

Anlage 3 „Teilnahmeerklärung Arzt“

zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Brustkrebs zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus, der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt in der Fassung vom 01.10.2018

Teilnahmeerklärung des Arztes zum Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Teilnahmeerklärung am Programm Brustkrebs

1.) Ich bin umfassend über das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir im Rahmen von Arztinformationsveranstaltungen oder durch das Arztmanual transparent dargelegt worden und ich habe diese zur Kenntnis genommen.

Am Vertrag zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs im Rahmen des Vertrags zwischen der KVSA und der Krankenkasse nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des strukturierten Behandlungsprogramms, dass ich

- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften der DSGVO beachte und
- bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die freiwillige schriftliche Einwilligung der Patientin einhole, die Patientin ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte.

Ich bin mit der Aufnahme und Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben in einem von der KVSA geführten Verzeichnis „Teilnehmende Ärzte am Behandlungsprogramm Brustkrebs“ (Anlage 4 des Vertrages) einverstanden:

- Eintritts- und Austrittsdatum
- Lebenslange Arztnummer (LANR)
- Betriebsstättennummern (BSNR)
- Titel, Name und Vorname des Arztes
- Praxistelefonnummer und Praxisanschrift
- Fachgruppe
- Anschrift der jeweiligen Betriebsstätten
- der Kennzeichnung als Arzt gemäß § 3 des Vertrages mit einer möglichen Differenzierung nach:
 - Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - onkologisch verantwortlicher Arzt
- Kennzeichnung weiterer Besonderheiten, „1“ = „Ruhe der vertragsärztlichen Tätigkeit“

2.) Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass das Leistungserbringer- bzw. Teilnehmerverzeichnis folgenden Personen gemäß § 8 des Vertrages zur Verfügung gestellt wird:

- dem Bundesversicherungsamt (BVA) bzw. dem Landesprüfdienst
- den teilnehmenden Krankenkassen
- den am Vertrag teilnehmenden Ärzten
- den teilnehmenden Patienten
- bei Bedarf zur Einsicht den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkasse, insbesondere bei Neueinschreibung
- der Datenstelle zur Verwendung im Rahmen ihrer vertraglich vereinbarten Aufgaben

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

3.) Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der KVSA zum Ende des Quartals erklären. Diese Erklärung erfolgt schriftlich. Die Erklärungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. meine Teilnahme an dem Vertrag mit dem Bescheid über das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVSA ruht.
4. eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Maßnahmen gemäß § 12 des Vertrages Brustkrebs zur Folge haben.
5. meine im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkasse und die KVSA weitergeleitet werden.
6. die Dokumentationsdaten für die Evaluation und für die Qualitätssicherung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen genutzt werden

4.) Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß des Vertrages Brustkrebs bin ich einverstanden. Ich bevollmächtige die KVSA in meinem Namen, einen Vertrag mit der Datenstelle zur Regelung der folgenden Sachverhalte zu schließen:

1. die von mir im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erstellten Dokumentationen entgegenzunehmen, zu erfassen und auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
2. ggf. die fehlenden, unvollständigen oder implausiblen Dokumentationen nachzufordern,
3. die Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen (Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V, Krankenkasse) i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV weiterzuleiten,

5.) Ich weiß, dass mir gegen die Datenstelle ein vertraglicher Anspruch auf Durchführung dieser Tätigkeiten zusteht.

Teilnahmemöglichkeiten am strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

Ich möchte als koordinierender Arzt gemäß § 3 des Vertrags teilnehmen:

a) als **Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1.1

b) als **Facharzt für Innere Medizin** und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1.2

c) als **Facharzt für Chirurgie** und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1.3

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

(bei angestellten Ärzten ist zusätzlich Unterschrift und Arztstempel des anstellenden Arztes erforderlich!)

LANR

BSNR

(Bitte ggf. alle Betriebsstätten angeben, an denen die Leistungen des Vertrages erbracht werden sollen.)