

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte
Am Hofgarten 5
53113 Bonn



Teilnahmeerklärung Vertragsärzte/IV-Vertrag Homöopathie

Gültig ab 1.4.2006

zu dem Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140 a SGB V über die ärztliche Versorgung mit klassischer Homöopathie zwischen dem Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte e. V. (DZVhÄ), dem Deutschen Apothekerverband e. V. und der Deutschen BKK, bzw. dem IKK-Bundesverband, sowie den jeweiligen Verträgen jetzt und in Zukunft beigetretenen Krankenkassen.

Eine aktuelle Liste der am Vertrag beteiligten Krankenkassen finden Sie im Internet unter www.dzvhae.de unter der Rubrik „Homöopathie für Kassenpatienten“. **Bitte beachten Sie, dass nur mit den dort aufgelisteten Krankenkassen abgerechnet werden kann.**

Bitte unbedingt beachten!

	Titel	Vorname	Name
1			
2			
3			
4			

Vertragsarzt-/Praxisnummer	
----------------------------	--

Name der Praxis (nur bei Gemeinschaftspraxen)	
---	--

Straße/Hausnummer	
-------------------	--

PLZ/Ort	
---------	--

Telefon	
---------	--

Fax	
-----	--

E-Mail	
--------	--

Kontoinhaber	
--------------	--

Kreditinstitut	
----------------	--

BLZ	
-----	--

Kontonummer	
-------------	--

Datum	Unterschrift (aller teilnehmenden Ärzte)
1 _____	1 _____
2 _____	2 _____
3 _____	3 _____
4 _____	4 _____

Hiermit erkläre ich als unterzeichnende/r Ärztin/Arzt meine Teilnahme an den o.g. Verträgen. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der von den Vertragspartnern abgeschlossenen Verträge informiert. **Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen der o.g. IV-Verträge, auch soweit sie hier und auf der Folgeseite nicht gesondert benannt sind.** Die Vertragsbedingungen auf der Folgeseite habe ich zur Kenntnis genommen. Die Regelung in dieser Teilnahmeerklärung dienen im Wesentlichen der Klarstellung und sind nicht abschließend; die Regelungen in den IV-Verträgen gehen vor.

Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis (bitte in Blockschrift oder gut lesbarer Stempel)	
Vertragsarzt-/Praxis-Nr.	

Bitte wenden!
Bitte beachten Sie unbedingt die Vertragsbedingungen auf der Folgeseite.

Vertragsbedingungen:

1. Ich erfülle die **Qualifikationsvoraussetzungen** gemäß den Bestimmungen der Verträge (Nachweise beiliegend, falls dem DZVhÄ nicht bereits vorgelegt) und weise die notwendigen Fortbildungsmaßnahmen jährlich oder gemäß den Bestimmungen des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ gegenüber dem DZVhÄ nach. Der DZVhÄ ist berechtigt, eine Bearbeitungsgebühr für die jährliche Prüfung von Fortbildungsnachweisen festzusetzen. Als teilnehmender Arzt bin ich für die Richtigkeit des Qualifikationsnachweises und der Fortbildungsmaßnahmen der Krankenkasse und dem DZVhÄ gegenüber verantwortlich und stelle den DZVhÄ von Ansprüchen Dritter wegen falscher Qualifikations- und Fortbildungsnachweise frei.
2. Meine Teilnahme an diesen Verträgen wird mit dem **Eingang** der unterschriebenen „Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte“ nebst vollständiger Einreichung aller erforderlichen Qualifikationsnachweise beim DZVhÄ wirksam (**Einschreibung**). Ich bin als Arzt Vertragspartner und aus diesen Verträgen unmittelbar berechtigt und verpflichtet. Die Rechte des Arztes in Bezug auf diese IV-Verträge übt der DZVhÄ für diesen aus. Für die Richtigkeit der Honorarforderungen und mögliche Rückforderungen der Krankenkassen haftet allein der Arzt. Ansprüche wegen einer fehlerhaften Abrechnung oder der falschen Angabe von Qualifikationsvoraussetzungen richten sich direkt gegen den Arzt.
3. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der dem DZVhÄ übermittelten **Stammdaten** (des Arztes) haftet der teilnehmende Arzt. Es ist Verpflichtung des Arztes, Veränderungen der Stammdaten dem DZVhÄ rechtzeitig mitzuteilen. Der Arzt haftet für einen eventuell daraus entstehenden Schaden oder eine Honorareinbuße.
4. Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, **vor Erbringung der Leistungen** nach diesem Vertrag zu prüfen, ob die jeweilige Krankenkasse des Versicherten an diesem Vertrag teilnimmt, siehe Nr. 9 dieser Vertragsbedingungen. Behandelt der Arzt ohne Vorlage einer gültigen Versichertenkarte des Patienten oder einen Versicherten einer Krankenkasse, die nicht an diesen Verträgen teilnimmt, trägt er das Vergütungsrisiko für seine Leistung.
5. Die **Abrechnungsstelle** ist berechtigt, von der vertraglich vereinbarten Vergütung eine **Abrechnungsgebühr** im Namen und auf Rechnung des DZVhÄ einzubehalten. Diese kann quartalsmäßig neu festgesetzt werden und für Mitglieder und Nichtmitglieder des DZVhÄ und je nach Abrechnungsart (Papier/EDV) unterschiedlich hoch sein, siehe Nr. 9 dieser Vertragsbedingungen. Der DZVhÄ ist zur Erfüllung seiner vertraglichen Aufgaben berechtigt, eine oder mehrere Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen und meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen allen Vertragspartnern und dem/den vom DZVhÄ beauftragten Dienstleistungsunternehmen zur Verfügung zu stellen. Von diesen dürfen die Daten zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden.
Die Abrechnungsstelle bearbeitet nur **fristgerecht** eingereichte, vollständig ausgefüllte und leserliche Abrechnungsunterlagen der Ärzte. Fälle aus dem Abrechnungsquartal (Beispiel III.05), die **nicht fristgerecht** (5 Werktage nach Quartalsende +), aber bis Ende des Einreichungsquartales (Beispiel 31.12.05) eingehen, werden mit der nächsten Abrechnung bei den Kostenträgern eingereicht. Fälle aus dem vorherigen Abrechnungsquartal (Beispiel III.05), die erst nach Beendigung des Einreichungsquartales (Beispiel bis 31.12.05) zur Abrechnung übersandt werden, diese werden wie vereinbart nicht mehr erfasst, ergo nicht an die Kostenträger weitergeleitet, somit nicht vergütet -> Abrechnungen aus dem 3. Quartal 2005, die erst in 2006 eingereicht werden, können nicht mehr vergütet werden.
Für erforderliche **Nachbesserungsarbeiten** kann die Abrechnungsstelle eine festgelegte, **zusätzliche Bearbeitungsgebühr** verlangen, die sie von dem Honoraranspruch des Arztes in Abzug bringt. Siehe Nr. 9 dieser Vertragsbedingungen.
Die Abrechnungsstelle ist weiterhin berechtigt, im Rahmen einer Inkassoession für die Krankenkassen nachgewiesene **Rückforderungsansprüche** der Krankenkassen gegen den Arzt durch Aufrechnung mit zukünftigen Honoraransprüchen umzusetzen.
6. Ich beteilige mich an der **EDV-gestützten Einreichung und Abrechnung** der vertraglichen Leistungen gegenüber dem DZVhÄ/ Abrechnungsstelle, soweit die hierfür notwendigen technischen Voraussetzungen bestehen.
7. Ich verpflichte mich, bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der **Datenverarbeitung** (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der **Datensicherheit** geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten und die schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten.
Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und Praxisadresse, -rufnummer in einem Teilnehmerverzeichnis und der Weitergabe an interessierte Patienten einverstanden. Der DZVhÄ ist berechtigt, bei Bedarf Einsicht in die Teilnahme- und Einverständniserklärung, sowie Kündigung des Patienten zu erhalten.
8. Mir ist insbesondere bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist, und dass ich die **Beendigung meiner Teilnahme** in schriftlicher Form mit einer Frist von 1 Monat zum Ende eines jeden Quartals gegenüber dem DZVhÄ erklären kann. Bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen kann ich an der Teilnahme von den o. g. Verträgen ausgeschlossen werden. Eine erneute Einschreibung nach Ausschluss wegen nicht vertragsgemäßer Fortbildungsnachweise bedarf der besonderen Prüfung durch den DZVhÄ.
9. Die IV-Verträge, teilnehmende Krankenkassen, die Höhe der jeweiligen Gebühren sowie alle aktuellen Informationen sind auf der Internetseite des DZVhÄ unter **www.dzvhae.de** einzusehen.