

Anlage 4

Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung

zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen in Thüringen

Teilnahmeerklärung des Arztes zum Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Teilnahmeerklärung am Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Brustkrebs

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten DMP Brustkrebs informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben und Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des DMP, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung – insbesondere der DSGVO – beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- in der Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung“ genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu dem DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen.
- gegenüber der KVT mit der Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVT in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit:

- der Veröffentlichung meines Namens/meiner Praxisanschrift und der Kennzeichnung gemäß § 3 des Vertrages in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm Brustkrebs“,
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm Brustkrebs“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Thüringen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüfdienst und die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen insbesondere der DSGVO (die Verwendung der erhobenen Dokumentationsdaten nach diesem Vertrag durch Dritte ist ausgeschlossen) zustimme.
- Die in der Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung“ genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über:
 - die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“ Brustkrebs und
 - die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Thüringen, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüfdienst und die teilnehmenden Versicherten.
 - die Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und die Kündigungsfrist vier Wochen zum Ende des Quartals beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit oder mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.
4. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVT nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Brustkrebs im Rahmen des Vertrages zwischen der KVT und den Krankenkassen nehme ich teil:

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung“)¹

persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung“)

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____ (LANR).
¹ LANR des anstellenden Arztes bzw. des ärztlichen Leiters

1. Koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrages

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

- a) _____ [(N)BSNR]
- b) _____ [(N)BSNR]
- c) _____ [(N)BSNR]
- d) _____ [(N)BSNR]

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 29 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 29 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft DMP Thüringen,
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Thüringen sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 29 des Vertrages,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten entsprechend Anlage 4 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von der jeweiligen Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich über die genauen Vertragsinhalte (über Abdruck/Internetseite o. a.) zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Thüringen, die Gemeinsame Einrichtung DMP Thüringen und die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses DMP die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Thüringen in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel