



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 242, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

### Teilnahmeerklärung

**zum Vertrag „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ nach § 73 c SGBV über die  
qualitätsgesicherte Versorgung chronisch erkrankter, multimorbider und psychisch erkrankter  
Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen  
gültig ab dem 01.07.2011**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_  
(Vertragsarzt oder ärztlicher Leiter oder Leiter der Einrichtung)

Betriebsstättennummer (BSNR): 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Die Antragstellung erfolgt:  für mich als Vertragsarzt/-ärztin
- für die ermächtigte Pflegeeinrichtung \_\_\_\_\_  
(Name der Einrichtung)
- \_\_\_\_\_ (Name der Einrichtung)
- für den im MVZ angestellten Arzt/ Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)
- \_\_\_\_\_ (Name des Arztes)

- Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft
- MVZ  ÜBAG  Sonstige
- Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft
- MVZ  ÜBAG  Sonstige

Lebenslange Arztnummer (LANR): \_\_\_\_\_  
(wenn vorhanden) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



**Ich beantrage als Vertragsarzt/ärztin die Teilnahme an dem o.g. Vertrag und**

bin im Arztregister der KV Berlin eingetragen

**und**

führe die Facharztbezeichnung für Innere Medizin

**oder**

führe die Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin

**oder**

bin Praktischer Arzt oder Arzt ohne eine Gebietsbezeichnung

**und**

nehme an der hausärztlichen Versorgung teil

**oder**

nehme an der fachärztlichen Versorgung teil und führe die Facharztbezeichnung

---

*(Facharztbezeichnung)*

*(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt)*

Ich erfülle die Fortbildungsverpflichtung entsprechend § 95d SGB V und werde an Fortbildungsveranstaltungen in ausreichendem Umfang entsprechend dem Behandlungsbedarf des Bewohnerklientels der Pflegeeinrichtung vorrangig zu folgenden Themen teilnehmen: Patientenzentrierte Gesprächsführung, Psychosomatische Grundversorgung, Langzeit- und Terminalpflege, Rehabilitationsmöglichkeiten, das geriatrische Assessment, Schmerztherapie, häufige Erkrankungen im Alter (Demenz, Depression, Dekubitus, Inkontinenz, Diabetes mellitus, Hypertonie, koronare Herzkrankheit) und Palliativmedizin.

Nachweise sind beigefügt  
soweit der 5jährige Nachweiszeitraum abgelaufen ist

Nachweise werden nachgereicht, da  
der 5jährige Nachweiszeitraum noch  
nicht verstrichen ist

Ich weise der KV Berlin die Kooperation mit folgender/n Pflegeeinrichtung/en nach, die nach § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI am Vertrag zum Berliner Projekt teilnehmen und über eine Bestätigung der Krankenkassen zur Teilnahme verfügen (§ 3 Abs.1):

---

*(Name/n der Pflegeeinrichtung/en)*

Nachweise sind beigefügt.

Ich verpflichte mich, Änderungen, die meinen Zulassungsstatus betreffen, der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

**ODER**



**Ich beantrage als Vertragsarzt/-ärztin bzw. ärztliche/r Leiter/in des MVZ für den angestellten Arzt die Teilnahme an dem o.g. Vertrag und**

der angestellte Arzt

ist im Arztregister der KV Berlin eingetragen

**und**

führt die Facharztbezeichnung für Innere Medizin

**oder**

führt die Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin

**oder**

ist Praktischer Arzt oder Arzt ohne eine Gebietsbezeichnung

**und**

nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil

**oder**

nimmt an der fachärztlichen Versorgung teil und führt die Facharztbezeichnung

---

*(Facharztbezeichnung)*

*(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt)*

Der angestellte Arzt erfüllt die Fortbildungsverpflichtung entsprechend § 95d SGB V und wird an Fortbildungsveranstaltungen in ausreichendem Umfang entsprechend dem Behandlungsbedarf des Bewohnerklientels der Pflegeeinrichtung vorrangig zu folgenden Themen teilnehmen: Patientenzentrierte Gesprächsführung, Psychosomatische Grundversorgung, Langzeit- und Terminalpflege, Rehabilitationsmöglichkeiten, das geriatrische Assessment, Schmerztherapie, häufige Erkrankungen im Alter (Demenz, Depression, Dekubitus, Inkontinenz, Diabetes mellitus, Hypertonie, koronare Herzkrankheit) und Palliativmedizin.

Nachweise sind beigefügt  
soweit der 5jährige Nachweiszeitraum abgelaufen ist

Nachweise werden nachgereicht, da  
der 5jährige Nachweiszeitraum noch  
nicht verstrichen ist

Ich weise der KV Berlin die Kooperation mit folgender/n Pflegeeinrichtung/en nach, die nach § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI am Vertrag zum Berliner Projekt teilnehmen und über eine Bestätigung der Krankenkassen zur Teilnahme verfügen (§ 3 Abs.1):

---

*(Name/n der Pflegeeinrichtung/en)*

Nachweise sind beigefügt.

Ich verpflichte mich, Änderungen in dem Beschäftigungsverhältnis des angestellten Arztes der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

**ODER**



**Ich beantrage als Leiter/in für die ermächtigte Pflegeeinrichtung die Teilnahme an dem o.g. Vertrag und**

als Leiter/in der ermächtigten Pflegeeinrichtung bestätige ich,

- dass die Pflegeeinrichtung über eine Ermächtigung nach § 31 Ärzte-ZV verfügt,

**oder**

- dass die Pflegeeinrichtung über eine Ermächtigung nach § 119b SGB V verfügt,

**und**

- dass die ermächtigte Pflegeeinrichtung an dem Vertrag nach § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI zum Berliner Projekt teilnimmt und über eine Bestätigung der Krankenkassen verfügt (§ 3 Abs. 2).

- Nachweise sind beigelegt.

- Ich melde der KV Berlin die für die ärztliche Versorgung nach dem o.g. Vertrag in der Pflegeeinrichtung angestellten Ärzte mit Namen, deren Fachgebietszugehörigkeit und deren Beschäftigungsumfang:

---

---

*(Bei mehr als drei Ärzten bitte ein gesondertes Beiblatt verwenden)*

- Nachweise über die Facharztanerkennung sind für jeden angestellten Arzt beigelegt

**oder**

- werden im Rahmen der Übergangsvereinbarung nach § 4 Abs. 8 nachgereicht.

- Ich verpflichte mich, Änderungen in dem Beschäftigungsverhältnis der angestellten Ärzte der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

- Der oder die zuvor benannten angestellte/n Arzt/Ärzte hat/haben bzw. wird/werden die Fortbildungsverpflichtung entsprechend § 95d SGB V erfüllen und wird/werden an Fortbildungsveranstaltungen in ausreichendem Umfang entsprechend dem Behandlungsbedarf des Bewohnerklientels der Pflegeeinrichtung vorrangig zu folgenden Themen teilnehmen: Patientenzentrierte Gesprächsführung, Psychosomatische Grundversorgung, Langzeit- und Terminalpflege, Rehabilitationsmöglichkeiten, das geriatrische Assessment, Schmerztherapie, häufige Erkrankungen im Alter (Demenz, Depression, Dekubitus, Inkontinenz, Diabetes mellitus, Hypertonie, koronare Herzkrankheit) und Palliativmedizin.



---

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o.g. Vertrages informiert worden. Die Vertragsinhalte sind mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag freiwillig ist und ich bzw. der angestellte Arzt die Anforderungen erfüllen muss,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass die Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Datum der Teilnahmebestätigung der KV Berlin beginnt und ich bzw. der angestellte Arzt dann zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet bin/ist,
- dass die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Controlling des Vertrages besteht (§ 6 Abs. 4),
- dass die Verpflichtung zur Dokumentation der ärztlichen Leistungen in der Bewohnerdokumentation der Pflegeeinrichtung besteht (§ 6 Abs. 14),
- dass auf eine wirtschaftliche und medizinisch indizierte Versorgung zu achten ist (§ 6 Abs. 8),
- dass ich bzw. der angestellte Arzt die Fortbildungsverpflichtung entsprechend § 95d SGB V zu erfüllen habe/hat (§ 4 Abs. 4),
- dass ich mich bzw. sich der angestellte Arzt eigenverantwortlich fortlaufend auf den neuesten Stand der medizinischen Entwicklung und Erkenntnisse bringen muss und der KV Berlin regelmäßig bzw. auf Verlangen der Stand der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nachzuweisen ist (§ 4 Abs. 5),
- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

---

*Ort, Datum Unterschrift des antragstellenden Arztes oder des ärztlichen Leiters oder des Leiters der Einrichtung)*