

Krankenkasse Anlage 1 zum Vertrag		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur interdisziplinären Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen)

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



Exemplar für die AOK PLUS

V40B

- Einschreibung im Rahmen ZWEITMEINUNGSVERFAHREN**
 Anmeldung durch HAUSARZT am: _____ Vorstellung beim FACHARZT am: _____
 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung Krankenhauseinweisung
 INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)
- Einschreibung im Rahmen ENTLASSUNGSMANAGEMENT**
 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT: Beendigung IPV
- Einschreibung im Rahmen INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)**
-
- Ausnahmefall**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Name, Vorname des FACHARZTES, bei dem die Einschreibung erfolgt

Name, Vorname des gewählten HAUSARZTES

BSNR des o. g., gewählten HAUSARZTES

LANR des o. g., gewählten HAUSARZTES

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich den oben angegebenen HAUS- und FACHARZT als meine behandelnden Ärzte im Rahmen dieses Vertrages wähle.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen aus PsycheAktiv Sachsen durch meinen HAUS-/ FACHARZT bzw. die AOK PLUS informiert worden. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Erläuterungen erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, dass besondere (Versorgungs-) Bedingungen gelten, ich die beschriebenen Verpflichtungen gegenüber der AOK PLUS eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich gegenüber der AOK PLUS insbesondere zur Einhaltung der in den Erläuterungen enthaltenen Regeln von PsycheAktiv Sachsen und akzeptiere diese.

II. Einwilligungserklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen umfassend informiert worden. Ich bin mit der umseitig beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitigen Erläuterungen und der Patienteninformation am Vertrag PsycheAktiv Sachsen teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu II.: Ja, ich bin mit der unter II. und der umseitig beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des einschreibenden FACHARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag PsycheAktiv Sachsen erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift FACHARZT

Stempel FACHARZT

Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung (TE)

Versicherte der AOK PLUS, bei denen die vertraglich definierten Diagnoseschlüssel diagnostiziert sind, können an der Versorgung im Rahmen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen teilnehmen, sofern

- sie das 18. Lebensjahr vollendet haben,
- keine Ausschlusskriterien vorliegen,
- sie durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren und
- sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden HAUSARZT und einen an diesem Vertrag teilnehmenden FACHARZT als ihren patientenbezogenen Versorgungsverbund gewählt haben. In Ausnahmefällen, die der FACHARZT entsprechend der vertraglichen Regelungen feststellen und bestätigen muss, ist nach Entscheidung der AOK PLUS eine Teilnahme des Versicherten auch ohne die Wahl eines HAUSARZTES möglich. In diesem Fall kreuzt der FACHARZT das Feld „Ausnahmefall“ an.

Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Den allgemeinen Rahmen für die Umsetzung dieser Versorgung bilden § 73a SGB V und die im Vertrag PsycheAktiv Sachsen getroffenen Regelungen. Dieser Versorgungsvertrag versteht sich als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, finden daher die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung. Es gelten insbesondere die Arznei- und Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Wirtschaftlichkeitsgebot, die Regelung zum Ausstellen von Überweisungen und die Regelungen zur Qualität der Versorgung. Die Regelungen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen ergänzen die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und der von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisse zwischen VERTRAGSARZT und Patient. Deren Inhalt wird durch den Vertrag PsycheAktiv Sachsen mit geprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Vertrag PsycheAktiv Sachsen ergibt und seinem Sinn und Zweck entspricht. Die Teilnahme an dieser Versorgung schränkt soweit nicht etwas anderes geregelt ist weder die freie Arztwahl nach § 76 SGB V noch die für das Behandlungsverhältnis geltenden Regelungen ein. Der Vertrag kann von den Vertragspartnern geändert und angepasst werden. Die weitere Durchführung und Teilnahme ist nur in der jeweils geltenden Fassung möglich.

Nach den Maßgaben dieses Vertrages und unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen übernehmen der HAUSARZT und das Versorgungsnetz des FACHARZTES als der vom Versicherten gewählte Versorgungsverbund die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag. Der Versorgungsverbund aus HAUSARZT, FACHARZT, Therapiebegleiter und Krankenhaus bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB. Die VERTRAGSÄRZTE haften nicht für die Leistungen der jeweils anderen VERTRAGSÄRZTE. Die selbständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE, insbesondere nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen, bei der Versorgung der Versicherten zusammen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung verbleibt beim jeweils behandelnden VERTRAGSARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieser Versorgungsform in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.

Mit Unterzeichnung der TE/EWE verpflichtet sich der Versicherte, den von den gewählten VERTRAGSÄRZTEN vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diese VERTRAGSÄRZTE für die Behandlung seiner Erkrankung, aufgrund derer er zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt ist, aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit des Versicherten sowie bei der Inanspruchnahme von Notfällen (bei Nichterreichbarkeit des betreuenden HAUS- und FACHARZTES sowie ggf. des Therapiebegleiters). Darüber hinaus verpflichtet sich der Versicherte a) zur Vorstellung zum Zweitmeinungsverfahren (ZMV) beim FACHARZT vor einer stationären Aufnahme sowie je nach Ergebnis des ZMV entweder die stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen oder entsprechend der Therapieempfehlungen des FACHARZTES die ambulante Behandlung, ggf. im Rahmen dieses Vertrages (Versorgungssäule Interdisziplinäre psychiatrische Behandlung (IPV)), fortzusetzen, b) zur Mitarbeit sowie zur Umsetzung der Empfehlungen des Therapiebegleiters im Rahmen des Entlassungsmanagements (EM), c) zur Teilnahme an der IPV und damit zur Inanspruchnahme der besonderen sozialpsychiatrischen Betreuung und Unterstützung durch einen Therapiebegleiter, d) im Krisenfall möglichst telefonischen Kontakt zum Therapiebegleiter oder der FACHARZTpraxis aufzunehmen und e), vertragsbezogene Anfragen/Prüfungen durch die AOK PLUS und/oder den MDK zu unterstützen.

Sofern im Rahmen dieser Versorgung eine Lebensqualitäts- und/oder eine Zufriedenheitsbefragung durchgeführt werden/wird, erfolgen/t diese in pseudonymisierter Form (Lebensqualitätsbefragung) bzw. in anonymisierter Form (Zufriedenheitsbefragung). Der Versicherte verpflichtet sich, an diesen/r teilzunehmen. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen Daten und die Ergebnisse der Lebensqualitäts-/Zufriedenheitsbefragung werden für eine Evaluation verwendet, an einen Evaluator in pseudonymisierter bzw. anonymisierter Form weitergegeben und zum Zweck der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung des Vertrages von diesem genutzt.

Die Teilnahme an dieser Versorgung beginnt mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE nach erfolgter persönlicher, umfassender und patientenbezogener Beratung über die Inhalte und Ziele des Vertrages PsycheAktiv Sachsen durch den FACHARZT und ist auf maximal zwei Jahre nach Teilnahmebeginn begrenzt. Die Teilnahme endet Tag genau automatisch mit Ablauf der zwei Jahre, sofern keine vorzeitige Beendigung aus anderen Gründen erfolgt. Eine befristete Verlängerung der Teilnahmedauer ist in durch den FACHARZT begründeten Fällen nach Genehmigung durch die AOK PLUS möglich. Grundlage bildet ein Verlängerungsantrag, welcher durch den Versicherten und den FACHARZT zu unterzeichnen ist.

Widerrufsrecht:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf dieser TE/EWE. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.

Die Teilnahme an dieser Versorgung kann jederzeit gekündigt werden. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erklären. Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin

- mit Ablauf des o. g. befristeten Teilnahmezeitraumes oder
- mit dem Tag des Wegfalls der oben genannten Teilnahmevoraussetzungen oder
- mit dem Ende der Teilnahme des betreuenden HAUS- oder FACHARZTES, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden VERTRAGSARZT wählt oder
- wenn dauerhaft weitere Ärzte zur Behandlung seiner Erkrankung, aufgrund derer er zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt ist, in Anspruch genommen werden, was nicht mit dem gewählten HAUS- oder FACHARZT abgestimmt ist bzw. bei einem dauerhaften Wechsel des Versicherten zu einem Facharzt, der nicht am Vertrag teilnimmt oder
- mit dem Ende des Vertrages PsycheAktiv Sachsen oder
- am Tag der Durchführung des ZMV oder des EM, wenn im Ergebnis nach Einschätzung des FACHARZTES eine weitere Versorgung im Rahmen dieses Vertrages nicht angezeigt oder möglich ist oder
- am dem Tag, an dem der betreuende HAUS- oder FACHARZT, die AOK PLUS und/oder der MDK feststellt/en, dass Teilnahmevoraussetzungen nicht beachtet/nicht erfüllt werden, Ausschlusskriterien, Pflichtverletzungen oder die Nichtnotwendigkeit der besonderen Versorgung im Rahmen dieses Vertrages vorliegen.

Im Falle von Widerruf oder Kündigung wird der Versicherte über das Teilnahmeende schriftlich durch die AOK PLUS, in allen anderen Fällen durch den betreuenden FACHARZT informiert.

Eine erneute Teilnahme am ZMV, EM und an der IPV ist in Abstimmung zwischen dem HAUS- und FACHARZT möglich.

Erläuterungen zur Einwilligungserklärung (EWE)

Ich bin insbesondere damit einverstanden, dass

1. die TE/EWE durch den von mir gewählten FACHARZT an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird.
2. meine schriftliche TE/EWE sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. die AOK PLUS die teilnehmenden Versicherten mit dem jeweils gewählten HAUSARZT und FACHARZT in einem Verzeichnis zusammenführt, das sie der Kassenzärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) zur Verfügung stellt. Die KVS ist die Abrechnungsstelle, bei der die HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE die Leistungen abrechnen. Die KVS erhält in diesem Zusammenhang von der AOK PLUS folgende personenbezogene Daten: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme am Vertrag, gewählter HAUSARZT, gewählter FACHARZT.
4. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. –diagnosen mit Personenbezug erhält.
5. die AOK PLUS und/oder der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen) vertragsbezogene Daten/Dokumentationen mit Personenbezug von den handelnden HAUS- und/oder FACHÄRZTEN abfordern kann.
6. Daten, Befunde und Patientenunterlagen in Kopie zwischen den an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringern übersendet werden können.
7. die AOK PLUS und/oder der MDK vertragsbezogene Anfragen an den Versicherten stellt und diese anonymen Ergebnisse/Daten durch die AOK PLUS/den MDK zu Prüfungs- bzw. Qualitätssicherungszwecken arztbezogen ausgewertet werden.
8. die erhobenen und gespeicherten Daten zwei Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an PsycheAktiv Sachsen gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
9. ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.