

Anhang zum DMP-Vertrag Brustkrebs

Erklärung bzw. Verpflichtung

Das Arztmanual habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

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 medizinischen Inhalte und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

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

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 des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe
- und

- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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),
- 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 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 Niedersachsen nachweise, dass die bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich und die bei mir angestellten Ärzte bin/sind einverstanden mit

- der Veröffentlichung unserer Namen, der Praxisanschrift in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Brustkrebs“,
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmer am Vertrag Brustkrebs“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die beteiligten Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

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 Kalendervierteljahres,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung oder Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet, die Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Maßnahmen gem. § 12 zur Folge hat.

Einschaltung der Datenstelle gem. DMP-Vertrag

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

Mit der Einschaltung der Datenstelle gem. DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Ich ermächtige die Datenstelle insbesondere dazu,

- die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen
- und
- die Dokumentationsdaten gem. Ziffer 5 der DMP-Richtlinie an die Arbeitsgemeinschaft und an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Den vollständigen DMP-Vertrag Brustkrebs können Sie unter www.kvn.de > Verträge > DMP strukturierte Behandlungsprogramme > DMP Brustkrebs nachlesen

(Stand: 01.07.2013)