

<h2 style="text-align: center;">Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt</h2> <p style="text-align: center;">Erklärung zur Teilnahme am Vertrag zu einem Modellvorhaben zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen</p> <p>nach § 63 SGB V (ARMIN) zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT)</p>	<div style="text-align: right;"> </div> <p>Wichtige Hinweise: Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss jedes Mitglied einer BAG eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Arztes und des anstellenden Vertragsarztes bzw. des Leiters des MVZ auf dieser TE/EWE zwingend erforderlich. Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) sind unverzüglich schriftlich der KVT mitzuteilen.</p> <p>Praxisart (Bitte ankreuzen)</p> <p> <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Einrichtung gemäß § 105 Abs. 1c oder 5 oder § 311 Abs. 2 SGB V </p>
<p>Seite 1 dieser Erklärung per Fax 03643 559-750 an die KVT senden.</p>	

Stammdaten des teilnehmenden Arztes	Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich):	<input type="checkbox"/> BSNR	<input type="checkbox"/> 1. NBSNR	<input type="checkbox"/> 2. NBSNR
LANR <input style="width: 150px;" type="text"/>	BSNR <input style="width: 150px;" type="text"/>	1. NBSNR <input style="width: 150px;" type="text"/>	2. NBSNR <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Titel <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 300px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 150px;" type="text"/>		
Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ				
Titel <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 300px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 150px;" type="text"/>		
LANR <input style="width: 150px;" type="text"/>	Name des MVZ <input style="width: 600px;" type="text"/>			

Folgende Praxisausstattung wird in allen Leistungsorten vorgehalten:

BMW-Ä zertifiziertes Praxisverwaltungssystem (PVS).

Anbindung des zertifizierten PVS an das sichere Netz der KVen via KV-SafeNet* inklusive Nutzung eines KV-Connect-Kontos (ab Stufe 3 des Modellvorhabens).

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Modellvorhaben „ARMIN“ (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen) auf der Grundlage des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung gemäß § 63 SGB V. Über die vertraglich vereinbarten Grundsätze, Inhalte und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten bin ich umfassend informiert und ich erkenne diese vollumfänglich an.

Wird für das von mir genutzte PVS – zum Zeitpunkt meines Teilnahmebeginns an ARMIN – keine IT-Vertragsschnittstelle mit den für das Modellvorhaben benötigten Funktionalitäten angeboten, verpflichte ich mich hiermit, diese bis zum Ende des folgenden Quartals nach Verfügbarkeit (Zeitpunkt, ab dem diese für das von mir genutzte PVS vom Hersteller angeboten werden) zu beschaffen und zu nutzen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen dieses Modellvorhabens erfülle, ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Modellvorhabens – insbesondere der umseitig unter Punkt I. beschriebenen Rechte und Pflichten – verpflichte und diese akzeptiere sowie meine Angaben vollständig und richtig sind.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung der Teilnahme an diesem Modellvorhaben ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Modellvorhaben ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.** Mit der Veröffentlichung meiner Daten auf den Internetseiten der Vertragspartner sowie unter www.arzneimittelinitiative.de bin ich einverstanden. Durch meine Unterschrift wird die vorstehende Einwilligungserklärung mit den umseitig unter Punkt II. gedruckten näheren Erläuterungen zur Datenverarbeitung für die Durchführung und Teilnahme an diesem Modellvorhaben Bestandteil meiner TE/EWE.

<p>Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des teilnehmenden Arztes</p> <p>Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Stempel des teilnehmenden Arztes</p> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p> </div>
--	--

* Hinweis: Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

zu I. Teilnahme am Vertrag zum Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen – ARMIN)

1. Ich bin umfassend über den Inhalt des Vertrages informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten sind mir bekannt und ich erkenne diese vollumfänglich an.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 9 des Vertrages erfüllen muss.
 - meine Teilnahme mit dem Datum der Einschreibung beginnt und von mir mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVT durch mich zum Quartalsende gekündigt werden kann, wenn ich von der Änderung oder Ergänzung betroffen bin und ich deshalb die Teilnahme beenden will (Sonderkündigungsrecht).
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch mit der Beendigung oder dem Entzug meiner vertragsärztlichen Zulassung oder mit dem Ende meiner Zulassung in der Versorgungsregion endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - meine Teilnahme durch mich aus wichtigem Grund – mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende – schriftlich gekündigt werden kann.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem dieser Vertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
 - mir gegenüber meine Teilnahme an diesem Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann,
 - bei Fehlabrechnungen, es sei denn, es handelt sich um einen Einzelfall oder ein entschuldbares Versehen,
 - wenn ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme an diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVT nicht innerhalb der Frist beseitige oder
 - wenn ich in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts, der Berufsordnung oder des Wirtschaftlichkeitsgebotes) verstoße.
 - die Entscheidung über meinen Ausschluss der Vertragsbeirat trifft und mir vor dem Ausschluss die Gelegenheit zu geben ist, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.
 - mit Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag der Zugriff auf den IT-gestützten Medikationsplan deaktiviert wird.
 - der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
 - die Abrechnung der Vergütungen im Rahmen der normalen GKV-Quartalsabrechnung quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
 - die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
3. Des Weiteren verpflichte ich mich, dass ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste und bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe. Meine Mitarbeiter wurden zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten der Patienten verpflichtet. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort. Im Falle eines meldepflichtigen Datenschutzverstoßes gemäß Artikel 33 EU-DSGVO verpflichte ich mich, auch die KVT und die AOK PLUS darüber zu informieren.
4. Hiermit bestätige ich, dass meine Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte(n) eine Zulassung bzw. eine Genehmigung für den Bezirk der KVT hat/haben.
5. Ich werde der KVT unverzüglich mitteilen, wenn ich die genannten Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfülle oder sich Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Bankverbindung oder der Telefonnummer) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner und auf einem internetbasierten Informationsportal der Vertragspartner (www.arzneimittelinitiative.de) einverstanden: **Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer der Praxis.**
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer Evaluation teilzunehmen.

zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Modellvorhaben ARMIN zwischen der AOK PLUS und der KVT

Zweck, Umfang und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Im Rahmen der Durchführung dieses Vertrages werden meine personenbezogenen Daten, welche im Zusammenhang mit der Ausübung meiner Tätigkeit als Arzt stehen, durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar zum Zwecke der Abrechnung, Information der AOK PLUS, Information der Versicherten und Bearbeitung der TE/EWE verarbeitet.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bildet diese Einwilligungserklärung zu diesem Vertrag i. V. m. Artikel 5, Artikel 6 Abs. 1 lit. a) und Artikel 9 lit. a), f) und h) EU-DSGVO, § 63 SGB V, § 284 SGB V, § 295 SGB V, § 304 SGB V und § 84 SGB X.

Die Datenverarbeitung erfolgt mit meiner Kenntnis. Ich kenne den Inhalt dieses Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Empfänger meiner Daten sind die AOK PLUS und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der Vertragspartner sowie unter (www.arzneimittelinitiative.de) bin ich einverstanden.

Die Speicherdauer der Daten ergibt sich aus dem Vertrag sowie aus dem Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gesperrt, soweit sie nicht mehr für die Vertragserfüllung bzw. Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben benötigt werden. Im Übrigen werden sie datenschutzgerecht gelöscht.

Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung meiner Daten

Ich habe das Recht

- auf Auskunft zu meinen Daten (Artikel 15 Abs. 1 und 2 EU-DSGVO),
- auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 EU-DSGVO),

- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 EU-DSGVO) und
- auf Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 EU-DSGVO).

Hierfür kann ich mich an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar wenden. Bei Fragen erreiche ich den Datenschutzbeauftragten der KVT per E-Mail (datenschutz@kvt.de).

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die KVT kann ich an die zuständige Aufsichtsbehörde richten: Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (TLfDI), Postfach 90 04 55, 99107 Erfurt.

Die Verarbeitung von Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der AOK PLUS erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die AOK PLUS wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die AOK PLUS zuständigen Datenschutzbeauftragten und zur Wahrung meiner Beschwerderechte auch die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu benennen.

Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mit Zugang meines Widerrufs bei der KVT ist die Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag verbunden. Bei meinem Ausscheiden werden die Daten gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Meine Widerrufserklärung kann ich per Fax 03643 559-750 an die KVT senden.