



## **zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen**

### **Teilnahmeerklärung des Arztes zum strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs**

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

**Telefax:  
0231/9432-1569**

### **Teilnahmeerklärung am Programm Brustkrebs**

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.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KVWL nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 12 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.

Bei der Durchführung des Programms

- beachte ich die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften der DS-GVO und des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung und treffe hierfür noch notwendige technische oder organisatorische Maßnahmen insbesondere durch Information meines Praxispersonals,
- informiere ich die Patientinnen ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung. Die Patientinnen werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL mittels einer Ausfertigung der Dokumentationsdaten informiert. Soweit erforderlich (z.B. bei Datenbanken) kennzeichne

ich den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext,

- informiere ich die Patientinnen in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die Beratungsangebote der Krankenkassen.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift als "Teilnehmer am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) Brustkrebs",
- der Weitergabe des Verzeichnisses "Teilnehmer an der Vereinbarung über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Brustkrebs" an die teilnehmenden Ärzte, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherer,
- den Regelungen über die Dokumentation nach den Abschnitten VIII und IX der Vereinbarung sowie der Evaluation und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV der Vereinbarung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen,
- der Einschaltung der von den Vertragspartnern beauftragten Datenstelle nach Abschnitt VIII der Vereinbarung,

einverstanden.

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft) sowie
- den Krankenkassen in Westfalen-Lippe

geschlossenen Datenstellenvertrag genehmige ich. Das Gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren.

Ich beauftrage die Datenstelle/die Arbeitsgemeinschaft

- die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Korrekturen bei mir nachzufordern, sowie
- die Dokumentationsdaten an die jeweilige Krankenkasse, KVWL und Gemeinsame Einrichtung weiterzuleiten.

Einbindung angestellte Ärzte

- Die in der ergänzenden Erklärung aufgeführten angestellten Ärzte sind zu den o.a. Verpflichtungen - insbesondere den Regelungen der medizinischen Inhalte nach Ziffer 1 der Anlage 3 der DMP-A-RL, den Datenflüssen nach dem Datenstellenvertrag und des Datenschutzes - ausführlich schriftlich informiert worden. Die angestellten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt.
- Die von mir angestellten Ärzte sind mit der Veröffentlichung im Ärzteverzeichnis einverstanden sowie der Weiterleitung dieses Verzeichnisses an die entsprechenden Stellen nach der DMP-Vereinbarung.
- Die KVWL wird unverzüglich über Änderungen im Angestelltenverhältnis informiert.

Ich erkläre die Teilnahme:

- Leistungserbringung durch mich persönlich und/oder  
 durch angestellte Ärzte (vgl. gesonderte Erklärung)

Die LANR lautet: \_\_\_\_\_

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

1. BSNR
2. BSNR
3. BSNR
4. BSNR

Ich bestätige den Erhalt und die Kenntnisnahme der schriftlichen Arztinformation (s. umfangreicher Informationen über die tagesaktuellen Internetseiten der KVWL).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel