Anlage 3

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/ zu angestellten Ärzten für das Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Ressort Qualität/116 117 Sachsen
FB Qualitätssicherung
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig

1. Teilnahmeerklärung am Programm Brustkrebs

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen 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 strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen nehme ich - persönlich oder durch angestellte Ärzte - teil.
Mit dieser Teilnahme verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben des Abschnitts II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir - persönlich oder durch angestellte Ärzte - behandelten Versicherten aufgrund des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Brustkrebs, 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 personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und der sozialrechtlichen Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahmeerklärung die einmalige 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) und
- den 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 und datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO zur
  - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
  - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritte

  erfüllen,
- gegenüber der KVS nachweise, dass die bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVS in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere sowie

- die Patientin in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungsangebote der einzelnen Krankenkassen informiere.
- die von mir und der Versicherten unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung, spätestens zusammen mit der vollständigen Erstdokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL an die Datenstelle weiterleite.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift, meiner lebenslangen Arztnummer sowie Betriebsstättennummer in dem gesonderten Leistungserbringerverzeichnis "Leistungserbringerverzeichnis ambulant",
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses "Leistungserbringerverzeichnis ambulant" an die teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), den Landesprüfdienst, an die teilnehmenden stationären Einrichtungen und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach der DS-GVO (die Verwendung der erhobenen Dokumentationsdaten nach diesem Vertrag durch Dritte ist ausgeschlossen).

Die angestellten Ärzte, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, erklären sich einverstanden über:

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis" nach § 8 des Vertrages.
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die an die teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), den Landesprüfdienst, an die teilnehmenden stationären Einrichtungen und an die teilnehmenden Versicherten sowie
- die Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen insbesondere nach der DS-GVO.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass:

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und die Kündigungsfrist vier Wochen zum Ende eines Quartals beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit oder mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.
4. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVS nachzuweisen sind.

Am Vertrag über ein DMP zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen möchte ich als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrages teilnehmen

☐ **persönlich**

☐ **durch angestellte Ärzte**

☐ **persönlich und durch angestellte Ärzte**

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____ **[LANR]**

und

☐ erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - vollständig. Die entsprechenden Nachweise

☐ liegen der KVS vor ☐ sind in Kopie beigefügt

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt/Ärzte **erbringt / erbringen Leistungen:**

1._____ _____ _____ ☐☐☐☐☐☐

Name, Vorname, Titel [LANR] [(N)BSNR] ab Datum

2._____ _____ _____ ☐☐☐☐☐☐

Name, Vorname, Titel [LANR] [(N)BSNR] ab Datum

3._____ _____ _____ ☐☐☐☐☐☐

Name, Vorname, Titel [LANR] [(N)BSNR] ab Datum

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

a) _____[(N)BSNR]

b) _____[(N)BSNR]

c) _____[(N)BSNR]

d) _____[(N)BSNR]

e) _____[(N)BSNR]

Gleichzeitig genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- **der Datenstelle nach § 21 des Vertrages,**
- **der Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR**
- **der Gemeinsamen Einrichtung DMP Sachsen GbR sowie**
- **den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen in Sachsen spezifiziert ist.**

Damit beauftrage ich die Datenstelle mit

- **der Überprüfung der von mir - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität, ggf. Nachforderung zur Korrektur und**
- **der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß DMP-A-RL Anlage 4 i. S. d. § 28 f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle.**

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt (Abdruck / Internetseite o. a.) zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR, die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR und die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Sachsen GbR, 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 Vertrages zu informieren.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und Vertragsarztstempel