

Anlage 2a (Teilnahmeerklärung Vertragsarzt)

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

_____ Name, Vorname (Kassenarzstempel :)
--

Teilnahmeerklärung am Programm Brustkrebs

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms 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 Disease-Management-Programms Brustkrebs im Rahmen des Vertrags zwischen der KVH und den teilnehmenden Krankenkassen nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß Anlage 5, der Qualitätssicherung gemäß §§ 10 bis 12 und der Aufgaben gemäß §§ 3 bis 8.

Mir und den angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden können

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften der DS-GVO und der Spezialvorschriften für die

Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und

- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung der Patientin einhole, die Patientin ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie die Aufbewahrung ihrer Daten unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).
- den in der Anlage 4b (Anlage Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte

erfüllen

- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage „Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztlichen Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnissen oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Anlage 9 in dem Verzeichnis der Leistungserbringer nach Anlage 9 des Vertrages,
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die teilnehmenden Krankenkassen, an die Datenstelle, an das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß §§ 10 bis 12 unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen
- der Einschaltung der von den Vertragspartnern beauftragten Datenstelle nach § 23 des Vertrages.

Die in der Anlage 4b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihrer Daten gemäß Anlage 9 in dem Verzeichnis der Leistungserbringer nach Anlage 9 des Vertrages,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, an die Datenstelle, an das BVA und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß §§ 10 bis 12 unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der KVH (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft),

- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den Krankenkassen in Hamburg

geschlossenen Vertrag (Beauftragungsvertrag Datenstelle) genehmige ich. Das gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die beteiligten Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt des Vertrages zu informieren.

Ich beauftrage die Datenstelle / die Arbeitsgemeinschaft

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, 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 Vertrags zu informieren.

.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs nehme ich teil:

- persönlich**
- durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes)**
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes)**

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

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

- a) _____ [BSNR/Anschrift]
- b) _____ [BSNR/Anschrift]
- c) _____ [BSNR/Anschrift]
- d) _____ [BSNR/Anschrift]
- e) _____ [BSNR/Anschrift]

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich ermächtige sie insbesondere dazu,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und

2. die Dokumentationsdaten der Anlage 4 der DMP-Anforderungen-Richtlinie an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, 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 Vertrags zu informieren.

Das auf der Seite der KVH unter <http://www.kvhh.net> eingestellte Arztmanual habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift