten weitergegeben werden.
- dass die Dokumentationsdaten evaluiert werden und die Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Plattformvertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen verwendet werden.
- dass die o. g. Daten auch nach Beendigung der Teilnahme mit dem Stand vor Beendigung der jeweiligen Genehmigung an die Datenstelle, die Krankenkassen, die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern und das BAS weitergegeben werden („historisierte Daten“), damit die Krankenkassen und das BAS insbesondere eine Prüfung der wirksamen DMP-Einschreibung der Patienten vornehmen können und damit die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern u. a. die DMP-Feedbackberichte erzeugen und versenden kann.
- dass die datenschutzrechtliche Erklärung freiwillig erfolgt und jederzeit schriftlich gegenüber der KVB widerrufen werden kann. Geht der Widerruf vor Genehmigungserteilung bei der KVB ein, ist eine Genehmigungserteilung nicht möglich. Ein Widerruf nach Genehmigungserteilung führt zum Widerruf der aufgrund dieser Teilnahmeerklärung ausgesprochenen Genehmigung.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem DMP-Plattformvertrag freiwillig ist und ich meine Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres gegenüber der KVB kündigen kann, die KVB gemäß § 8 über meine Teilnahme an dem DMP-Plattformvertrag entscheidet und im Rahmen des Genehmigungsverfahrens die gemäß § 3 bzw. § 4 des DMP-Plattformvertrages vorausgesetzte Strukturqualität prüft,
- meine Teilnahme an dem DMP-Plattformvertrag mit der Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet bzw. mit dem Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit ruht. Hierbei ist das Datum des rechtskräftigen Bescheides des zuständigen Zulassungsausschusses maßgeblich, mit dem das Ruhen oder die Beendigung der Zulassung ausgesprochen wird
- für teilnehmende Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen die Vertragsmaßnahmen nach § 14 gelten.

Ich stimme zu, dass die KVB zur Überprüfung der Strukturvoraussetzungen berechtigt ist, eine Praxisbegehung durchzuführen. Eine aktive Mitwirkung sichere ich zu.

Ich bestätige, die geforderte Ausstattung der Betriebsstätte(n) dauerhaft aufrecht zu erhalten.

Für Vertragsärzte, die als koordinierender Arzt gemäß § 3 des DMP-Plattformvertrages teilnehmen, gilt:

Ich bestätige hiermit, dass ich bzw. meine angestellten Ärzte die in den Anlagen 1b, 1c, 1d, 2b, 3b bzw. 4b des o. g. DMP-Plattformvertrages aufgeführten Anforderungen an die Strukturqualität des koordinierenden Arztes erfülle(n).

Ich beauftrage die KV als Mitglied der „Arbeitsgemeinschaft DMP Bayern“ die Datenstelle im Eigenbetrieb gemäß § 23 des DMP-Plattformvertrages mit der Durchführung folgender Aufgaben zu beauftragen:

- Prüfung der im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
- Weiterleitung der jeweiligen Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen.

Ich verpflichte mich mit diesem Teilnahmeantrag

- zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Plattformvertrages, insbesondere hinsichtlich der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII
- die Dokumentationsdaten elektronisch zu übermitteln (ausschließlich über eine gesicherte Datenleitung).

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für Vertragsärzte, die nach der zweiten Versorgungsebene gemäß § 4 des DMP-Plattformvertrages teilnehmen, gilt (nur DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK, Asthma/COPD):

Ich verpflichte mich mit diesem Teilnahmeantrag zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Plattformvertrages. Ich bestätige hiermit, dass ich und/oder meine angestellten Ärzte die in den Anlagen 2c, 3c bzw. 4c des o. g. DMP-Plattformvertrages aufgeführten Anforderungen an die Strukturqualität der zweiten Versorgungsebene erfülle(n).

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die mich (z. B. neue Betriebsstättennummer) und/oder meine angestellten Ärzte (Beginn/Ende von Anstellungsverhältnissen) betreffen, umgehend der KV schriftlich mitzuteilen. Ich sichere zu, im Fall der Anstellung eines Arztes, diesen zur Einhaltung und Kenntnisnahme der vertraglichen Regelungen zu verpflichten.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Faxnummer: 089/ 57093-61299
E-Mail: QS-Team-DMP@kvb.de

Anlage A - Bestätigung Spirometer

Nutzer des Geräts	
LANR:	Titel _____
Name _____, Vorname _____	

Kaufbeleg oder Wartungsprotokoll liegt bei

oder

Hiermit bestätige ich, dass ich das Spirometer

(bitte genaue Bezeichnung angeben)

von

Titel _____

Name _____, Vorname _____

übernommen habe und an folgender Betriebsstätte einsetzen werde:

BSNR: | | | | | | | | | | Adresse _____

oder

Hiermit bestätige ich, dass das Spirometer

(bitte genaue Bezeichnung angeben)

portabel ist und ich dies an folgenden Betriebsstätten einsetzen werde:

BSNR: | | | | | | | | | | Adresse _____

BSNR: | | | | | | | | | | Adresse _____

BSNR: | | | | | | | | | | Adresse _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mit dem o. g. Gerät die Darstellung der Flussvolumenkurve, einschließlich in- und expiratorischer Messung sowie die graphische Registrierung und Dokumentation möglich ist.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter/ MVZ-Vertretungsberechtigter



Stempel Antragsteller

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Faxnummer: 089/ 57093-61299
E-Mail: QS-Team-DMP@kvb.de

Anlage B

Kooperationsvereinbarung zum Antrag auf Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1
Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3 i. V. m. Anlage 1c (hausärztliche Versorgung)


Antragsteller

LANR:	Titel _____
Name _____, Vorname _____	

<input type="checkbox"/>	Ich kooperiere mit nachfolgend genanntem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt (diabetologische Schwerpunktpraxis).
<input type="checkbox"/>	Der bei mir angestellte Arzt Titel _____ Name _____, Vorname _____ kooperiert mit nachfolgend genanntem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt (diabetologische Schwerpunktpraxis).
<input type="checkbox"/>	Der im MVZ beschäftigte Arzt (angestellter Arzt oder Vertragsarzt) kooperiert mit nachfolgend genanntem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt (diabetologische Schwerpunktpraxis).

Kooperationspartner (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt):	
Titel _____,	
Name _____, Vorname _____	
_____ <small>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der diabetologischen Schwerpunktpraxis</small>	

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Ort, Datum

Unterschrift Kooperationspartner 

Stempel Antragsteller