

---

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

## **Teilnahmeerklärung für ärztliche Leistungserbringer**

**zum Vertrag zur Durchführung des Projektes  
„MSnetWork – Netzwerk zur Stärkung der Teilhabe von chronisch Kranken  
am Beispiel von Multiple Sklerose“ gem. § 140a SGB V zwischen GWQ, VDBW und BDN,  
gefördert durch den Innovationsfonds nach § 92 a und b SGB V:**

zwischen

---

**Name, Vorname, ggf. Titel (in Blockschrift)**

(- im Folgenden Leistungserbringer-)

und dem

Berufsverband Deutscher Neurologen e. V.

Wulffstr. 8

12165 Berlin

(- im Folgenden BDN genannt -)

---

**Geschäftsstelle**

Wulffstraße 8, 12165 Berlin E-Mail: [bdn-neurlogen@t-online.de](mailto:bdn-neurlogen@t-online.de)

**Vorstandsvorsitzender**

Dr. Uwe Meier

Praxisstempel

**I. Angaben zum Leistungserbringer (alternativ Praxisstempel)**

ggf. Titel, Name, Vorname

geb. am

Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

E-Mail-Adresse

Telefon

**Kontoangaben für die Abrechnung der Vergütung:**

Kontoinhaber

IBAN

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer (LANR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Einzelpraxis

MS-Ambulanz

Angestellt

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

## II. Fachliche Anforderungen

- Ich bin Facharzt für Neurologie oder Nervenarzt oder Facharzt für Neurologie/Psychiatrie

## III. Erklärung

Ich habe mich umfassend über die Ziele und Inhalte des Projektes MSnetWork inklusive der Versorgungsinhalte informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Therapieziele, Kooperationsregeln und zugrunde gelegten Versorgungsregeln sind mir transparent dargelegt worden und ich verpflichte mich, diese umzusetzen.

Ich erkläre, dass ich alle Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an dem Projekt „MSnetWork“ entsprechend des gewählten Versorgungsbereiches und der gewählten Schulungsvoraussetzungen erfülle. Zudem erkenne ich die Vertragsinhalte an und verpflichte mich, diese umzusetzen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich meiner Aufgaben gemäß § 7.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir im Rahmen des Projektes behandelten Versicherten, dass ich

- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, Sozialgesetzbuches und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- die Zugangsdaten und Passwörter vertraulich behandle und nicht an Dritte weitergebe,
- sicherstelle, dass Dritte bei der Eingabe von Daten nicht mitlesen können und dass ich die Sitzung schließe, wenn ich mit der Dateneingabe fertig bin,
- Zugänge zum System nur für befugte Mitarbeiter einrichte und diese umgehend deaktiviere, wenn der Mitarbeiter die Praxis verlässt,
- Zugänge zu den Patientendateien nur für befugte Arbeitsmediziner und Gruppenmoderatoren (Neuroedukation) freischalte,
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole und den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und
- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“ auf der Website des Projektes und in der projektspezifischen IT-Plattform IVPnet,

- der Verwendung der Dokumentationsdaten der digitalen Plattform für die Qualitätssicherung gemäß § 3 Abs.5 des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.
- der Weitergabe des “Leistungserbringerverzeichnis “ an die teilnehmenden Leistungserbringer sowie an die Krankenkassen der teilnehmenden Versicherten,
- der Kontaktaufnahme durch die Universität und Universitätsmedizin Greifswald für die Evaluation des Versorgungsprojektes im Studienverlauf.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
- die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung einer vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- die Teilnahme die Bereitschaft einen medizinischen Fachangestellten zur Betreuung der teilnehmenden Versicherten einzusetzen, voraussetzt.
- die Teilnahme das Vorhalten eines EDV-Arbeitsplatzes mit Internetzugang voraussetzt.

#### IV Projektspezifische Schulungen

##### i. Schulungen für Neurologen, Nervenärzte oder Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie und MFAs

Ich als Neurologe, **Nervenarzt oder Facharzt für Neurologie/Psychiatrie** werde bzw. meine angestellten Medizinischen Fachangestellten werden im Rahmen meiner Teilnahme am Projekt an folgenden digitalen Schulungen teilnehmen:

- Projektspezifische Schulung zur Benutzung der digitalen Plattform IVPnet (**alle medizinischen Leistungserbringer**)
- Projektspezifische Schulung zu psychosozialen und sozialrechtlichen Beratungsinhalten (**MFA**)
- Projektspezifische Schulung zur Vermittlung von Informationen und Handlungsanleitung zum Reha-Leistungsportfolio (**MFA**)

**Für folgende Schulung entscheide ich mich optional:**

- Ich habe Interesse, im Rahmen meiner Teilnahme am Projekt an der **projektspezifischen Schulung zur Neuroedukation** teilzunehmen. Mir ist bewusst, dass eine Abrechnung der 7 Module zur Neuroedukation nur nach erfolgter Schulung möglich ist.

---

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Leistungserbringer