

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes / Medizinischen Versorgungszentrums / ermächtigten Arztes zum DMP „Brustkrebs“

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V für die
Diagnose Brustkrebs zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Schwachhauser Heerstr. 26/28

28209 Bremen

Teilnahmeerklärung am DMP Brustkrebs

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Disease-
Management-Programms (DMP) Brustkrebs informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten
Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten
Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen
(KVHB) und den Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil. Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte
ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte
gemäß § 7, der Aufgaben gemäß Abschnitt II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und
den von mir behandelten Versicherten aufgrund des DMP, 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 EU-DGSVO; des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen
sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen
technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie
Dauer der Aufbewahrung unterrichte, den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext
kennzeichne und den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation
aushändige,
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten
Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche oder elektronische
Einwilligung (Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. Anlage 4) des Patienten einhole,

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/ Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zum DMP zukommen lasse und sicherstelle, dass diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) sowie Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Personendaten an Dritteerfüllen.

Die bei mir angestellten Ärzte und ich sind einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Angaben gemäß § 6 Abs. 1 des o.g. Vertrages in dem gesonderten Leistungserbringerverzeichnis auch im Internet (Arztauskunft KV Bremen),
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die am DMP teilnehmenden Ärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE), an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen/- verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung dieser für die Qualitätssicherung und der Evaluation gemäß Abschnitt VIII und IV des Vertrags unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

Hinweis: Die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im „Brustkrebs“ kann jederzeit widerrufen werden. Mit dem Zugang des Widerrufs bei der KV Bremen endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Quartals,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen zu Maßnahmen gemäß § 10 des Vertrages führt.
- die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Brustkrebs zwischen der KVHB und den Krankenkassen nehme ich teil

☐ persönlich

☐ im Rahmen einer Zulassung

☐ im Rahmen einer Ermächtigung

☐ durch angestellte Ärzte

☐ persönlich und durch angestellte Ärzte

Vor- und Nachname: _____

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

LANR

Vor- und Nachname des angestellten Arztes: _____

Lebenslange Arztnummer des angestellten Arztes lautet: _____

LANR

1. Ich möchte teilnehmen als koordinierender Arzt (1. Versorgungsebene)

gemäß § 3 Abs. 2 als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin
und erfülle die Strukturvoraussetzungen der Anlage 1

☐

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

a) _____ [BSNR] b) _____ [BSNR]

c) _____ [BSNR] d) _____ [BSNR]

Hinweis: Eine Genehmigung des Antrags kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden.

Gleichzeitig genehmige ich hiermit den in meinem Namen mit der Gemeinsamen Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Gemeinsamen Datenstelle nach § 25 des Vertrages,
- der Bremischen Arbeitsgemeinschaft DMP
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bremen sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Gemeinsame Datenstelle

- mit der Überprüfung der von mir erstellten Dokumentationen und der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen auf Vollständigkeit und Plausibilität, ggf. Nachforderung zur Korrektur,
- die Datensätze gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL an entsprechende Stellen weiterzuleiten.

Ich beauftrage die KVHB mit der Wahrnehmung der Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der von mir an die Datenstelle übertragenen Aufgaben.

Ich habe mich auf der Internetseite der KVHB umfassend und vollständig über den genauen Vertragsinhalt zum DMP Brustkrebs sowie meine Pflichten und Verantwortlichkeiten informiert und bestätige hiermit, den Inhalt zur Kenntnis genommen und die für meine Teilnahme relevanten Unterlagen sowie das Praxismanual über die Internetseite der KVHB erhalten zu haben. ☐

Aus den vorgenannten Gründen verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages und bestätige die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer
(bei angestellten Ärzten: Unterschrift des
anstellenden Arztes bzw. des MVZ- Leiters)