



**zu I. Teilnahme am Vertrag „OsteoporosePLUS Thüringen“ mit der AOK PLUS:**

1. Ich bin umfassend über die vertraglich vereinbarten Grundsätze, Inhalte und Ziele, die zu erbringenden Leistungen, die Rechte und die zu beachtenden Pflichten informiert und erkenne diese vollumfänglich an.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass
  - a) meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 2 des Vertrages erfüllen muss.
  - b) meine Teilnahme – vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung durch die KVT – mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE beginnt und von mir mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
  - c) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, wenn meine vertragsärztliche Zulassung bzw. Anstellung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
  - d) meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch auch mit dem Wegfall der von mir geforderten Teilnahmevoraussetzungen gemäß diesem Vertrag endet. Die KVT teilt mir das Ende meiner Teilnahme schriftlich mit.
  - e) 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.
  - f) ich bei Änderungen dieses Vertrages meine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe dieser zum Quartalsende gegenüber der KVT, sofern mich diese Änderungen betreffen, kündigen kann.
  - g) die KVT in Abstimmung mit dem BOT und der AOK PLUS folgende Maßnahmen ergreifen kann, sofern ich gegen eine mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße:
    - ga) schriftliche Aufforderung durch die KVT, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
    - gb) keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Vertrag,
    - gc) Beendigung der Teilnahmegenehmigung (Ausschluss), wobei eine erneute Teilnahme am Vertrag erst nach Ablauf einer individuell durch die Vertragspartner festzusetzenden Frist möglich ist (mir ist vor der Beendigung die Gelegenheit zu geben, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern).
  - h) auch vom Versicherten eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegen muss. Ich bin verpflichtet, das Original der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten innerhalb von 10 Arbeitstagen nach dessen Einschreibung an die AOK PLUS zu senden und den Durchschlag dem Versicherten auszuhändigen.
  - i) die Abrechnung der vertraglichen Vergütungen gemäß §§ 295 und 295a SGB V quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
  - j) der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
  - k) wenn ich zum Zeitpunkt der Anmeldung einer Rückforderung durch die AOK PLUS nicht mehr vertragsärztlich zugelassen bin und eine Verrechnung mit Honoraransprüchen nach diesem Vertrag bzw. den Anlagen durch die KVT nicht mehr möglich ist, die Honoraransprüche aus der Rückforderung durch die AOK PLUS gegenüber mir geltend gemacht werden.
  - l) bei Teilnahme einer BAG/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der BAG/dem einzelnen angestellten Arzt zusteht.
  - m) die AOK PLUS zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben berechtigt ist, Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen.
  - n) sofern die KVT Zahlungen geleistet hat, auf die ich keinen Anspruch nach diesem Vertrag habe, die KVT berechtigt ist, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Rechnungen bezüglich des Vertrages „OsteoporosePLUS Thüringen“ abzuziehen. Dies gilt auch, wenn ich meine Teilnahme an diesem Vertrag zum Zeitpunkt der Rückforderung bereits beendet habe. Der Rückforderungsanspruch wird durch die Beendigung des Vertrages nicht beeinträchtigt.
  - o) die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten Vergütung den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
  - p) sich der vorliegende Vertrag als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung versteht und – soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden – die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht, uneingeschränkte Anwendung finden. Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen insoweit die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und des von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Dessen Inhalt wird durch diesen Vertrag mitgeprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Vertrag ergibt und es dessen Sinn und Zweck entspricht. Die Behandlung erfolgt nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.
  - q) ein Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und mir zustande kommt und die medizinische Verantwortung bei mir liegt.
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 (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Sozialgesetzbuches (SGB) und die Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe. Meine Mitarbeiter wurden zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten der Patienten verpflichtet. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort. Im Falle eines meldepflichtigen Datenschutzverstoßes gemäß Artikel 33 DS-GVO verpflichte ich mich, auch die KVT und die AOK PLUS darüber zu informieren.
4. Hiermit bestätige ich, dass meine Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte eine Zulassung bzw. eine Genehmigung für den Bezirk der KVT hat.
5. Ich werde der KVT unverzüglich mitteilen, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß dem Vertrag nicht mehr erfülle oder sich Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse und Bankverbindung) ergeben.
6. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer begleitenden Evaluation und der damit ggf. verbundenen Dokumentation teilzunehmen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird.
7. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift und Telefonnummer.

## **zu II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag „OsteoporosePLUS Thüringen“ zwischen der AOK PLUS und dem BOT**

### **Zweck, Umfang und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

Im Rahmen der Durchführung dieses Vertrages werden meine personenbezogenen Daten, welche im Zusammenhang mit der Ausübung meiner Tätigkeit als Arzt stehen, durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar zum Zwecke der Abrechnung, Information der AOK PLUS, Information der Versicherten und Bearbeitung der TE/EWE verarbeitet.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bildet diese Einwilligungserklärung zu diesem Vertrag i. V. m. Artikel 5, Artikel 6 Abs. 1 lit. a) und Artikel 9 lit. a), f) und h) DS-GVO, §§ 140a, 284, 295, 295a, 304 SGB V und § 84 SGB X.

Die Datenverarbeitung erfolgt mit meiner Kenntnis. Ich kenne den Inhalt dieses Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Empfänger meiner Daten sind die AOK PLUS und die KVT. Mit der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der Vertragspartner bin ich einverstanden.

Die Speicherdauer der Daten ergibt sich aus dem Vertrag sowie aus dem Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gesperrt, soweit sie nicht mehr für die Vertragserfüllung bzw. Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben benötigt werden. Im Übrigen werden sie datenschutzgerecht gelöscht.

### **Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Übertragbarkeit, Einschränkung der und Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner Daten**

Ich habe das Recht

- auf Auskunft zu meinen Daten (Artikel 15 Abs. 1 und 2 DS-GVO),
- auf Berichtigung meiner Daten (Artikel 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X),
- auf Löschung meiner Daten (Artikel 17 DS-GVO),
- auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO),
- auf Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten (Artikel 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X) und
- auf Widerspruch (Artikel 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).

Hierfür kann ich mich an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar wenden. Bei Fragen erreiche ich den Datenschutzbeauftragten der KVT per E-Mail ([datenschutz@kvt.de](mailto:datenschutz@kvt.de)).

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die KVT kann ich an die zuständige Aufsichtsbehörde richten: Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (TLfDI), Postfach 90 04 55, 99107 Erfurt.

Die Verarbeitung von Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der AOK PLUS erfolgt wie bisher nur im gesetzlich vorgesehenen Umfang. Bei Fragen hierzu kann ich mich an die AOK PLUS wenden. Diese ist verpflichtet, mir den für die AOK PLUS zuständigen Datenschutzbeauftragten und zur Wahrung meiner Beschwerderechte auch die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu benennen.

### **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 KVT 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 an die KVT senden.

Faxnummer: 03643 559-791

E-Mail: [qs-vertraege@kvt.de](mailto:qs-vertraege@kvt.de)

postalisch: Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar