

Teilnahmeerklärung homöopathisch tätiger Vertragsarzt



Erklärung zur Teilnahme am Homöopathievertrag Sachsen

nach § 73a SGB V

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

Seite 1 dieser Teilnahmeerklärung und den Nachweis der fachlichen Anforderungen per Fax an Ihre zuständige Bezirksgeschäftsstelle der KVS senden.

Wichtige Hinweise:

Bei Teilnahme mehrerer Mitglieder von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) an diesem Vertrag muss jedes beantragende Mitglied dieser BAG eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme von angestellten Vertragsärzten oder MVZ-Ärzten ist die Unterschrift des teilnehmenden Vertragsarztes und des anstellenden Vertragsarztes bzw. des ärztlichen Leiters des MVZ auf dieser Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich.

Änderungen der Stammdaten (insb. Änderungen der Adresse, Bankverbindung und Betriebsstättennummer) sind unverzüglich schriftlich der KVS mitzuteilen.

Praxisart (Bitte ankreuzen):

Einzelpraxis BAG MVZ

Stammdaten des teilnehmenden Vertragsarztes (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Titel	LANR	BSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)		
<input type="text"/>		
PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
anstellender Arzt/ärztlicher Leiter des MVZ:		
Titel	Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. Name MVZ		
<input type="text"/>		

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass

- ich die in §§ 5 und 6 definierten Qualifikationen und Teilnahmevoraussetzungen erfülle.
- ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Homöopathievertrages in Sachsen, insbesondere der umseitig beschriebenen Rechte und Pflichten, verpflichte und diese akzeptiere.
- ich folgende fachliche Anforderungen erfülle:
 - Ich bin zur Führung der Zusatzbezeichnung Homöopathie berechtigt.
(Bitte beglaubigte Kopie der Urkunde beifügen, sofern diese bei der KVS noch nicht vorliegt.)
und/oder
 - Ich besitze das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ.
(Bitte Kopie der Urkunde beifügen.)

Datum

.....
Unterschrift des teilnehmenden Vertragsarztes

Datum

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

Stempel des Vertragsarztes

Stempel des MVZ

Hiermit erkläre ich verbindlich meine Teilnahme am Homöopathievertrag in Sachsen gegenüber der KVS.

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Homöopathievertrages in 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 Qualifikationen und Teilnahmevoraussetzungen entsprechend dem Vertrag nach §§ 5 und 6 erfüllen muss.
 - meine Teilnahme vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung beginnt und die Teilnahme mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVS zum Quartalsende gekündigt werden kann.
 - 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.
 - 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 (Ausschluss) kann, wenn
 - ich die Qualifikationen und Teilnahmevoraussetzungen gem. §§ 5 und 6 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVS nicht innerhalb angemessener Frist beseitige.
 - ich Fehlrechnungen vornehme.
 - ich gegen eine andere mir nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen meiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVS nicht innerhalb der Frist beseitige oder wenn ich in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstoße.
 - **ich gemäß § 5 folgende Fortbildungspflicht habe:**
 - **regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder der AOK PLUS anerkannten homöopathischen Fortbildungen, z. B. homöopathischen Qualitätszirkeln, in einem Mindestumfang von 100 CME-Punkten in 5 Jahren, davon maximal 75 Punkte für Qualitätszirkel, teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass sich die Fortbildungen/Qualitätszirkel ausschließlich auf Einzelhomöopathie beziehen sollen. Die KVS ist berechtigt, im Rahmen von Stichproben die Erfüllung dieser Fortbildungspflicht zu überprüfen.**
 - **die Fortbildungsnachweise alle 5 Jahre bei der KVS einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. nach Ablauf des 5-Jahreszeitraums erbracht werden, die Teilnahme genehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt (Die Vorlage des gültigen DZVhÄ-Diploms gilt als Nachweis bis zum Ablaufdatum des Diploms.).**
 - der Vergütungsanspruch gegenüber der KVS besteht und die Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag quartalsweise gegenüber der KVS zu erfolgen hat (§ 8).
 - die KVS die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der AOK PLUS abrechnet (§ 8).
 - 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.
 - bei Teilnahme einer BAG/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der BAG/einzelnen angestellten Vertragsarzt 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 des von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen Vertragsarzt und Patient. Dessen Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt und sein Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und dessen Sinn und Zweck entspricht. Die Behandlung erfolgt nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.
 - der Behandlungsvertrag mit dem Patienten mit mir zustande kommt und die medizinische Verantwortung bei mir liegt.
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.
 - zur Bereitschaft an einer Evaluation nach § 15 teilzunehmen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird und die ggf. damit verbundenen Dokumentationen durchzuführen.
4. Hiermit bestätige ich, dass meine Praxis bzw. mein Sitz sich im Freistaat Sachsen befindet.
5. Ich werde die KVS unverzüglich informieren, wenn ich die in § 5 genannten Qualifikationen nicht mehr erfülle oder sich sonstige Angaben wie Anschrift, 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, Telefonnummer, ggf. Faxnummer. Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe dieser Angaben an Versicherte der AOK PLUS bereit.