

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

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages RheumaAktiv 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 des Vertrages nach § 2a 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 2 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen durch die KVS zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vertragsänderungen gekündigt werden kann, wenn ich von den Änderungen oder Ergänzungen nachteilig betroffen bin und ich die Teilnahme an diesem Vertrag aus diesem Grund beenden will (Sonderkündigungsrecht). Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der KVS zu erfolgen. Für alle gemäß § 6 dieses Vertrages eingeschriebenen Versicherten wird die Behandlung nach diesem Vertrag bis zum Zugang der Sonderkündigung bei der KVS nach den bisherigen Regelungen durchgeführt und vergütet.
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag automatisch mit der Beendigung, der Rückgabe, dem 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 kann (Ausschluss), wenn
 - ich die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 2a nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVS nicht innerhalb angemessener Frist beseitige.
 - ich vorsätzliche Fehlabrechnungen im Rahmen dieses Vertrages vornehme.
 - 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 (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstoße.
 - die Entscheidung über den Ausschluss die KVS und die AOK PLUS gemeinsam und einvernehmlich treffen und mir vor dem Ausschluss die Gelegenheit gegeben wird, mich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern.
 - die AOK PLUS sich die Prüfung der Einhaltung der Regelung nach § 8a Abs. 3 vorbehält.
 - die AOK PLUS bei erheblichen Auffälligkeiten der Praxen untereinander bei der Abrechnung von Leistungen den MDK hinzuziehen kann.
 - der Vergütungsanspruch gegenüber der KVS besteht und die Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag quartalsweise gegenüber der KVS zu erfolgen hat (Anlage 4a).
 - die KVS die vertraglich erbrachten Leistungen gegenüber der AOK PLUS abrechnet (Anlage 4b).
 - 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 Gemeinschaftspraxis/eines MVZ die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser/diesem und nicht dem einzelnen Mitglied der Gemeinschaftspraxis/einzelnen angestellten RHEUMATOLOGEN 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.
 - der vorliegende Vertrag eine ergänzende Versorgungsform innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere der vertragsärztlichen Versorgung und des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. BGB) darstellt. Insoweit bleiben die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Qualität der Versorgung sowie die Regelungen des Datenschutzes unberührt, soweit nicht ausdrücklich davon abgewichen wird.
 - die Regelungen dieses Vertrages die Rechte und Pflichten des von den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung geprägten Behandlungsverhältnisses ergänzen. Dessen Inhalt wird durch die besondere Versorgungsform dieses Vertrages mit geprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und es seinem Sinn und Zweck entspricht.
 - soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen werden, die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen des SGB V nicht abbedungen sind. Auf § 69 Abs. 1 Satz 3 sowie § 76 Abs. 4 SGB V wird verwiesen.
 - die KVS die Versorgung durch die VERTRAGSÄRZTE übernimmt und damit den besonderen Versorgungsauftrag dieses Vertrages erfüllt. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten, die an diesem Vertrag teilnehmen, obliegt dem jeweils behandelnden VERTRAGSARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach diesem Vertrag gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, dem Vertragsarztrecht, nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
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 Sachsen befindet.
5. Ich werde die KVS unverzüglich informieren, wenn ich die in § 2a 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.