

<p>Teilnahmeerklärung Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie und Kinder- und Jugendrheumatologie zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V mit der TK</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines fachärztlich 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 BV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> </div> <p>Per Fax an die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (nachfolgend VLR) 0211 – 90 98 17 78</p> <p>Angaben zum Arzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt nach § 116 SGB V</p>
Stammdaten behandelnder Arzt	
Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/>	LANR <input style="width: 100%;" type="text"/> BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/> Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/> Nachname <input style="width: 100%;" 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: 100%;" 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 (BV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)	
BLZ <input style="width: 100%;" type="text"/> Kontonummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	Kreditinstitut <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 Facharztes, des Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. des ermächtigten Krankenhausarztes	
<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware noch nicht vorhanden <input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden <input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter nicht vorhanden <input type="checkbox"/> Zulassung/Vertragsarztsitz und Ermächtigung in der Vertragsregion <input type="checkbox"/> Teilnahme an der "Vereinbarung zur Förderung der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln in der Rheumatologie" zwischen der TK und dem BDRh	
Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. ermächtigter Krankenhausarzt	
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten, davon 25 CME-Punkte in Diagnose und der nicht-operativen Therapie chronisch entzündlicher Rheumaformen in Präsenzveranstaltungen liegt in meiner Person vor (§ 4 Abs. 1) <input type="checkbox"/> Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (§ 4 Abs. 1) <input type="checkbox"/> Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10 liegt in meiner Praxis vor (Anlage 3) <input type="checkbox"/> eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis liegt vor (Anhang 3 der Anlage 3)	
Sicherstellung der Erbringung der Leistung: <input type="checkbox"/> Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler (Anlage 3)	
Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie bzw. ermächtigter Krankenhausarzt	
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen (§ 4 Abs. 2) <input type="checkbox"/> Betreuung von 50 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (§ 4 Abs.2) <input type="checkbox"/> eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis (Anhang 3 der Anlage 3)	
Sicherstellung der Erbringung der Leistung: <input type="checkbox"/> Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler (Anlage 3)	
Managementgesellschaft	
Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (VLR); Postanschrift: bcs best care solutions GmbH, Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf; Kundenservice: 0211 – 90 98 17 77 (9:00 bis 17:00 Uhr)	
Verwaltungskostenpauschale (§ 17)	
Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 17 des BV-Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5% von der BV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des BDRh wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % von der BV-Vergütung einbehalten.	

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 ein Rechenzentrum (Anlage 3) mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem BV-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 BV-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 BV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. • Meine Teilnahme an der "Vereinbarung zur Förderung der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln in der Rheumatologie" zwischen der TK und dem BDRh wird seitens des BDRh der VLR zum Zwecke der Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen mitgeteilt. • Die TK erhält u.a. Name, Vorname, Arzt-ID, LANR, BSNR nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem BV-Vertrag über das BV-Arztverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) nach § 4 sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur BV-Abrechnung (§§ 14 bis 16 und Anlage 3). • Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer der Institutsambulanz / der Hochschulambulanz können in einem Verzeichnis auf der Internetseite der TK und der VLR veröffentlicht werden.
Vertragsteilnahme des Arztes
<p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am BV-Vertrag (§ 5 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem BV-Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als Facharzt, Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. ermächtigter Krankenhausarzt nach dem BV-Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt (§ 5 Abs. 2); • ich meine vertraglichen Pflichten als Arzt insbesondere zur Erbringung besonderer BV-Leistungen (§ 4 Abs. 1 bzw. Abs. 2), zur Information der VLR über Änderungen, die für meine Teilnahme an der BV relevant sind (§ 5 Abs. 3), 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 § 6 Abs. 3 beendet werden kann; • ich selbst meine Teilnahme an dem BV-Vertrag gemäß § 6 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber der VLR kündigen kann (Faxnummer siehe oben); • sich gemäß § 16 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der BV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die VLR richtet. Die VLR hat den Vergütungsanspruch gegen die TK (§ 14 Abs. 1). Dieser Anspruch auf Zahlung der BV-Vergütung verjährt nach Ablauf von 12 Monaten (§ 14 Abs. 7). 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 (§ 16 Abs. 9). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppelabrechnungen von BV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 16 Abs. 2 ist mir bekannt; • die VLR die von der TK geleistete BV-Vergütung gemäß §§ 14 Abs. 1, 16 Abs. 8 in Verbindung mit 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 § 17 Abs. 1 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (5 % für Mitglieder des BDRh, 6,25 % für Nicht-Mitglieder des BDRh) habe ich zur Kenntnis genommen; • die Anlage 3 (Vergütung und Abrechnung) am 01.01.2018 in Kraft tritt und die Vergütungsregelungen nach den §§ 1 bis 3 der Anlage 3 zunächst bis zum 30.06.2021 vereinbart sind und durch Einigung der TK und der VLR nach Maßgabe des in § 14 Abs. 7 beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 14 Abs. 7); • sich die Inhalte gemäß der §§ 7 bis 9 ändern können; ich stimme einer Anpassung durch die VLR und der TK nach billigem Ermessen bereits jetzt zu; • die Laufzeit des BV-Vertrages sich nach § 18 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem BV-Vertrag ausscheide; • Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsspruches gemäß § 20 und gemäß dem in § 19 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann. <p>2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Vergütungspflicht der TK und meine Pflichten nach §§ 4 ff. erst mit dem in § 18 Abs. 2 bestimmten Zeitpunkt bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen. <p>3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die VLR meine Teilnahme an der BV organisiert und für mich die Abrechnung der BV-Vergütung gegenüber der TK vornimmt. Sie ist daher zum Zwecke des Abschlusses der Durchführung und der Beendigung dieses BV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche BV-Partner im Sinne von § 13 Abs. 3. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; • die VLR zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 14 bis 16 des BV-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 zuständige Stelle Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen betreffen, an die VLR erteilt; • die VLR meine Mitgliedschaft im BDRh mit Hilfe des BDRh prüfen kann; • ich an der Sofortabrechnung teilnehme. <p>4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 1 bzw. Abs. 2 von Vertragsbeginn an erfülle, insbesondere, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • ich über die erforderliche Praxisausstattung (zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) verfügen werde; • meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Facharztes oder Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. des ermächtigten Krankenhausarztes“ (s.o.) zutrifft. <p>Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des BV-Vertrages.</p>
Vorhalten der QS-Software
Eine aktuelle Liste der QS-Softwareanbieter befindet sich auf der Homepage des BDRh unter www.bdrh.de .

Unterschrift behandelnder Arzt

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel

Unterschrift gesetzlicher Vertreter MVZ / Bevollmächtigter des Krankenhausträgers

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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