

## **Anlage 8 – Teilnahmeerklärung DMP-verantwortlicher Vertragsarzt gemäß § 5 des Vertrages**

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Brustkrebs zwischen der KGMV, der KV MV und der AOK Mecklenburg-Vorpommern, dem BKK-Landesverband NORD, der Bundesknappschaft VST Cottbus, dem IKK Landesverband Nord, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Berlin, dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern und dem Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V. Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

# **Teilnahmeerklärung DMP-verantwortlicher Vertragsarzt zum DMP Brustkrebs**

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Straße 22

19057 Schwerin

### **Teilnahmeerklärung am DMP Brustkrebs**

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Brustkrebs 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 KGMV, der KV MV und den am Vertrag beteiligten Krankenkassen /-verbänden nehme ich teil.

---

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß *Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitt II*.

---

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

Bundesdatenschutzgesetzes 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 8a (Anlage Ergänzungserklärung Leistungserbringer) 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 Dritteerfüllen
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ 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 mit

- der Veröffentlichung meines Namens in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am DMP Brustkrebs“,
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmende Vertragsärzte am DMP Brustkrebs“ an die teilnehmenden DMP-verantwortlichen Vertragsärzte, an die teilnehmenden stationären Einrichtungen, an beteiligten Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentation und Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 8a (Anlage Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über:

- die Veröffentlichung ihres Namens im Leistungserbringerverzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am DMP Brustkrebs“
- die Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmende Vertragsärzte am DMP Brustkrebs“ an die teilnehmenden DMP-verantwortlichen Vertragsärzte, an die teilnehmenden stationären Einrichtungen, an beteiligten Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

---

Mir und den angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Kalendervierteljahres,
  2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
  3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.
-

Ich möchte als DMP-verantwortlicher Vertragsarzt gemäß § 4 Abs. 2 i. V m. Anlage 3 des DMP Vertrages

**persönlich**

**durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")**

**persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")**

teilnehmen.

**Meine lebenslange Arztnummer lautet:** \_\_\_\_\_

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

a) \_\_\_\_\_ [BSNR]

b) \_\_\_\_\_ [BSNR]

c) \_\_\_\_\_ [BSNR]

d) \_\_\_\_\_ [BSNR]

e) \_\_\_\_\_ [BSNR]

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag, vom 01.04.2006 zwischen

- INTER-FORUM. (Datenstelle )
- Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V im DMP Brustkrebs Mecklenburg-Vorpommern **Geschäftsstelle: VdAK/AEV Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern; Werderstr. 77a, 19055 Schwerin**

und **den vertragsabschließenden Krankenkassen /-verbänden.**

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms Brustkrebs erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 4 RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren (Internet KV MV).

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, 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 Praxis-Manual habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Kassenarztstempel