

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](mailto:QS-Team-DMP@kvb.de)

## Teilnahmeerklärung

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Verbesserung der interdisziplinären haus- und fachärztlichen Versorgung sowie zur Steigerung der Gesundheitskompetenz bei schweren Erkrankungen (BKK VersorgungPlus) zwischen der KVB und der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern

### 1. Allgemeine Angaben

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

**LANR:** | | | | | | | | | | **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

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

Ich bin für das MVZ \_\_\_\_\_ vertretungsberechtigt  
(Name des MVZ)

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

\_\_\_\_\_  
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. Einzelpraxis 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

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Verbesserung der interdisziplinären haus- und fachärztlichen Versorgung sowie zur Steigerung der Gesundheitskompetenz bei schweren Erkrankungen (BKK VersorgungPlus) zwischen der KVB und der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern für folgenden Indikationsbereich:

- COPD mit chronisch respiratorischer Insuffizienz**  
und/oder
- Koronare Herzerkrankung (KHK)**

## 3. Teilnahmevoraussetzungen

Die im Folgenden genannten Teilnahmevoraussetzungen werden erfüllt:

- Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung und
- Teilnahme am DMP COPD und/oder
- Teilnahme am DMP Koronare Herzerkrankung

## 4. Teilnahmeverpflichtungen

- Regelmäßige Teilnahme an ärztlichen Qualitätszirkeln in der ärztlichen Versorgungsgemeinschaft mit Indikationsbezug zu COPD/KHK
- Regelmäßige Teilnahme an Schulungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung ärztlicher Kompetenzen im Versorgungsgeschehen
- Die Versicherten sind über die zusätzlichen Versorgungsangebote auf Grundlage dieses Vertrages und deren Zielsetzung zu informieren.
- Die in Anlage 3 aufgeführten Leistungen sind auf Grundlage und in Abwägung des individuellen Erkrankungsbildes und Allgemeinzustandes vorzuhalten, durchzuführen und zu dokumentieren. Dies hat in Abstimmung mit dem teilnehmenden Versicherten zu erfolgen.
- Ferner verpflichtet sich der sich einschreibende Arzt im Rahmen des Teilnahmemanagements wahrheitsgemäße Angaben zu tätigen und diese dabei stets aktuell zu halten sowie Änderungen unverzüglich anzuzeigen.

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) erkläre mich damit einverstanden, dass die KVB der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse der Vereinbarung - unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange - berichtet.**

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt dieser Teilnahmeerklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diese ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die Leistungen im Rahmen des Vertrages gemäß § 140a SGB V zur Verbesserung der interdisziplinären haus- und fachärztlichen Versorgung sowie zur Steigerung der Gesundheitskompetenz bei schweren Erkrankungen (BKK VersorgungPlus) erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen die Bestätigung Ihrer Teilnahme zugegangen ist.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-  
Vertretungsberechtigter/MVZ-  
Vertretungsberechtigter



**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt



Stempel Antragsteller

## Genehmigungsantrag – Anhang



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch den Zulassungsausschuss 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](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen.

Ich bestätige, dass ich bei der Tätigkeit die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.

Ich bin einverstanden mit der Veröffentlichung des Vor- und Zunamens (inkl. akademischer Titel und Adelstitel), der Anrede, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ), der lebenslangen Arztnummer, des Beginns und des Endes meiner Teilnahme an diesem Vertrag auf einer Arztliste. Ich bin zudem einverstanden mit dem regelmäßigen Austausch dieser Arztliste mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten zwischen KVB und der BKK Vertragsärztliche Arbeitsgemeinschaft Bayern.

Zudem bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung der vorgenannten Daten im Rahmen der KVB-Arztliste unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de).

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Erklärung freiwillig erfolgt und jederzeit schriftlich gegenüber der KVB widerrufen werden kann.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVB gekündigt werden kann. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist auf dessen Laufzeit begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser endet, mit dem Ende meiner Teilnahmevoraussetzungen, mit dem Entzug der Genehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages sowie der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Ruht die Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.