

Anlage 7

DMP Brustkrebs

Teilnahmeerklärung Ärzte und Medizinische Versorgungszentren

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V i.V.m. § 83 SGB V Brustkrebs zwischen der KVSH, Bad Segeberg und der AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse., Dortmund; dem BKK-Landesverband NORDWEST, Hamburg; der IKK-Nord, Schwerin; der KNAPPSCHAFT und dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel

Lebenslange Arztnummer (LANR)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Praxisort

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 zugrunde gelegten 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 KVSH und den am Vertrag beteiligten Krankenkassen nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 11, der Qualitätssicherung nach § 12 und der Aufgaben nach § 6.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, 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 Vorschriften der DS-GVO und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- bei jeder Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).
- den in der Anlage 7a (Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung Ärzte und Medizinische Versorgungszentren) 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 Personendaten an Dritte erfüllen.
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage 7a (Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung Ärzte und Medizinische Versorgungszentren) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich stimme

- der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Anlage 11 in dem gesonderten Verzeichnis „ambulantes Leistungserbringerverzeichnis KVSH“ (Anlage 11),
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmer am Vertrag Brustkrebs“ an die teilnehmenden Ärzte, an die am Vertrag beteiligten Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung nach § 12 des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

zu.

Die in der Anlage 7a (Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung Ärzte und Medizinische Versorgungszentren) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihrer Daten gemäß Anlage 11 im Verzeichnis „ambulantes Leistungserbringerverzeichnis KVSH“ (Anlage 11),
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß § 12 des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist;
2. ich den Vertrag gemäß § 6 Abs. 9 kündigen kann,
3. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
4. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 6 Abs. 8 sanktioniert werden.
5. der Vertrag kann von der KVSH und den am Vertrag beteiligten Krankenkassen zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Quartalsende.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und den Krankenkassen nehme ich teil:

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe Anlage 7a „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren“)
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Anlage 7a „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren“)

Ich möchte als betreuender DMP-Arzt gemäß § 6 Abs. 2 i.V.m. Anlage 1 des Vertrages teilnehmen.

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation.

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

- a) _____ [BSNR mit Anschrift]
- b) _____ [BSNR mit Anschrift]
- c) _____ [BSNR mit Anschrift]
- d) _____ [BSNR mit Anschrift]

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

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich als koordinierender Arzt gemäß § 3 den in meinem Namen DAVASO GmbH (Datenstelle) geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- DAVASO GmbH, Sommerfelder Str. 120, 04316 Leipzig (Datenstelle),
 - der ArGe DMP SH und der GE DMP sowie
 - der KVSH, der KGSH sowie den teilnehmenden Krankenkassen
- vom 01.04.2005 spezifiziert ist.

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

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP SH und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP SH, 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.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des
Vertragsarztes bzw. Medizinischen
Versorgungszentrums