

# Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
SACHSEN



Erklärung zur Teilnahme am „Vertrag zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen nach § 63 SGB V (ARMIN)“

## Per Fax an die KVS

Bezirksgeschäftsstelle Dresden: 0351 8290-7350

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig: 0341 2432-2505

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz: 0371 2789-493

### Wichtige Hinweise:

Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss jedes Mitglied einer BAG eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Arztes und des anstellenden Vertragsarztes bzw. des Leiters des MVZ auf dieser TE/EWE zwingend erforderlich.

**Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) sind unverzüglich schriftlich der KVS mitzuteilen.**

### Praxisart (Bitte ankreuzen):

- Einzelpraxis
  Berufsausübungsgemeinschaft
  MVZ
  Praxisgemeinschaft  
 Einrichtung gemäß § 105 Absatz 1 oder 5 oder § 311 Absatz 2 SGB V

### Stammdaten des teilnehmenden Arztes (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

LANR	BSNR	NBSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. weitere NBSNR		
<input type="text"/>		

Titel Vorname Nachname

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

### Anstellender Arzt/ ärztlicher Leiter bzw. Träger des MVZ:

Titel Vorname Nachname

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ggf. Name MVZ

<input type="text"/>
----------------------

### Folgende Praxisausstattung wird in allen oben genannten Leistungsorten vorgehalten:

- BMV-Ä zertifiziertes Praxisverwaltungssystem (PVS).
- Anbindung des zertifizierten PVS an das sichere Netz der KVen via KV-SafeNet\* oder Telematikinfrastruktur inklusive Nutzung eines KV-Connect-Kontos (ab Stufe 3 des Modellvorhabens).

**Wird für das von mir genutzte PVS – zum Zeitpunkt meines Teilnahmebeginns an ARMIN – keine IT-Vertragsschnittstelle mit den für das Modellvorhaben benötigten Funktionalitäten angeboten, verpflichte ich mich hiermit, diese bis zum Ende des folgenden Quartals nach Verfügbarkeit (Zeitpunkt, ab dem diese für das von mir genutzte PVS vom Hersteller angeboten werden) zu beschaffen und zu nutzen.**

Bei technischen Fragen zur Praxisausstattung steht Ihnen das Servicetelefon für EDV-Support und Online-Dienste als Ansprechpartner zur Verfügung (Tel.: 0351 / 8290-6789, Fax: 0341 / 2432-2705, E-Mail: edv-beratung@kvsachsen.de).

### I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Modellvorhaben „ARMIN“ (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen) auf der Grundlage des Vertrages zur Optimierung der Arzneimittelversorgung gemäß § 63 SGB V. Über die vertraglich vereinbarten Grundsätze, Inhalte und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten bin ich umfassend informiert und ich erkenne diese vollumfänglich an. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen dieses Modellvorhabens erfülle, ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Modellvorhabens – insbesondere der umseitig unter Punkt I. beschriebenen Rechte und Pflichten – verpflichte und diese akzeptiere sowie meine Angaben vollständig und richtig sind.

### II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Überdies willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung der Teilnahme an diesem Modellvorhaben ein. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. **Meine Teilnahme an diesem Modellvorhaben ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.** Mit der Veröffentlichung meiner Daten auf den Internetseiten der Vertragspartner sowie unter [www.arzneimittelinitiative.de](http://www.arzneimittelinitiative.de) bin ich einverstanden. Durch meine Unterschrift wird die vorstehende Einwilligungserklärung mit den umseitig unter Punkt II. gedruckten näheren Erläuterungen zur Datenverarbeitung für die Durchführung und Teilnahme an diesem Modellvorhaben Bestandteil meiner TE/EWE.

**Ich bestätige dies durch meine Unterschrift.**

Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------

.....  
Unterschrift des teilnehmenden Arztes

Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------

.....  
Unterschrift des anstellenden Arztes/ Trägers des MVZ / ärztlichen Leiters des MVZ

Stempel  
Arztpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ

### zu I. Teilnahme am Vertrag zum Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen – ARMIN)

1. Ich bin umfassend über den Inhalt des Vertrages informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten sind mir bekannt und ich erkenne diese vollumfänglich an.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 9 des Vertrages erfüllen muss.
  - meine Teilnahme mit dem Datum der Einschreibung beginnt und von mir mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVS gekündigt werden kann.
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVS durch mich zum Quartalsende gekündigt werden kann, wenn ich von der Änderung oder Ergänzung betroffen bin und ich deshalb die Teilnahme beenden will (Sonderkündigungsrecht).
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch mit der Beendigung oder dem Entzug meiner vertragsärztlichen Zulassung oder mit dem Ende meiner Zulassung in der Versorgungsregion endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
  - meine Teilnahme durch mich aus wichtigem Grund - mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende - schriftlich gekündigt werden kann.
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem dieser Vertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
  - mir gegenüber meine Teilnahme an diesem Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann,
    - bei Fehlabrechnungen, es sei denn, es handelt sich um einen Einzelfall oder ein entschuldbares Versehen,
    - wenn ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme an diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVS nicht innerhalb der Frist beseitige oder
    - wenn ich in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts, der Berufsordnung oder des Wirtschaftlichkeitsgebotes) verstoße.
  - die Entscheidung über meinen Ausschluss der Vertragsbeirat trifft und mir vor dem Ausschluss die Gelegenheit zu geben ist, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.
  - mit Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag der Zugriff auf den IT-gestützten Medikationsplan deaktiviert wird.
  - der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS besteht und ausschließlich über die KVS durchgesetzt wird.
  - die Abrechnung der Vergütungen im Rahmen der normalen GKV-Quartalsabrechnung quartalsweise gegenüber der KVS erfolgt.
  - die KVS berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
3. Des Weiteren verpflichte ich mich, dass ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste und bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.
4. Hiermit bestätige ich, dass meine Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte(n) eine Zulassung bzw. eine Genehmigung für den Bezirk der KVS hat/haben.
5. Ich werde der KVS unverzüglich mitteilen, wenn ich die genannten Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfülle oder sich Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Bankverbindung oder der Telefonnummer) ergeben.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner und auf einem internetbasierten Informationsportal der Vertragspartner ([www.arzneimittelinitiative.de](http://www.arzneimittelinitiative.de)) einverstanden: **Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer der Praxis.**
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer Evaluation teilzunehmen.

### zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Modellvorhaben ARMIN zwischen der AOK PLUS und der KVS

Im Rahmen der Durchführung dieses Vertrages werden meine personenbezogenen Daten, welche im Zusammenhang mit der Ausübung meiner Tätigkeit als Arzt stehen (insb. Name, Vorname, lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer, Praxis-Anschrift), durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden zum Zwecke der Abrechnung, Information der AOK PLUS, Information der Versicherten und Bearbeitung der TE/EWE verarbeitet. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bildet diese Einwilligungserklärung.

#### Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mit Zugang meines Widerrufs bei der KVS ist die Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag verbunden. Bei meinem Ausscheiden werden die Daten gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Meine Widerrufserklärung kann ich per Fax an die entsprechende Nummer der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KVS senden.