

Teilnahmeerklärung FACHARZT

Anlage 3 zum Vertrag



Erklärung zur Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen

nach § 73a SGB V

zwischen der AOK PLUS
und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS)

Wichtige Hinweise:

Bei Teilnahme mehrerer Mitglieder von Gemeinschaftspraxen an diesem Vertrag muss jedes beantragende Mitglied dieser Gemeinschaftspraxis eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Fachärzten oder MVZ-Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Facharztes und des anstellenden Vertragsarztes bzw. des Leiters des MVZ auf dieser Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich.

Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse, Bankverbindung, Betriebsstättennummer) oder der im Anhang (Seite 3) gemachten Angaben sind unverzüglich schriftlich der KVS mitzuteilen.

Praxisart (Bitte ankreuzen):

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft MVZ

**Seiten 1 und 3 dieser Teilnahmeerklärung
(zzgl. Nachweise) per Fax an Ihre zuständige
Bezirksgeschäftsstelle der KVS senden.**

Stammdaten des teilnehmenden Facharztes (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Titel										LANR										BSNR									
Nachname										Vorname																			
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)																													
PLZ										Ort																			
Telefon															Fax														

Anstellender Vertragsarzt/Leiter des MVZ:

Titel										Nachname										Vorname									
ggf. Name MVZ																													

Diese Teilnahmeerklärung wird mit folgender Anzahl Anhänge (Seite 3) bei der KVS eingereicht:

Folgende Praxisausstattung wird in meiner Praxis/durch die Praxis vorgehalten:

- BMV-Ä zertifizierte Praxissoftware, Drucker und Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät)
- Vorhandensein eines zertifizierten AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle gemäß Anlage 4 des Vertrages **oder**
- die Beschaffung des AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle unter Berücksichtigung der Übergangslösung gemäß Anlage 4 des Vertrages
- Vorhandensein des KV-SafeNet **oder**
- die Beschaffung des KV-SafeNet unter Berücksichtigung der Übergangslösung gemäß Anlage 4 des Vertrages

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass

- ich die in § 5 definierten Teilnahmevoraussetzungen und insbesondere die Anforderungen an das Versorgungsnetz gemäß § 11a Abs. 3 erfülle.
- ich mich
 - zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen, insbesondere der umseitig beschriebenen Rechte und Pflichten, verpflichte und diese akzeptiere.
 - zum Einsatz eines zertifizierten AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle nach den Maßgaben des Vertrages verpflichte.

Datum

_____. _____. 20____

Stempel des FACHARZTES

.....
Unterschrift des teilnehmenden FACHARZTES

Datum

_____. _____. 20____

Stempel des MVZ

.....
Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes /
Leiters des MVZ

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen gegenüber der KVS.

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages PsycheAktiv Sachsen 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 entsprechend dem Vertrag nach § 5 in Verbindung mit der Anlage 4 erfüllen muss.
 - meine Teilnahme vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung beginnt und die Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVS zum Quartalsende gekündigt werden kann.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVS 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, der Rückgabe, dem Ruhen oder dem Entzug meiner vertragsärztlichen Zulassung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, sollte ich mit Ablauf der in der Anlage 4, II. Abschnitt, genannten Fristen zum verpflichtenden Einsatz des AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle bzw. zur verpflichtenden Anbindung an das KV-SafeNet deren Vorhandensein nicht gegenüber der KVS nachgewiesen haben. In diesem Fall bedarf es keiner schriftlichen Kündigung oder Ausschlusses.
 - 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 durch die KVS mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann (Ausschluss), wenn
 - ich die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 5 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVS nicht innerhalb angemessener Frist beseitige;
 - ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme 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 verstoße, z. B. Fehlerrechnungen im Rahmen dieses Vertrages, Verstoß gegen vertragliche Intentionen, Bestimmungen und Versorgungsaufträge oder gegen das Vertragsarztrechts oder die Berufsordnung.
 - die Entscheidung über den Ausschluss die Vertragskommission gemäß § 17 vorbereitet und mir vor dem Ausschluss die Gelegenheit gegeben wird, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern.
 - die KVS meine Teilnahmeerklärung der AOK PLUS zum Zweck der Erstellung des Therapiebegleiter –Verzeichnisses und zur Qualitätssicherung zur Verfügung stellt.
 - die AOK PLUS und/oder die KVS und/oder der MDK Überprüfungen, beispielsweise im Hinblick auf die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen oder der vereinbarten Leistungen, durchführen.
 - der Vergütungsanspruch gegenüber der KVS besteht.
 - die Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag quartalsweise gegenüber der KVS zu erfolgen hat (Anlage 7a).
 - die KVS die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der AOK PLUS abrechnet (Anlage 7b).
 - der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt und dieser am Tag der Leistungserbringung bei der AOK PLUS versichert ist und die Leistungen entsprechend der vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind.
 - bei Teilnahme einer Gemeinschaftspraxis/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der Gemeinschaftspraxis/einzelnen angestellten FACHARZT zusteht.
 - meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen der AOK PLUS zur Verfügung gestellt und von dieser zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden.
 - die AOK PLUS und/oder der MDK vertragsbezogen personenbezogene Daten bzw. Auskünfte über teilnehmende Versicherte von mir abfordert.
 - der Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und mir zustande kommt und die medizinische Verantwortung bei mir liegt.
 - 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 die von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisse zwischen VERTRAGSARZT und Patient. Deren Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und dessen Sinn und Zweck entspricht. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung verbleibt beim jeweils behandelnden VERTRAGSARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen. Die VERTRAGSÄRZTE haften nicht für die Leistungen der jeweils anderen VERTRAGSÄRZTE. Der Versorgungsverbund bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB und die selbständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE bei der Versorgung der Versicherten zusammen.
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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.
4. Hiermit bestätige ich, dass sich meine Praxis bzw. mein Sitz im Freistaat Sachsen befindet.
5. Ich werde die KVS unverzüglich informieren, wenn ich die in § 5 genannten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle oder sich Angaben wie Anschrift, Betriebsstättennummer (BSNR), Bankverbindung, Praxisart oder die Zusammensetzung des Versorgungsnetzes ändern.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der KVS und der AOK PLUS einverstanden: Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Versicherte der AOK PLUS und Ärzte bereit.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer Evaluation nach § 25 und an Befragungen teilzunehmen, sofern diese im Rahmen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen durchgeführt werden und die ggf. damit verbundenen Dokumentationen durchzuführen.

Anhang zur Teilnahmeerklärung FACHARZT

Versorgungsnetz PsycheAktiv Sachsen

Wichtiger Hinweis:

Die Teilnahmeerklärung Facharzt (Seite 1) ist zusammen mit diesem Anhang (Seite 3) **und** aussagefähiger Nachweise über das Vorliegen der Qualifikationen der/des Therapiebegleiter/s bei der KVS einzureichen und nur bei gemeinsamer Vorlage vollständig.

Änderungen in der Zusammensetzung des Versorgungsnetzes sind unverzüglich mittels und gemäß Anlage 11 des Vertrages gegenüber der KVS anzuzeigen.

Zu meinem Versorgungsnetz gehören gemäß § 11a Abs. 3:

1. ein Krankenhaus mehrere Krankenhäuser (Angaben zu mehr als zwei Krankenhäusern erfassen Sie bitte auf einem weiteren Anhangs-Bogen)

Krankenhaus 1 – Bezeichnung/Name

Straße & Hausnummer

PLZ

Ort

Krankenhaus 2 – Bezeichnung/Name

Straße & Hausnummer

PLZ

Ort

und

2. ein Therapiebegleiter mehrere Therapiebegleiter (Angaben zu mehr als zwei Therapiebegleitern erfassen Sie bitte auf einem weiteren Anhangs-Bogen)

Therapiebegleiter 1 ist eine Person, die

- die Berufsbezeichnung **Sozialtherapeut, Sozialpädagoge¹ oder Sozialarbeiter¹** führt oder
- eine **vergleichbare Qualifikation** gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. 1 Punkt 2 hat.
- die Berufsbezeichnung „**staatlich anerkannte/r Heilpädagoge/in¹**“ gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. 1 Punkt 3 führt.
- die Berufsbezeichnung „**Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie**“ gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. 1 Punkt 4 führt.

¹ mit einer sozialpsychiatrischen (Zusatz)Qualifikation gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. 1 Punkt 2

Bitte Nachweis/e über die Erfüllung der Qualifikationsanforderungen beifügen (z. B. Urkunde Berufserlaubnis, Abschluss, etc.)

Nachname/ggf. Institution bei Kooperation

Vorname

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift oder Anschrift der anstellenden Einrichtung bei Kooperation)

PLZ

Ort

Therapiebegleiter 2 ist eine Person, die

- die Berufsbezeichnung **Sozialtherapeut, Sozialpädagoge¹ oder Sozialarbeiter¹** führt oder
- eine **vergleichbare Qualifikation** gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. 1 Punkt 2 hat.
- die Berufsbezeichnung „**staatlich anerkannte/r Heilpädagoge/in¹**“ gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. 1 Punkt 3 führt.
- die Berufsbezeichnung „**Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie**“ gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. 1 Punkt 4 führt.

¹ mit einer sozialpsychiatrischen (Zusatz)Qualifikation gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. 1 Punkt 2

Bitte Nachweis/e über die Erfüllung der Qualifikationsanforderungen beifügen (z. B. Urkunde Berufserlaubnis, Abschluss, etc.)

Nachname/ggf. Institution bei Kooperation

Vorname

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift oder Anschrift der anstellenden Einrichtung bei Kooperation)

PLZ

Ort

Ich bestätige, dass die vertraglichen Anforderungen und Regelungen in Bezug auf das Versorgungsnetz gemäß § 11a Abs. 3 vollständig erfüllt werden:

Datum

Unterschrift des teilnehmenden FACHARZTES

Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes /
Leiters des MVZ