

# Teilnahmeerklärung Hausarzt (Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen)

Erklärung zur Teilnahme am „Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen“ zwischen der AOK PLUS und dem Thüringer Hausärzterverband e. V.

Bitte zurücksenden an:  
**Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT)**  
**ServiceStelle**  
per Fax: **03643/559-750**



## Wichtige Hinweise:

Bei Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jedes Mitglied einer Gemeinschaftspraxis eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme von MVZ-Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Hausarztes und des ärztlichen Leiters auf dieser Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich.

**Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der lebenslangen Arztnummer, Adresse, Bankverbindung, Betriebsstättennummer) sind unverzüglich schriftlich der KVT mitzuteilen.**

Praxisart (Bitte ankreuzen):

Einzelpraxis  Gemeinschaftspraxis  Praxisgemeinschaft  MVZ

### Stammdaten des teilnehmenden Hausarztes (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

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

### Anstellender Arzt/ Leiter des MVZ:

Titel										Nachname										Vorname									
ggf. Name MVZ																													

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

- Blutzuckermessgerät  EKG-Rekorder
- Spirometer mit FEV1-Bestimmung gemäß Anlage 1 I. Abschnitt Nr. 3
- BMV-Ä zertifizierte Praxissoftware, Drucker und Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät)
- Vorhandensein eines zertifizierten AIS mit S3C-Schnittstelle gemäß Anlage 1 des Vertrages **oder**
- die Beschaffung des AIS mit S3C-Schnittstelle gemäß Anlage 1 des Vertrages

### Ich verpflichte mich

- zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages „Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen“, insbesondere der umseitig beschriebenen Rechte und Pflichten und akzeptiere diese;
- zum Einsatz eines zertifizierten AIS mit S3C-Schnittstelle nach den Maßgaben des Vertrages.

Ich bestätige dies durch meine Unterschrift.

Datum

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_

.....  
Unterschrift des teilnehmenden Hausarztes

Datum

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_

.....  
Unterschrift des anstellenden Arztes/ Leiters bei MVZ

Stempel der Arztpraxis

Stempel der Gemeinschaftspraxis/des MVZ

**Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen gegenüber den Vertragspartnern.**

1. Ich bin umfassend über den Inhalt des Vertrages Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen 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 i. V. m. den Anlagen 1 und 2 erfüllen muss.
  - meine Teilnahme mit dem Datum der Einschreibung beginnt und mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVT gekündigt werden kann.
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag bei Vertragsänderungen bzw. -ergänzungen innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVT durch mich 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 oder dem Entzug meiner vertragsärztlichen Zulassung oder mit dem Ende meiner Zulassung in der Versorgungsregion endet, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch endet, sofern ich mit Ablauf der in Anlage 1 II. Abschnitt genannten Fristen, zum verpflichtenden Einsatz des zertifizierten AIS mit S3C-Schnittstelle deren Vorhandensein nicht gegenüber der KVT nachgewiesen habe, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung bzw. eines Ausschlusses bedarf.
  - meine Teilnahme an diesem Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser Vertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.
  - mir gegenüber meine Teilnahme an diesem Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden kann, wenn
    - ich die Teilnahmeberechtigung gem. § 3 bzw. die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 4 i. V. m. Anlagen 1 und 2 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVT nicht innerhalb angemessener Frist beseitige;
    - ich Fehlabrechnungen vornehme, es sei denn, es handelt sich um einen Einzelfall oder ein entschuldbares Versehen;
    - ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme an diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVT nicht innerhalb der Frist beseitige oder wenn ich in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstoße.
  - die Entscheidung über die Kündigung der Vertragsbeirat vorbereitet und mir vor der Kündigung die Gelegenheit zu geben ist, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.
  - der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK PLUS besteht und ausschließlich über die KVT durchgesetzt wird.
  - die Abrechnung der Vergütungen gemäß § 16 im Rahmen der normalen GKV-Quartalsabrechnung quartalsweise gegenüber der KVT erfolgt.
  - die KVT die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der AOK PLUS abrechnet (§ 17).
  - der Vergütungsanspruch nur besteht, wenn vom Versicherten eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt und dieser am Tag des Arztkontaktes 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 Arzt zusteht.
  - die KVT berechtigt ist, von der vertraglich vereinbarten HzV-Vergütung die vertragliche Verwaltungsgebühr in Abzug zu bringen.
  - die Vergütung nach Maßgabe des § 19 vollständig oder teilweise gekürzt werden kann oder bereits erfolgte Vergütungen nachträglich korrigiert werden können, wenn ich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen verstoße.
  - 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 dürfen.
  - der Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und mir zustande kommt und die medizinische Verantwortung für die Behandlung der HzV-Versicherten bei mir verbleibt.
  - dass ich im Rahmen des Betreuungsverhältnisses nach diesem Vertrag mit der Übernahme der Betreuung auch dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet bin. Die medizinisch-fachliche Verantwortung obliegt mir und wird durch die Regelungen des HzV-Vertrages nicht berührt.
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 meine Praxis bzw. mein Sitz sich im Freistaat Thüringen befindet.
5. Ich werde die KVT unverzüglich informieren, wenn ich die unter § 4 des Vertrages genannten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle oder sonstige Angaben wie Anschrift, lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer, Bankverbindung oder Praxisart sich ändern.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben auf den Internetseiten der Vertragspartner einverstanden: Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Ärzte und AOK PLUS-Versicherte bereit.
7. Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, an einer Evaluation nach § 11 Abs. 6 teilzunehmen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird.