Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Vertragsarzt)

zum Versorgungsmodul „Schnelltest PLUS“

zum Rahmenvertrag zur Umsetzung von digital gestützten Versorgungsanwendungen als Modellvorhaben nach § 64 SGB V zwischen der KVT und der AOK PLUS vom 15.07.2019

Seite 1 dieser Erklärung bitte an die KVT senden.

Faxnummer: 03643 559-791
E-Mail: qs-vertraege@kvt.de
Postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

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 Vertragsärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Vertragsarztes und des anstellenden Vertragsarztes bzw. des ärztlichen Leiters des MVZ auf dieser TE/EWE zwingend erforderlich.

Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) sind unverzüglich der KVT mitzuteilen.

Praxisart (Bitte ankreuzen)

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ Praxisgemeinschaft ☐ MVZ
☐ Einrichtung gemäß § 105 Abs. 1c oder 5 oder § 402 Abs. 2 SGB V

Stammdaten des teilnehmenden Vertragsarztes | **Meine Erklärung gilt für** (Mehrfachauswahl möglich): ☐ BSNR ☐ 1. NBSNR ☐ 2. NBSNR

LANR	BSNR	1. NBSNR	2. NBSNR

Titel	Nachname	Vorname

Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Titel	Nachname	Vorname

LANR	Name des MVZ

Notwendige Angaben des Vertragsarztes

☐ Vorhalten und Einsatz mindestens eines Point-of-Care-Testgerätes zur Bestimmung des quantitativen CRP, welches die Mindestvoraussetzungen gemäß §§ 1 und 2 des Anhang 1 zu Anlage 4 des o. g. Versorgungsmoduls (Kopie des Kauf-/Mietvertrages wird dieser TE/EWE beigefügt) erfüllt.

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Versorgungsmodul „Schnelltest PLUS“. 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 Versorgungsmoduls erfülle, ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Rahmenvertrages sowie des Versorgungsmoduls – insbesondere der umseitig unter Punkt I. beschriebenen Rechte und Pflichten – verpflichte und diese akzeptiere und meine Angaben vollständig und richtig sind.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung der Teilnahme an diesem Versorgungsmodul „Schnelltest PLUS“ ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodul 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 gedruckten näheren Erläuterungen zur Datenverarbeitung für die Durchführung des Versorgungsmoduls „Schnelltest PLUS“ und der Teilnahme an diesem Versorgungsmodul Bestandteil meiner TE/EWE.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des teilnehmenden Vertragsarztes

Stempel des teilnehmenden Vertragsarztes

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ

Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ

zu I. Teilnahme am Versorgungsmodul „Schnelltest PLUS“ zum Rahmenvertrag zur Umsetzung von digital gestützten Versorgungsanwendungen als Modellvorhaben nach § 64 SGB V zwischen der KVT und der AOK PLUS vom 15.07.2019

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
   - meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodul freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen des Rahmenvertrages und Versorgungsmoduls erfüllen muss.
   - meine Teilnahme – vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung durch die KVT – mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE beginnt und von mir mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
   - meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodul automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung bzw. Anstellung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
   - meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodul automatisch auch mit dem Wegfall der von mir geforderten Teilnahmevoraussetzungen gemäß diesem Rahmenvertrag und des Versorgungsmoduls endet. Die KVT teilt mir das Ende meiner Teilnahme schriftlich mit.
   - meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodul auf die Laufzeit dieses Versorgungsmoduls begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem dieses Versorgungsmodul oder der Rahmenvertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
   - ich bei Änderungen dieses Rahmenvertrages bzw. des Versorgungsmoduls meine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe dieser zum Quartalsende gegenüber der KVT, sofern mich diese Änderungen betreffen, kündigen kann.
   - die KVT in Abstimmung mit der AOK PLUS folgende Maßnahmen ergreifen kann, sofern ich gegen eine mir nach Maßgabe dieses Rahmenvertrages und des Versorgungsmoduls aufgrund meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße:
     - schriftliche Aufforderung durch die KVT, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
     - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Versorgungsmodul,
     - Beendigung der Teilnahmegenehmigung (mir ist vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern).
   - die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
   - der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
   - wenn ich zum Zeitpunkt der Anmeldung einer Rückforderung durch die AOK PLUS nicht mehr vertragsärztlich zugelassen bin und eine Verrechnung mit Honoraransprüchen nach diesem Versorgungsmodul durch die KVT nicht mehr möglich ist, die Honoraransprüche aus der Rückforderung durch die AOK PLUS gegenüber mir geltend gemacht werden.
   - 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.
   - die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
   - sich der vorliegende Rahmenvertrag 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 Rahmenvertrages und des Versorgungsmoduls 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 Rahmenvertrag und dem Versorgungsmodul mit geprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Rahmenvertrag und dem Versorgungsmodul ergibt und es dessen Sinn und Zweck entspricht. Die Behandlung erfolgt nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Versorgungsmoduls dem in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.
   - 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 (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), 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 DS-GVO verpflichte ich mich, auch die KVT und die AOK PLUS 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 des Rahmenvertrages bzw. des Versorgungsmoduls nicht mehr erfülle oder sich Änderungen meiner Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) 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.

7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer begleitenden Evaluation teilzunehmen.

zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsmodul „Schnelltest PLUS“ zum Rahmenvertrag zur Umsetzung von digital gestützten Versorgungsanwendungen als Modellvorhaben nach § 64 SGB V zwischen der KVT und der AOK PLUS vom 15.07.2019

Zweck, Umfang und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Im Rahmen der Durchführung dieses Versorgungsmoduls werden meine personenbezogenen Daten, welche im Zusammenhang mit der Ausübung meiner Tätigkeit als Vertragsarzt 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 Versorgungsmodul i. V. m. Artikel 5, Artikel 6 Abs. 1 lit. a) und Artikel 9 lit. a), f) und h) DS-GVO, § 64 SGB V, §§ 284, 295, 295a und 304 SGB V und § 84 SGB X.

Die Datenverarbeitung erfolgt mit meiner Kenntnis. Ich kenne den Inhalt dieses Versorgungsmoduls und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung meiner Teilnahme an diesem Versorgungsmodul verbundene Datenverarbeitung. Empfänger meiner Daten sind die AOK PLUS und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVT und AOK PLUS bin ich einverstanden.

Die Speicherungsdauer der Daten ergibt sich aus diesem 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, Übertragbarkeit, Einschränkung der und Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner Daten

Ich habe das Recht

- auf Auskunft zu meinen Daten (Artikel 15 Abs. 1 und 2 DS-GVO),
- auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 DS-GVO),
- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 DS-GVO),
- auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO),
- auf Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)und
- auf Widerspruch (Artikel 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).

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 Widerrufes:

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 Versorgungsmodul 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 an die KVT senden.

Faxnummer: 03643 559 791
E-Mail: qs-vertraege@kvt.de
Postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar