

Anlage F-1 Teilnahmeerklärung Ärztin/Arzt

Bitte reichen Sie diese Erklärung bei **[Vertragspartner]** zur Weiterleitung an die AOK Bayern ein.

Jede Ärztin/jeder Arzt bzw. jedes Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft muss eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahmeerklärungen von angestellten Ärztinnen/Ärzten ist zusätzlich die Unterschrift der/des MVZ-Leiterin/MVZ-Leiter bzw. der/des anstellenden Ärztin/Arzt notwendig.

Titel, Nachname: _____ Vorname: _____

LANR: _____ BSNR: _____

NBSNR: _____ BSNR/NBSNR gültig ab: _____

☐ Einzelpraxis

☐ Berufsausübungsgemeinschaft mit (Name): _____

☐ MVZ und ärztlicher Leiter (jeweils Name): _____

☐ Angestellt bei (Name des Arztes bzw. des MVZ und dessen ärztlicher Leiter): _____

☐ Praxisneugründung ab: _____

☐ Praxisübernahme ab: _____ von: _____

(Bitte Name des früheren Praxisinhabers u. Praxissitz angeben)

Ich bin

☐ Ärztin/Arzt mit Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

☐ Angestellte/Angestellter Ärztin/Arzt in Bayern

☐ Ärztin/Arzt mit Vertragsarzt mit Vertragsarztsitz außerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns jedoch in Deutschland

Praxisanschrift/Betriebsstätte:

PLZ & Ort: _____ Telefon: _____

Straße & Hs.-Nr.: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Mobiltel.: _____

Hiermit erkläre ich verbindlich mit Wirkung ab _____ meine Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung nach Maßgabe des mir bekannten Vertrages zur besonderen Versorgung und seiner Anlagen, der mir von **[Vertragspartner]** ausgehändigt wurde. Meine Teilnahme beginnt unabhängig von dem angegebenen Datum gemäß der auf Seite 3 aufgeführten Ziffer 2.

Ich verpflichte mich hiermit gegenüber den Vertragspartnern, an der besonderen Versorgung nach Maßgabe des Vertrages und seiner Anlagen, die ich zur Kenntnis genommen habe, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind, teilzunehmen. Ich verpflichte mich, die dort vereinbarten Leistungen zu erbringen und erkenne die im Vertrag und seinen Anlagen getroffenen Regelungen als für mich verbindlich an.

1. Voraussetzungen und Pflichten aus der Teilnahme am Vertrag zur Verbesserung der der digitalen, ärztlichen Versorgung für Patienten durch einen elektronischen Kommunikations- und Vernetzungsprozess nach § 140a SGB V

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Unterzeichnung der Teilnahmerklärung. Bei Teilnahme von angestellten Ärzten ist zusätzlich die Unterschrift des MVZ-Leiters bzw. des anstellenden Arztes notwendig
- Anbindung an **[Technik des Vertragspartners]**
- Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns oder bei einem Vertragsarzt, in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) mit jeweils in Bayern gelegenen Vertragsarztsitz angestellt, jeweils unter Einhaltung sämtlicher berufsrechtlicher Bestimmungen. In Ausnahmefällen können – in Abstimmung mit der AOK Bayern auch Ärzte mit Vertragsarztsitz außerhalb Bayerns, jedoch in Deutschland, teilnehmen, um die besondere Versorgung sicherstellen zu können.
- Die Ärzte müssen bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer zugelassene Haus-(Fachärzte) sein und über eine Kassenzulassung verfügen. Angestellte Ärzte können nur teilnehmen, wenn sie im Arztregister eingetragen sind und die Anstellung durch den Zulassungsausschuss, nach Antragstellung durch den anstellenden Vertragsarzt, dem MVZ oder der BAG, genehmigt wurde.
- Beachtung sämtlicher gesetzlicher Vorgaben, insbesondere der berufsrechtlichen Regelungen
- Erfüllung der Voraussetzungen nach § 4 der Anlage 31b BMV-Ä

b) Erklärungen zur Teilnahme an diesem Vertrag

Im Rahmen dieses besonderen Versorgungsangebots soll durch einen digitalen Kommunikations- und Vernetzungsprozess die Versorgung der Patienten sowie die Zusammenarbeit zwischen den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, die die Videosprechstunde durchführen, mit den Hausärztinnen und Hausärzten vor Ort gefördert werden.

Ich erkläre, dass ich

- den digitalen, ärztlichen Versorgungsauftrags nach § 3 sowie des Versorgungsverlaufs nach Anlage A-1 Pkt. 3 des Vertrages zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V umsetze.
- die Regelungen dieses Vertrages insoweit die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und die von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisse zwischen Ärztin/Arzt und Patient einhalte. Deren Inhalt wird durch diesen Vertrag mitgeprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und dessen Sinn und Zweck entspricht.
- für teilnehmende Versicherte Videokonsultationen zwischen 7 – 22 Uhr jeden Tag von Mo – So nach Absprache mit dem **[Vertragspartner]** anbiete.

- die medizinische Verantwortung für die Behandlung allein trage. Und die ärztlichen Leistungen nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen erbringen werde.
- den Behandlungsvertrag mit der Patientin/dem Patienten unmittelbar schließe und die medizinische Verantwortung bei mir liegt.
- je nach meiner Verfügbarkeit auch bspw. im Rahmen eines Nachtdienstes für Patienten erreichbar bin.
- eine qualitätsgesicherte, zweckmäßige und ausreichende wirtschaftliche Versorgung nach §§ 2, 12 und 70 SGB V gewährleiste insbesondere die Einhaltung der Qualitätsstandards der Fernbehandlung.
- bei Ausstellung von elektronischen AU-Bescheinigungen und elektronischen Rezepten sicherstelle, dass diese alle einschlägigen gesetzlichen Normen, Richtlinien und vertraglichen Regelungen entsprechen, die bei der Ausstellung und Bedienung einer AU-Bescheinigung sowie eines Arzneiverordnungsblattes Anwendung finden.
- im Bedarfsfall mit den (Haus-)Ärzten am Wohnort des Versicherten zusammenzuarbeiten
- eine Dokumentation der Behandlung führe, so dass dem Patienten nach der Behandlung die entsprechenden Dokumente zur weiteren Nutzung verfügbar sein werden und mit Einwilligung des Patienten, die Dokumente in der elektronischen Patientenakte ablege.
- aktiv am qualifizierten Netzwerk teilnehme. Unter aktiver Teilnahme wird die Durchführung von durchschnittlich mindestens fünf Videosprechstunden je Kalendermonat während der Vertragslaufzeit verstanden.
- im Bedarfsfall die Sicherstellung einer strukturierten Anschlussversorgung für die teilnehmenden Versicherten gemäß Anlage 31c zum BMV-Ä zu übernehmen, soweit dies erforderlich ist.
- teilnehmende Versicherte zu digitalen, medizinischen Versorgungsangeboten berate.
- zur Kenntnis genommen habe, dass die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung und die sich hieraus ergebenden Pflichten, unabhängig von der Teilnahme dieses Vertrags, uneingeschränkt weiter gelten.
- freiwillig an dem Vertrag zur besonderen Versorgung teilnehmen.

2. Teilnahmebeginn

Meine Teilnahme beginnt erst beim Vorliegen aller Teilnahmevoraussetzungen, der Zustimmung der AOK Bayern und mit der schriftlichen Bestätigung durch [Vertragspartner] zu dem in der Bestätigung genannten Zeitpunkt.

3. Vergütung

Mir ist bekannt, dass ich meine telemedizinischen Leistungen gegenüber der Patientin/dem Patienten über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abrechnen kann (Regelversorgung). Die Vergütung der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag erfolgt durch den [Vertragspartner]. Gegenüber der AOK Bayern besteht kein direkter Vergütungsanspruch.

4. Teilnahmeende und Kündigung

Mir ist bekannt, dass

- ich meine Teilnahme an diesem Vertrag binnen einer Frist von einem Monat zum Monatsende schriftlich durch Erklärung gegenüber [Vertragspartner] beendet werden kann.
- meine Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen, innerhalb von 2 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die [Vertragspartner] zum Monatsende gekündigt werden kann, wenn ich von der Änderung oder Ergänzung betroffen bin und ich deshalb die Teilnahme beenden will (Sonderkündigungsrecht).

- Beende ich meine Teilnahme nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen des Vertrages zur besonderen Versorgung und seiner Anlagen als genehmigt.
- [Vertragspartner] ist berechtigt und verpflichtet, die Teilnahme der Ärztin/des Arztes an der besonderen Versorgung gegenüber der Ärztin/dem Arzt unverzüglich zu beenden, sofern die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- die AOK Bayern im Benehmen mit [Vertragspartner] berechtigt ist, meine Teilnahme mit sofortiger Wirkung zu beenden, wenn diese für die AOK Bayern unzumutbar geworden ist. In diesem Fall wird mich [der Vertragspartner] unverzüglich über den Ausschluss informieren.
- meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch mit der Beendigung, dem Verzicht, dem vollständigen Ruhen oder dem Entzug der vertragsärztlichen Zulassung endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf
- die Möglichkeit einer sofortigen Beendigung aus wichtigem Grund unberührt bleibt.
- meine Teilnahme auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, in dem der Vertrag – gleich aus welchem Rechtsgrund - zwischen der AOK Bayern und der [Vertragspartner] endet.

5. Einwilligung in Datenverarbeitung und –nutzung

Ich bin über folgende Datenerhebungsvorgänge informiert und erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung damit einverstanden:

- **[Vertragspartner]** übermittelt diese Teilnahmeerklärung mit allen darin gemachten Angaben an die AOK Bayern zur Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen.
- Dass meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen der AOK Bayern zur Verfügung gestellt und von dieser zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der relevanten Festlegungen der Sozialgesetzbücher, der Datenschutzgrundverordnung, des BDSG und anderer anzuwendender Datenschutzvorschriften und Gesetze.

Darüber hinaus gelten die Datenschutzhinweise vom **[Vertragspartner]**.

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 für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.

Ich versichere, dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir hier gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung sind.

Ort und Datum:

Unterschrift Vertragsärztin/

Vertragsarzt

bzw.

angestellte/r Ärztin/Arzt und anstellende/r Ärztin/Arzt

Stempel der Arztpraxis / des MVZ

bei Tätigkeit in MVZ jeweils zusätzlich ärztlicher Leiter/in MVZ