

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 § 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 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. § 4 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und ich 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. Fehlabrechnungen im Rahmen dieses Vertrages, Verstoß gegen vertragliche Intentionen, Bestimmungen und Versorgungsaufträge oder das Vertragsarztrecht oder die Berufsordnung.
 - die Entscheidung über den Ausschluss die Vertragskommission gemäß § 18 vorbereitet und mir vor dem Ausschluss die Gelegenheit gegeben wird, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern.
 - der Vergütungsanspruch gegenüber der KVS besteht und
 - 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, diese durch den FACHARZT bestätigt worden ist und der Versicherte am Tag der Leistungserbringung bei der AOK PLUS versichert ist.
 - bei Teilnahme einer Gemeinschaftspraxis/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der Gemeinschaftspraxis/einzelnen angestellten HAUSARZT 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.
 - 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.
 - im Versorgungsverbund der FACHARZT und ich die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung des Versicherten im Rahmen dieses Strukturvertrages übernehmen.
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 § 4 genannten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle oder sich sonstige Angaben wie Anschrift, Betriebsstättennummer (BSNR), Bankverbindung oder Praxisart 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 § 24 und an Zufriedenheitsbefragungen teilzunehmen, sofern diese im Rahmen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen durchgeführt werden und die ggf. damit verbundenen Dokumentationen durchzuführen.