

<p style="text-align: center;">Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt</p> <p style="text-align: center;">Erklärung zur Teilnahme am Rahmenvertrag der BARMER</p> <p>nach § 140a SGB V zur Verbesserung und Förderung der vernetzten medizinischen Versorgung in Thüringen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und der BARMER</p> <p>Seite 1 dieser Erklärung und ggf. den Nachweis (gemäß Anhang 1 bzw. 2) der persönlichen und/oder sachlichen Anforderungen per Fax 03643 559-750 an die KVT senden.</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 ärztlichen 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>
---	--

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: 100%;" type="text"/>	BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/>
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>
1. NBSNR <input style="width: 100%;" type="text"/>	2. NBSNR <input style="width: 100%;" type="text"/>
Anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ	
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>
LANR <input style="width: 100%;" type="text"/>	Name des MVZ <input style="width: 100%;" type="text"/>

Ich erfülle die persönlichen und/oder sachlichen Teilnahmevoraussetzungen für folgende Versorgungsmodule/Anlagen dieses Rahmenvertrages und bitte um entsprechende Prüfung sowie Bestätigung seitens der KVT (Bitte Zutreffendes ankreuzen).

"ZNS-Konsil" - Anlage 6 dieses Vertrages (Bitte gesonderte Erklärung - Anhang 2 zur TE/EWE - ausfüllen und beifügen)

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme an dem Rahmenvertrag der BARMER. 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 Rahmenvertrages erfülle, ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Rahmenvertrages – 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 Rahmenvertrag der BARMER ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Rahmenvertrag 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 Rahmenvertrages und der Teilnahme an diesem Rahmenvertrag Bestandteil meiner TE/EWE.

<p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des teilnehmenden Arztes</p> <p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin-bottom: 10px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stempel des teilnehmenden Arztes</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stempel des anstellenden Vertragsarztes/ärztlichen Leiters des MVZ</p>
--	---

zu I. Teilnahme am Rahmenvertrag zwischen der KVT und der BARMER

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 Rahmenvertrag freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen des Rahmenvertrages, der Anlagen und Versorgungsmodule 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.
 - ich verpflichtet bin, die TE/EWE des Versicherten nach dessen Einschreibung in der Arztpraxis aufzubewahren und eine Kopie der TE/EWE inklusive Patienteninformation (Anlage 3 des Rahmenvertrages) dem Versicherten auszuhändigen.
 - ich die original unterzeichnete TE/EWE des Versicherten für eine mögliche stichprobenhafte Prüfung der BARMER aufzubewahren habe.
 - ich die original unterzeichnete TE/EWE des Versicherten für eine Dauer von 6 Jahren ab Ende des Jahres, in dem die Teilnahme des Versicherten an diesem Rahmenvertrag und der Anlagen bzw. der Versorgungsmodule beendet wurde, von mir aufzubewahren ist.
 - ich mit der Übernahme der Abr.-Nr. 99018F in die Abrechnungsunterlagen bestätige, dass
 - der Versicherte an diesem Rahmenvertrag und der Anlagen bzw. der Versorgungsmodule teilnimmt
 - der Versicherte bzw. dessen gesetzlicher Betreuer die TE/EWE unterschrieben hat
 - die TE/EWE von mir nach den Bestimmungen des § 4 des Rahmenvertrages aufbewahrt wird
 - meine Teilnahme an diesem Rahmenvertrag automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung bzw. Anstellung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - meine Teilnahme an diesem Rahmenvertrag automatisch auch mit dem Wegfall der von mir geforderten Teilnahmevoraussetzungen gemäß diesem Rahmenvertrag endet. Die KVT teilt mir das Ende meiner Teilnahme schriftlich mit.
 - meine Teilnahme an diesem Rahmenvertrag auf die Laufzeit dieses Rahmenvertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem dieser Rahmenvertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
 - ich bei Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Rahmenvertrages, der Anlagen bzw. der Versorgungsmodule meine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe dieser zum Quartalsende gegenüber der KVT, sofern mich diese Änderungen und Ergänzungen betreffen, kündigen kann.
 - die KVT in Abstimmung mit der BARMER folgende Maßnahmen ergreifen kann, sofern ich gegen eine mir nach Maßgabe dieses Rahmenvertrages 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 Rahmenvertrag,
 - Beendigung der Teilnahme genehmigung.
 - 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.
 - die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
 - der Vergütungsanspruch gegenüber der BARMER besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
 - wenn ich zum Zeitpunkt der Anmeldung einer Rückforderung durch die BARMER nicht mehr vertragsärztlich zugelassen bin und eine Verrechnung mit Honoraransprüchen nach diesem Rahmenvertrag, den Anlagen bzw. den Versorgungsmodulen durch die KVT nicht mehr möglich ist, die Honoraransprüche aus der Rückforderung durch die BARMER 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 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 mit geprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Rahmenvertrag ergibt und es dessen Sinn und Zweck entspricht. Die Behandlung erfolgt nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Rahmenvertrages 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 (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 DSGVO verpflichte ich mich, auch die KVT und die BARMER 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 Rahmenvertrag 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 Rahmenvertrag zwischen der KVT und der BARMER

Zweck, Umfang und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Im Rahmen der Durchführung dieses Rahmenvertrages 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 BARMER, Information der Versicherten und Bearbeitung der TE/EWE (inkl. Anhang 1 und 2) verarbeitet.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bildet diese Einwilligungserklärung zu diesem Rahmenvertrag i. V. m. Artikel 5, Artikel 6 Abs. 1 lit. a) und Artikel 9 lit. a), f) und h) DSGVO, § 140a SGB V, §§ 284, 295, 295a und 304 SGB V und § 84 SGB X.

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

Die Speicherdauer der Daten ergibt sich aus dem Rahmenvertrag 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 DSGVO),
- auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 DSGVO),
- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 DSGVO),
- auf Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 DSGVO),
- auf Datenübertragbarkeit meiner Daten (Artikel 20 DSGVO) und
- auf Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner Daten (Artikel 21 DSGVO).

Verantwortlicher:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar. 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 BARMER erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die BARMER wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die BARMER 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 Rahmenvertrag 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.