

**Anlage**  
**Teilnahmeerklärung koordinierender Vertragsarzt**  
zum Vertrag DMP Brustkrebs zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen im Land  
Brandenburg

**Teilnahmeerklärung des koordinierenden Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm  
Brustkrebs**

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam

über die  
Gemeinsame Einrichtung  
nach § 28f Abs. 2 Nr. 1c RSAV

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 zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg bzw. der LKB und den Krankenkassen nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages. Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den teilnehmenden Krankenhäusern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir 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 (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und für die Datensicherheit die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung i.V.m. dem Bundesdatenschutzgesetz beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige schriftliche Einwilligung der Patientin einhole, die Patientin ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und ihr jeweils eine Ausfertigung der Dokumentationsdaten übergeben werde,
- die Patientin in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungsangebote der einzelnen Krankenkassen informiere und
- im Falle des Wechsels des koordinierenden Arztes gemäß § 17 dem neu gewählten koordinierenden Arzt auf Anforderung alle einschlägigen Befunddaten übergebe.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift im „Verzeichnis der koordinierenden Vertragsärzte DMP Brustkrebs“,
- der Weitergabe meiner Daten gemäß dem „Verzeichnis der koordinierenden Vertragsärzte DMP Brustkrebs“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, die Datenstelle, die LKB, die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), die zuständige Aufsichtsbehörde, teilnehmende Krankenhäuser sowie an die teilnehmenden Versicherten,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten über die Datenstelle an die Gemeinsame Einrichtung und deren Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages und an ein von den Krankenkassen mit der Evaluation des Vertrages beauftragtes unabhängiges Institut unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist (Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.),
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet bzw. ruht,
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 Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 nachzuweisen sind.

Meine lebenslange Arztnummer lautet: \_\_\_\_\_ (LANR)

Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrages teilnehmen.

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

Mit der Einschaltung einer Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich bevollmächtige die KVBB zur Beauftragung der Datenstelle, insbesondere mit der Überprüfung der von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität und der Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV.

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

a) \_\_\_\_\_ (BSNR)

b) \_\_\_\_\_ (BSNR)

Ich bestätige die Teilnahme an einer Arztinformativveranstaltung zum DMP Brustkrebs bzw. das Studium des Arztmanuals.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw. des anstellenden Vertragsarztes