

<p>Teilnahmeerklärung Hochschulambulanz bzw. Institutsambulanz zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V mit der TK</p> <p>Bitte beachten Sie: Die Teilnahmeerklärung muss vom ärztlichen Leiter unterzeichnet werden. Bei Teilnahme einer Institutsambulanz bzw. einer Hochschulambulanz muss die Teilnahmeerklärung von deren gesetzlichen Vertreter 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><input type="checkbox"/> Institutsambulanz nach §§ 117 ff. SGB V <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V</p>
Stammdaten Hochschulambulanz bzw. Institutsambulanz	
IK <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
Name des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	Krankenhausträger <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
Straße & Hausnummer <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	Telefon <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
PLZ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	Ort <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
E-Mail <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
Notwendige Angaben der Hochschul- bzw. Institutsambulanz für die Betreuung von Erwachsenen nach § 4 Abs. 1	
<input type="checkbox"/> Zulassung / Ermächtigung in der Vertragsregion	
Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben:	
<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 Person des ermächtigten Arztes vor (§ 4 Abs. 1)	
<input type="checkbox"/> Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal (§ 4 Abs. 1)	
<input type="checkbox"/> Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10 liegt vor (Anlage 3)	
<input type="checkbox"/> eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten liegt vor (Anhang 3 der Anlage 3)	
<input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an der "Vereinbarung zur Förderung der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln in der Rheumatologie" zwischen der TK und dem BDRh	
Sicherstellung der Erbringung der Leistung:	
<input type="checkbox"/> Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler (Anlage 3)	
Notwendige Angaben der Hochschul- bzw. Institutsambulanz für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen nach § 4 Abs. 2	
<input type="checkbox"/> Zulassung / Ermächtigung in der Vertragsregion	
Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben:	
<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 (§ 4 Abs. 2)	
<input type="checkbox"/> eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten liegt vor (Anhang 3 der Anlage 3)	
<input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an der "Vereinbarung zur Förderung der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln in der Rheumatologie" zwischen der TK und dem BDRh	
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 im Namen der von mir vertretenen Instituts- bzw. Hochschulambulanz 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 zum Zwecke der Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen mitgeteilt (gilt nicht für Krankenhaus stationär). • Die TK erhält u.a. Name der Instituts- bzw. Hochschulambulanz, Vor- und Nachname des Leiters bzw. gesetzlichen Vertreters, Arzt-ID und IK nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem BV-Vertrag über das BV-Arztverzeichnis nach § 4 sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur BV-Abrechnung (§§ 14 bis 16a 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 Institutsambulanz / Hochschulambulanz	
Hiermit beantrage ich im Namen der von mir vertretenen Hochschulambulanz / der von mir vertretenen Institutsambulanz verbindlich die Teilnahme am BV-Vertrag (§ 5) und verpflichte die Hochschulambulanz / die Institutsambulanz zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem BV-Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.	
<p>1. Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz nach dem BV-Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Vertragsteilnahme der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt (§ 5 Abs. 2); • die Institutsambulanz / die Hochschulambulanz die vertraglichen Pflichten zur Information der VLR über Änderungen, die für die 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;

- die Vertragsteilnahme der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz bei Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 3 beendet werden kann;
- ich die Teilnahme der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz 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** der vertragliche Anspruch auf Zahlung der BV-Vergütung für die von der Hochschulambulanz / von der Institutsambulanz vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die VLR richtet. 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.

2. Mir ist bekannt und ich stimme im Namen der von mir vertretenen Hochschul- bzw. Institutsambulanz zu, dass

- 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.

3. Mir ist bekannt und ich erkläre im Namen der von mir vertretenen Hochschul- bzw. Institutsambulanz meine Einwilligung, dass

- 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.

4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 1 bzw. Abs. 2 zum Vertragsbeginn erfülle, insbesondere, dass

- ich über die erforderliche Ausstattung (Computerfax/Faxgerät) verfügen werde;
- meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Krankenhauses“ (s.o.) zutrifft.

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

Unterschrift des behandelnden Arztes

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel

--

Unterschrift des ärztlichen Leiters / des gesetzlichen Vertreters

--

Name des ärztlichen Leiters

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

LANR

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

IK

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