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 und SVLFG

***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: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **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: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I 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: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

2. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

3. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

4. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, Adresse: _____

2. Beantragung

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

2.1 **DMP Asthma/COPD**

2.1.1 ☐ Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag
- ☐ Koordination Erwachsene
- ☐ Koordination Kinder (Kinderärzte)

2.1.2 ☐ Pneumologisch qualifizierter Facharzt gemäß § 4 DMP-Plattformvertrag
- ☐ Behandlung Erwachsene
- ☐ Behandlung Kinder

2.1.3 **OPTIONAL:**
☐ Intensiviertes Beratungsgespräch zur Tabakentwöhnung

2.2 **DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)**

2.2.1 ☐ Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag

2.2.2 ☐ Kardiologisch qualifizierter Facharzt gemäß § 4 DMP-Plattformvertrag für
- ☐ nicht invasive Kardiologie
- ☐ invasive Kardiologie (einschließlich nicht-invasive Kardiologie)

2.3 **DMP Diabetes mellitus Typ 2**
☐ Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag

2.4 **DMP Diabetes mellitus Typ 1**
☐ Koordinierender Hausarzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag

3. Fachliche Voraussetzungen

3.1 **Für DMP Asthma/COPD - koordinierender Arzt (s. 2.1)**

☐ **Nachweis eines Spirometers mittels Anlage A Formular „Bestätigung Spirometer“**
- 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)**

☐ Zertifikat des Curriculums Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer oder Vergleichbares.

3.3 **Für DMP Diabetes mellitus Typ 1 - koordinierender Hausarzt (s. 2.4)**

☐ 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 das Praxismanual unter https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/dmp für das beantragte DMP erhalten und die Inhalte zur Kenntnis genommen hat.

- **Ich habe den DMP-Plattformvertrag 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 / 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	☐
2) Anlagen A - B	☐

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.

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 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 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: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **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: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse_____

oder

☐ Hiermit bestätige ich, dass das Spirometer

_____
(bitte genaue Bezeichnung angeben)

portabel ist und ich dies an folgenden Betriebsstätten einsetzen werde:

BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse_____

BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse_____

BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse_____

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

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter/ 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** _____

☐ Ich kooperiere mit nachfolgend genanntem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt (diabetologische Schwerpunktpraxis).

☐ Der bei mir angestellte Arzt

Titel _____

Name _____, Vorname _____

kooperiert mit nachfolgend genanntem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt (diabetologische Schwerpunktpraxis).

☐ 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**_____

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der diabetologischen Schwerpunktpraxis

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Kooperationspartner

Stempel Antragsteller