

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

**Fax-Nummer: 089/57093-4398**

### 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

<b>Antragsteller</b> (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)	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____ (Name der BAG)	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____ (Name des MVZ)	
<input type="checkbox"/> 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	

<b>Die Antragstellung erfolgt für</b>	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> 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	<b>DMP Asthma/COPD</b>
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  <input type="checkbox"/> Mit folgender Zusatzbehandlung: Intensiviertes Beratungsgespräch zur Raucherentwöhnung
2.2	<b>DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)</b>
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	<b>DMP Diabetes mellitus Typ 2 und/oder Diabetesvereinbarung KVB/LKK</b>
	<input type="checkbox"/> Koordinierender Arzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag und/oder diabetologisch tätiger Hausarzt gemäß § 1 Diabetesvereinbarung KVB/LKK
2.4	<b>DMP Diabetes mellitus Typ 1</b>
	<input type="checkbox"/> Koordinierender Hausarzt gemäß § 3 DMP-Plattformvertrag

**3. Fachliche Voraussetzungen**

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

- 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/](http://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](http://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 Antragsingang 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](http://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 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. 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 KVB.

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

Ich wurde umfassend über die Ziele und Inhalte der 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-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 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 Patientendaten an die Datenstelle vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole (Unterschrift des Patienten auf seiner Teilnahmeerklärung),
- dem Patienten jeweils einen Ausdruck der übermittelten Dokumentationsdaten aushändige.

Ich bin einverstanden 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 Angabe der Fachgruppe, der Angabe „Angestelltenverhältnis ja/nein“, der Schulungsberechtigung und der Kennzeichnung gemäß § 3 und/oder § 4 des DMP-Plattformvertrages in dem Verzeichnis über teilnehmende Leistungserbringer gemäß § 10 des DMP-Plattformvertrages, ggf. der Angabe der Berechtigung zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fuß, der Berechtigung zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpentherapie und/oder der Berechtigung zur Behandlungen von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1. Die obigen Angaben erfolgen ggf. mit Angabe der jeweiligen Gültigkeitszeiträume,
- der regelmäßigen Weitergabe dieser „Leistungserbringerverzeichnisse“ an die teilnehmenden Ärzte und Krankenkassen, an die Datenstelle, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern, 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-Plattformvertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

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, das BVA und an das Landesprüfungsamt Bayern 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 und versenden 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 Teilnehmeantrages ausgesprochenen Genehmigung.

Mir ist weiterhin bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem 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 und

- 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 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 der RSAV an die entsprechenden Stellen
3. Weiterleitung der Abrechnungsdaten an die KVB

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 oder per E-Mail-Verschlüsselung der DMP-Dokumentationen mit von der KBV zertifizierten Software).

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,

Die Rechtsquellen zum DMP (u.a. DMP-Plattformvertrag) finden Sie unter <http://www.kvb.de/service/rechtsquellen/D/>.

**Anlage A**  
**Bestätigung Spirometer**

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 zudem, dass mit dem oben genannten 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

Fax 089 / 57093 – 43 98


### 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)


<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).

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller 

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kooperationspartner 

<p>Stempel Antragsteller</p>
------------------------------