

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

zur Teilnahme am Vertrag über das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) Brustkrebs zwischen KVB und AOK Bayern, BKK, IKK classic, Knappschaft, vdek, SVLFG

1. Allgemeine Angaben

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

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

Name _____, **Vorname** _____

☐ Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Arzt/Psychotherapeut
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/Psychotherapeut
(Name des KH)
seit/ab: _____
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/Psychotherapeut:

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

Name _____, **Vorname** _____

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

☐ Angestellter Arzt/Psychotherapeut bei o.g. BAG seit/ab: _____
tt.mm.jj

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

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

3.2 Nur für Fachärzte für Innere Medizin in der **fachärztlichen** Versorgung

- ☐ Ich verfüge über den Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie oder über die Teilgebietsbezeichnung Hämatologie oder über die Genehmigung als „onkologisch qualifizierter Arzt“ gemäß Onkologievereinbarung

3.3 Nur für Psychotherapeuten

Stufe 1 und Stufe 2

Fortbildung mit folgenden Inhalten: Grundlagen der Psychosomatik, Grundkenntnisse der psychischen Störungen jeweils bei Brustkrebspatientinnen sowie Diagnostik und Screening dieser Störungsbilder und Basiskenntnisse in der psychoonkologischen Therapie

- ☐ Ich habe o. g. Fortbildung in den letzten fünf Jahren absolviert
- ☐ Ich werde an o. g. Fortbildung innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der Teilnahme teilnehmen und den Nachweis einreichen.

Stufe 3 – nur zusätzlich zu Stufe 1 und Stufe 2 möglich

Ich verfüge über den Nachweis einer psychoonkologischen Fortbildung der Landespsychotherapeutenkammer Bayern oder der Bayerischen Landesärztekammer oder eine vergleichbare Fortbildung, die durch die Vertragspartner anerkannt und zertifiziert wurde.

- ☐ Ich habe o. g. Fortbildung in den letzten fünf Jahren absolviert
- ☐ Meine Fortbildung liegt länger als fünf Jahre zurück. Ich werde an o.g. Fortbildung innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der Teilnahme erneut teilnehmen und den Nachweis einreichen. Das alte Zertifikat reiche ich ein.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass der leistungserbringende Arzt/Psychotherapeut Zugang zum Praxismanual unter <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/dmp> für das DMP Brustkrebs und die Inhalte zur Kenntnis genommen hat.

- Ich habe den DMP-Brustkrebsvertrag zur Kenntnis genommen - <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/dmp> unter „Rechtliche Grundlagen“.
- 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/ -psychotherapeut / BAG-
Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungs-
berechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt/Therapeut

Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
Bescheinigungen/Nachweise je nach Grund der Antragstellung, siehe unter Punkt 3. Fachliche Voraussetzung	☐

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 <https://www.kvb.de/>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Ich bestätige, dass

- ich auf den Erhalt der Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO unter <https://www.kvb.de/> und auf die Möglichkeit der Zusendung der Informationen in Textform durch die KVB hingewiesen wurde,
- ich umfassend über die Ziele und Inhalte des 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-Brustkrebsvertrages, insbesondere bezüglich der medizinischen Inhalte gemäß § 10, 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 DSG) 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 Vertrags bekannt werdenden 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 Vertrages 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
- die Patientin schriftlich über jede Übermittlung von Dokumentationsdaten unterrichte.

Ich willige ein,

- dass die Teilnahmedaten gemäß dem Verzeichnis über teilnehmende Leistungserbringer nach § 9 des DMP-Brustkrebsvertrages 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 DMP-Brustkrebsvertrages 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 Brustkrebs 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 am DMP-Brustkrebsvertrag freiwillig ist und ich meine Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres gegenüber der KVB kündigen kann, die KVB gemäß § 6 über meine Teilnahme an dem DMP-Brustkrebsvertrag entscheidet und im Rahmen des Genehmigungsverfahrens die gemäß § 3 vorausgesetzte Strukturqualität prüft,
- meine Teilnahme am DMP-Brustkrebsvertrag mit der Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet oder 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/Psychotherapeuten bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen die Vertragsmaßnahmen nach § 13 gelten.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die mich (z.B. neue Betriebsstättennummer, Beginn/Ende von Angestelltenverhältnissen) betreffen, umgehend der KVB schriftlich mitzuteilen.

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

Für Vertragsärzte, die als koordinierender Arzt gemäß § 3 Abs. 2 teilnehmen, gilt:

Ich **bestätige** hiermit, dass ich bzw. meine angestellten Ärzte, die in der Anlage 1 aufgeführten Anforderungen an die Strukturqualität des koordinierenden Arztes erfülle(n).

Ich beauftrage die KVB als Mitglied der „Arbeitsgemeinschaft DMP Brustkrebs Bayern“ die Datenstelle im Eigenbetrieb gemäß § 22 mit der Durchführung folgender Aufgaben zu beauftragen:

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

Ich verpflichte mich bzw. meine angestellten Ärzte

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

Für Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die gemäß § 3 Abs. 3 teilnehmen, gilt:

Ich verpflichte mich mit diesem Teilnahmeantrag zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Brustkrebsvertrages. Ich bestätige hiermit, dass ich und/oder meine angestellten Ärzte/ Psychotherapeuten die in der Anlage 2 aufgeführten Anforderungen an die Strukturqualität für Auftragsleistungen bzw. für das weitere postoperative Vorgehen erfülle(n).