

<p>Teilnahmeerklärung Hausarzt zum Vertrag zur Durchführung einer Integrierten Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V mit der BARMER</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<p>Per Fax an die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (nachfolgend VLR) 0211 – 90 98 17 78</p>
Stammdaten Arzt	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ LANR: <input style="width: 100px;" type="text"/> BSNR: <input style="width: 100px;" type="text"/> Gültig ab (TT.MM.JJJJ): <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> BAG	
Titel: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nachname: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Vorname: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift): <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefon: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
PLZ: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Ort: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefax: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-Mail: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)	
BLZ: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Kreditinstitut: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Kontonummer: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Kontoinhaber: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
IBAN: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
BIC: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Notwendige Angaben des Hausarztes	
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (optional) <input type="checkbox"/> Vertragssoftware noch nicht vorhanden (Abrechnung über Abrechnungsbeleg)	
<input type="checkbox"/> HzV-Online-Key bereits vorhanden (optional) <input type="checkbox"/> HzV-Online-Key noch nicht vorhanden (Abrechnung über Abrechnungsbeleg)	
Managementgesellschaft	
Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (VLR); c/o bcs best care solutions GmbH, Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf, Kundenservice: 0211 – 90 98 17 77 (9:00 bis 17:00 Uhr)	
Verwaltungskostenpauschale (§ 13)	
Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 13 des Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5% von der Vergütung. Die VLR ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale mit dem Vergütungsanspruch des Hausarztes gegenüber der VLR zu verrechnen.	
Einwilligung in Datenverarbeitung	
<p>Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. Mir ist bekannt, dass die VLR das Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295 a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen, die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt, direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der VLR zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die BARMER erhält Name, Vorname, HÄVG-ID, LANR, BSNR nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Vertrag über das Arztverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung (§ 10 und Anlage 3). 	
Vertragsteilnahme des Hausarztes	
<p>Hiermit beantrage ich als Hausarzt verbindlich meine Teilnahme am Vertrag (§ 4 und Anlage 5). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als Hausarzt nach dem Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt (§ 4 Abs. 4); ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer Leistungen (Anlage 5), zur Information der VLR über Änderungen, die für meine Teilnahme am Vertrag relevant sind (Anlage 4), sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe; meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 7 beendet werden kann; ich selbst meine Teilnahme an dem Vertrag gemäß § 4 Abs. 6 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich gegenüber der VLR kündigen kann (Faxnummer siehe oben); sich gemäß § 10 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die VLR richtet. Die VLR hat den Vergütungsanspruch gegen die BARMER (§ 4 Abs. 1 der Anlage 3). Dieser Anspruch auf Zahlung der Vergütung verjährt nach Ablauf von 36 Monaten (§ 3 Abs. 3 der Anlage 3). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals beginnt, in dem ich die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht habe; Überzahlungen verrechnet werden (§ 3 Abs. 4 der Anlage 3); Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppelabrechnungen von Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 10 Abs. 4 und Anlage 3 ist mir bekannt; ich Einwendungen unverzüglich gemäß § 5 Abs. 7 der Anlage 3 nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich gegenüber der VLR geltend machen muss. die VLR die von der BARMER geleistete Vergütung gemäß § 4 Abs. 1 der Anlage 3 erhält und erst nach Eingang bei der VLR unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 13 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (5 %) habe ich zur Kenntnis genommen; sich die Inhalte der Behandlungsleitlinien gemäß §§ 5 bis 8 ändern können; ich stimme einer Anpassung durch die Vertragspartner nach billigem Ermessen bereits jetzt zu; 	

- die Laufzeit des Vertrages sich nach § 19 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide;

2. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass

- die VLR meine Teilnahme an dem Vertrag organisiert und für mich die Abrechnung der Vergütung gegenüber der BARMER vornimmt. Sie ist daher zum Zwecke des Abschlusses, der Durchführung und der Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- die VLR zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß **Anlage 3** des Vertrages nach § 295 a SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in **Anlage 3** benanntes Rechenzentrum beauftragt;
- die VLR sich an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden kann, um die von mir in dieser Erklärung mitgeteilten Angaben zu Teilnahmevoraussetzungen zu überprüfen. Ich willige darin ein, dass die KV Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen betreffen, an die VLR erteilt;

3. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 und Anlage 5 zum Vertragsbeginn erfülle, insbesondere

- über die erforderliche Praxisausstattung (zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem, Computerfax/Faxgerät) verfügen werde;
- meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis / MVZ

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--