

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

Teilnahmeerklärung

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Versicherten (BKK VersorgungPlus) zwischen der KVB und dem BKK Landesverband 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 _____	
<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)
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
_____ Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift	

Die Antragstellung erfolgt für	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis 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

2. Beantragung

- Ich beantrage die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 140a SGB zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Versicherten (BKK VersorgungPlus) zwischen der KVB und der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern.

3. Teilnahmevoraussetzungen

Mindestens eine der im Folgenden genannten Voraussetzungen wird erfüllt.

- Teilnahme an einem Disease Management Programm (DMP) nach § 4 Abs. (2) Punkt a) des Vertrags
- Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung nach § 4 Abs. (2) Punkt b) des Vertrags
- Ich verpflichte mich zur regelmäßigen – mindestens einmal jährliche - Teilnahme an ärztlichen Qualitätszirkeln in der ärztlichen Versorgungsgemeinschaft mit Bezug zu den Indikationen nach Anlage 4 (Hausärzte und Fachärzte) und deren leitliniengerechten Behandlung sowie zur Sensibilisierung des Patienten zu seinem Krankheitsbild im Rahmen des Coachings nach § 4 Abs. (2) Punkt c) des Vertrags
- Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Teilnahme an Schulungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung ärztlicher Kompetenzen im Versorgungsgeschehen (Hausärzte und Fachärzte) nach § 4 Abs. (2) Punkt d)

4. Teilnahmepflichten

- Der Arzt dokumentiert das Gesundheitscoaching und die ggf. eingeleiteten weiteren Schritte anhand der Zieledefinition in der Versichertenakte.
- Der Arzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V nach der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu verschlüsseln und zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu dokumentieren.
- Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, die gesetzlichen Qualitätsanforderungen nach den §§ 135 Abs. 2, 135a, 136a, 137 SGB V einzuhalten.

- Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) erkläre mich damit einverstanden, dass die KVB der BKK Landesverband 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 Steigerung der Gesundheitskompetenz der Versicherten (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. 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 mitzuunterzeichnen.

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 dem BKK Landesverband Bayern.

Zudem bin ich einverstanden mit der Veröffentlichung der vorgenannten Daten in der Arztliste der KBV oder KVB sowie auf den Homepages der beteiligten Betriebskrankenkassen und des BKK Landesverbandes Bayern.

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.