



<p><b>Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Vertragsarzt)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>zum Versorgungsmodul „eKonsil PLUS“</b></p> <p>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</p>	<div style="text-align: right;">   <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <p><b>kvt</b> Kassenärztliche Vereinigung Thüringen</p> </div> </div> <p><b>Wichtige Hinweise:</b> 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.</p> <p><b>Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) und der Wegfall der - gemäß § 2 Absatz 2 des Versorgungsmoduls - geforderten Vorhaltung des Moduls eKonsil PLUS sind unverzüglich der KVT mitzuteilen.</b></p> <p><b>Praxisart (Bitte ankreuzen)</b></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 § 402 Abs. 2 SGB V     </p>
<p><b>Seite 1 dieser Erklärung bitte an die KVT senden.</b></p> <p><b>Faxnummer: 03643 559-791</b>  <b>E-Mail: <a href="mailto:service.stelle@kvt.de">service.stelle@kvt.de</a></b>  <b>Postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar</b></p>	

<p><b>Stammdaten des teilnehmenden Vertragsarztes</b></p> <p>LANR <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Titel <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><b>Meine Erklärung gilt für (Mehrfachauswahl möglich):</b>            <input type="checkbox"/> BSNR            <input type="checkbox"/> 1. NBSNR            <input type="checkbox"/> 2. NBSNR</p> <p>1. NBSNR <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2. NBSNR <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
--	---

<p><b>Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ</b></p>		
<p>Titel <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>LANR <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Name des MVZ <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/></p>

<p><b>Notwendige Angaben des Vertragsarztes</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vorhandensein des Moduls eKonsil PLUS von einem seitens der KVT anerkannten Praxisverwaltungssystems  <i>(Kopie des Softwarelizenzvertrages oder Bestätigung des PVS-Herstellers wird dieser TE/EWE beigelegt).</i></p> <p><input type="checkbox"/> Fachgebiet/Schwerpunkt: _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> (betriebsstättenbezogene) KIM-Adresse – Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen</p>
--

**I. Teilnahmeerklärung**

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Versorgungsmodul „eKonsil 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 „eKonsil PLUS“, der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten und den internetbasierten Informationsportalen der Vertragspartner sowie im Leistungserbringerverzeichnis des eKonsil PLUS ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodul ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.** Durch meine Unterschrift wird die vorstehende Einwilligungserklärung mit den umseitig gedruckten näheren Erläuterungen zur Datenverarbeitung für die Durchführung des Versorgungsmoduls „eKonsil PLUS“ und der Teilnahme an diesem Versorgungsmodul Bestandteil meiner TE/EWE.

<p>Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>_____ Unterschrift des teilnehmenden Vertragsarztes</p>  <p>Datum (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>_____ Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 20px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stempel des teilnehmenden Vertragsarztes</p>   <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p>
--	---

**zu I. Teilnahme am Versorgungsmodul „eKonsil 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
  - a. meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodul freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen des Rahmenvertrages und Versorgungsmoduls erfüllen muss.
  - b. 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.
  - c. der Anspruch auf die Vergütung gemäß § 7 Absatz 2 auf acht Quartale ab Teilnahmebeginn begrenzt ist.
  - d. 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.
  - e. meine Teilnahme an diesem Versorgungsmodul automatisch auch mit dem Wegfall der von mir geforderten Teilnahmevoraussetzungen gemäß diesem Rahmenvertrag und des Versorgungsmoduls endet.
  - f. 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.
  - g. 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.
  - h. 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:
    - (ha) schriftliche Aufforderung durch die KVT, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
    - (hb) keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Versorgungsmodul,
    - (hc) Beendigung der Teilnahme genehmigung (mir ist vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern).
  - i. die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
  - j. der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
  - k. 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.
  - l. 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.
  - m. die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
  - n. 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 das Versorgungsmodul mitgeprägt 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 in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.
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 (DSGVO), 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 DSGVO 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,
  - a. wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen des Rahmenvertrages bzw. des Versorgungsmoduls nicht mehr erfülle,
  - b. wenn sich Änderungen meiner Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) ergeben oder
  - c. wenn die geforderte Vorhaltung gemäß § 2 Absatz 2 des Versorgungsmoduls eKonsil PLUS wegfällt.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner und auf internetbasierten Informationsportalen der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift, Fachgebiet/Schwerpunkt und Telefonnummer. Im Weiteren stimme ich der Veröffentlichung meiner Teilnahme am eKonsil PLUS und der Vertragsarztstammdaten (Vor- und Nachname Vertragsarzt, Adresse, Fachgebiet/ Schwerpunkt) inklusive der KIM-Adresse im Leistungserbringerverzeichnis des eKonsil PLUS zu.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer begleitenden Evaluation teilzunehmen.

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

**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, der Versicherten und der am eKonsil PLUS teilnehmenden Vertragsärzte 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) DSGVO, §§ 64, 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, die KVT und die am eKonsil PLUS teilnehmenden Vertragsärzte. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten und den internetbasierten Informationsportalen der Vertragspartner bin ich einverstanden.

Die Speicherdauer 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 DSGVO),
- auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X),
- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 DSGVO),
- auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DSGVO),
- auf Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X) und
- auf Widerspruch (Artikel 21 DSGVO 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](mailto: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 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: [service.stelle@kvt.de](mailto:service.stelle@kvt.de)

Postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar