

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093-4398

Antrag

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

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


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

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

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

- Ich habe den DMP-Brustkrebsvertrag 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/ -psychotherapeut / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt/Therapeut

Stempel Antragsteller

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

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

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Ich wurde umfassend über die Ziele und Inhalte des DMP informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten medizinischen Inhalte und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Mit diesem Teilnahmeantrag bestätige ich, dass 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 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,
- einmalig vor der Weitergabe von Patientinnendaten an die Datenstelle vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche Einwilligung der Patientin einhole (Unterschrift der Patientin auf ihrer Teilnahmeerklärung) (nur für koordinierende Ärzte) und
- der Patientin jeweils einen Ausdruck der übermittelten Dokumentationsdaten aushändige.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung des Vor- und Zunamens (inkl. akademischer - und Adelstitel), der Anrede, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ) für den Ort, für den die Genehmigung ausgesprochen wurde, der Adressangaben (Betriebsstättennummer, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ) der Hauptbetriebsstätte, der Nummer des KV-Bezirks, der Telefonnummer, der lebenslangen Arztnummer, der Angaben der Fachgruppe, der Angabe „Angestelltenverhältnis ja/nein“, der Kennzeichnung gemäß § 3 in dem Verzeichnis über teilnehmende Leistungserbringer gemäß § 9,
- der regelmäßigen Weitergabe dieses „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Ärzte und Krankenkassen, an die Datenstelle, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern, an die Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG e.V.), an das Bundesversicherungsamt (BVA), auf Anforderung und zu Prüfzwecken auch an das Landesprüfungsamt Bayern und an die teilnehmenden Versicherten mit den oben genannten, jeweils aktuellen Daten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des DMP-Brustkrebsvertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (nur für koordinierende Ärzte)

einverstanden.

Ich willige ein,

- 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 BVA weitergegeben werden („historisierte Daten“), damit die Krankenkassen und das BVA insbesondere eine Prüfung der wirksamen DMP-Einschreibung der Patienten vornehmen können und damit die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern u.a. die DMP-Feedbackberichte erzeugen kann.

Mir ist bekannt,

- 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 dieses Teilnahmeantrags ausgesprochenen Genehmigung.

Mir ist weiterhin bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag 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 an dem Vertrag 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 und
- 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 nach § 30 in meinem Namen, 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.
3. Weiterleitung der Abrechnungsdaten an die KVB

Ich verpflichte mich bzw. meine angestellten Ärzte mit diesem Teilnahmeantrag

- zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Brustkrebsvertrages, insbesondere hinsichtlich der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.
- die Dokumentationsdaten elektronisch zu übermitteln: Per E-Mail (bis 30.06.2019) oder mit OPAL oder mit ONDES oder mit KV-Connect (ab 01.01.2019).

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).

Die Rechtsquellen zum DMP finden Sie unter <http://www.kvb.de/service/rechtsquellen/d/>