

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Hausarzt

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen

nach § 73b SGB V zwischen der AOK PLUS und dem Thüringer Hausärzteverband e. V. (THV) in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT)



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen



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.

Praxisart (Bitte ankreuzen)

- Einzelpraxis BAG Praxisgemeinschaft MVZ
 Einrichtung gemäß § 105 Abs. 1 oder 5 oder § 400 Abs. 2 SGB V

Seite 1 dieser Erklärung per Fax 03643 559-791 an die KVT senden.

Stammdaten des teilnehmenden Arztes

Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich):

BSNR

1.

2.

LANR

BSNR

1. NBSNR

2. NBSNR

Titel

Nachname

Vorname

Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Titel

Nachname

Vorname

LANR

Name des MVZ

Folgende Praxisausstattung wird in meiner Praxis/durch die Praxis vorgehalten:

- Blutzuckermessgerät BMV-Ä zertifizierte Praxissoftware, Drucker und Faxgerät (Computerfax)
 EKG-Rekorder Spirometer mit FEV1-Bestimmung gemäß Anlage 1 I. Abschnitt Nr. 3
 Vorhandensein eines zertifizierten AIS mit S3C-Schnittstelle gemäß Anlage 1 des Vertrages (Kopien aller Verträge werden dieser TE/EWE beigelegt)

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen. 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.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen dieses Vertrages erfülle, ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages – 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 am Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Vertrag ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.** Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der Vertragspartner bin ich einverstanden. Durch meine Unterschrift wird die vorstehende Einwilligungserklärung mit den umseitig unter Punkt II. gedruckten näheren Erläuterungen zur Datenverarbeitung für die Durchführung des Vertrages und der Teilnahme an diesem Vertrag Bestandteil meiner TE/EWE.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des teilnehmenden Hausarztes

Stempel des teilnehmenden Hausarztes

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ

Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ

zu I. Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung zwischen der AOK PLUS und dem THV in Kooperation mit der KVT:

1. Ich bin umfassend über die vertraglich vereinbarten Grundsätze, Inhalte und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten informiert und erkenne diese vollumfänglich an.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass
 - a) meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages erfüllen muss.
 - b) meine Teilnahme – vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung durch die KVT – mit dem Unterschriftsdatum auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) beginnt und von mir mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
 - c) ich verpflichtet bin, die TE/EWE des Versicherten nach dessen Einschreibung an die AOK PLUS zu übermitteln. Ein Durchschlag verbleibt beim Versicherten, der zweite Durchschlag verbleibt beim Hausarzt.
 - d) dass ich im Rahmen des Betreuungsverhältnisses nach diesem Vertrag mit der Übernahme der Betreuung auch dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet bin. Die medizinisch-fachliche Verantwortung obliegt mir und wird durch die Regelungen des HzV-Vertrages nicht berührt.
 - e) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung bzw. Anstellung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - f) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, sofern in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen der verpflichtende Einsatz des zertifizierten AIS mit S3C-Schnittstelle nicht mehr gegenüber der KVT nachgewiesen wurde, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung bzw. eines Ausschlusses bedarf (gemäß Anlage 1 II. Abschnitt).
 - g) 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.
 - h) mir gegenüber meine Teilnahme an diesem Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann, wenn
 1. ich die Teilnahmeberechtigung gem. § 3 bzw. die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 4 i. V. m. Anlagen 1 und 2 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVT nicht innerhalb angemessener Frist beseitige;
 2. ich Fehlabrechnungen vornehme, es sei denn, es handelt sich um einen Einzelfall oder ein entschuldbares Versehen;
 3. 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 oder der Berufsordnung) verstoße.
 - i) ich bei Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages meine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe dieser zum Quartalsende gegenüber der KVT, sofern mich diese Änderungen und Ergänzungen betreffen, kündigen kann.
 - j) die Entscheidung über die Beendigung die Vertragspartner treffen und mir vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben ist, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.
 - k) die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
 - l) der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
 - m) die KVT die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der AOK PLUS abrechnet (§ 17).
 - n) der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt und dieser am Tag des Arztkontaktes bei der AOK PLUS versichert ist.
 - o) bei Teilnahme einer BAG/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der BAG/dem einzelnen angestellten Arzt zusteht.
 - p) die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
 - q) die Vergütung nach Maßgabe des § 19 vollständig oder teilweise gekürzt werden kann oder bereits erfolgte Vergütungen nachträglich korrigiert werden können, wenn ich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen verstoße.
 - r) sich der vorliegende Vertrag als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung versteht und – soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden – die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht, uneingeschränkte Anwendung finden. Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen insoweit die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und des von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Dessen Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Vertrag ergibt und es dessen Sinn und Zweck entspricht. Die Behandlung erfolgt nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.
 - s) ein Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und mir zustande kommt und die medizinische Verantwortung bei mir liegt.
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/BDSG-neu), des Sozialgesetzbuches (SGB) und die 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 sowie den THV darüber zu informieren.
4. Hiermit bestätige ich, dass meine Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte eine Zulassung bzw. eine Genehmigung für den Bezirk der KVT hat.
5. Ich werde der KVT unverzüglich mitteilen, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß dem Vertrag nicht mehr erfülle oder sich Änderungen meiner Stammdaten (insb. Änderungen der Bankverbindung oder Telefonnummer) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner und auf einem internetbasierten Informationsportal der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Ärzte und AOK PLUS-Versicherte bereit.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer Evaluation nach § 11 Abs. 6 teilzunehmen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird.

zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung zwischen der AOK PLUS und dem THV in Kooperation mit 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, §§ 73b, 284, 295, 295a und 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, die KVT und der THV. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT, AOK PLUS und THV 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, Löschung, Sperrung, Übertragbarkeit und Widerspruch gegen die Verarbeitung 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),
- auf Sperrung meiner Daten (Artikel 18 EU-DSGVO),
- auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 EU-DSGVO) und
- auf Widerspruch (Artikel 21 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 559-791 an die KVT senden.

Stand: 10/2021