

<p>Teilnahmeerklärung für den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, den Kinder- und Jugendrheumatologen und auf Antrag für die Ambulanz zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V</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. Bei Teilnahme einer Ambulanz muss die Teilnahmeerklärung von der ärztlichen Leitung und zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter oder einer bevollmächtigten Person der Ambulanz unterzeichnet werden.</p> <p>Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den BV-Vertrag Rheuma nebst seinen Anlagen.</p>	 <p>Per Fax an den Beauftragten der BDRh Service GmbH (nachfolgend BSG) 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"/> Hochschul- und Institutsambulanz nach § 117 ff SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigte Ärzte nach § 116a und § 116b SGBV</p>
--	---

Auf Antrag teilnehmende Ambulanzen füllen bitte nur die für sie relevanten Felder aus (gekennzeichnet mit *)

Stammdaten behandelnder Arzt / Ambulanz

Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>	LANR	<input type="text"/>	BSNR	<input type="text"/>	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
MVZ	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>				
BAG	<input type="checkbox"/>	IK*	<input type="text"/>				
Ambulanz*	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>				

Titel	Nachname (ggf. Name der Ambulanz)*	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)*	Telefon*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLZ*	Ort*	Telefax*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bankverbindung (IV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)

BLZ*	Kreditinstitut*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontonummer*	Kontoinhaber*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IBAN*
<input type="text"/>

BIC*
<input type="text"/>

Notwendige Angaben des Facharztes, des Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. der auf Antrag teilnehmenden Ambulanz

Abrechnungssoftware bereits vorhanden* Abrechnungssoftware noch nicht vorhanden*

QS-Software für Assessmentparameter vorhanden* QS-Software nicht vorhanden*

Zulassung/Vertragsarztsitz und Ermächtigung in der Vertragsregion*

Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben für Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. auf Antrag teilnehmende Ambulanz

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 (Anlage 5)*

Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis / Ambulanz (Anlage 5)*

Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10 liegt in meiner Praxis / Ambulanz vor (Anlage 3)*

eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis / Ambulanz liegt vor (Anhang 4 der Anlage 3)*

Sicherstellung der Erbringung der Leistung:

Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler (Anlage 3)* Röntgenzulassung der KV liegt vor (Anlage 3)* Gelenkinjektion (Anlage 3)*

Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie bzw. auf Antrag teilnehmende Ambulanz

Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen (Anlage 5)*

Betreuung von 50 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis / Ambulanz (Anlage 5)*

<input type="checkbox"/>	eine rheumatologische Fachassistenz zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis / Ambulanz (Anhang 4 der Anlage 3) *
<input type="checkbox"/>	Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10 liegt in meiner Praxis / Ambulanz vor (Anlage 3) *
Sicherstellung der Erbringung der Leistung:	
<input type="checkbox"/>	Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler (Anlage 3) *
<input type="checkbox"/>	Röntgenzulassung der KV liegt vor (Anlage 3) *
<input type="checkbox"/>	Gelenkinjektion (Anlage 3) *
Beauftragter der BDRh Service GmbH	
bcs best care solutions GmbH, Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf, Kundenservice: 0211 – 90 98 17 77 (9:00 bis 17:00 Uhr)	
Verwaltungskostenpauschale, Einschreibe- und Nutzungsgebühr (§ 14)	
Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 Abs. 1 des BV-Vertrages Rheuma 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. Die BSG ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale mit dem BV-Vergütungsanspruch des Facharztes gegenüber der für den KV-Bezirk beigetretenen Krankenkasse zu verrechnen. Gemäß § 14 Abs. 2 des BV-Vertrages Rheuma ist eine einmalige Einschreibegebühr von 357 Euro inkl. gesetzl. USt. innerhalb von 21 Tagen nach Rechnungslegung an die BSG zu zahlen. Sollte die Zahlung innerhalb der Frist nicht erfolgen, wird meine Teilnahmebestätigung spätestens 10 Tage nach Fristablauf storniert.	
Einwilligung in Datenverarbeitung	
Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:	
<ul style="list-style-type: none"> Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. Mir ist bekannt, dass die BSG das Rechenzentrum 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 Rheuma erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben im Wege der elektronischen Datenübertragung an dieses Rechenzentrum zu übermitteln. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der BSG bzw. des Beauftragten zur Durchführung des BV-Vertrages Rheuma erhoben, verarbeitet und genutzt. Die für den KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen oder eine von ihnen benannte Stelle (spectrumK Berlin) erhält Name, Vorname, Arzt-ID, LANR, BSNR nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem BV-Vertrag Rheuma über das BV-Arztverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur BV-Abrechnung (§§ 11 bis 13 und Anlage 3). Mein Name, meine Praxisanschrift / Anschrift der Ambulanz und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der für den KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen oder einer von ihnen benannten Stelle (spectrumK Berlin) und des Beauftragten veröffentlicht. 	
Vertragsteilnahme des Facharztes, des Kinder- und Jugendrheumatologen und auf Antrag der Ambulanz	
Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am BV-Vertrag Rheuma (§ 4 Abs. 2). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem BV-Vertrag Rheuma, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.	
<ol style="list-style-type: none"> Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als Facharzt, Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. auf Antrag als Ambulanz nach dem BV-Vertrag Rheuma informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass <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 Facharzt, Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. auf Antrag als Ambulanz insbesondere zur Erbringung besonderer BV-Leistungen (§ 4 Abs. 1 und Abs. 2), zur Information der BSG bzw. des Beauftragten über Änderungen, die für meine Teilnahme an der BV relevant sind (§ 4 Abs. 5), 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. 5 und Abs. 7 beendet werden kann; ich selbst meine Teilnahme an dem BV-Vertrag Rheuma gemäß § 4 Abs. 6 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber der BSG kündigen kann (Faxnummer siehe oben); sich gemäß § 13 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der BV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die für den KV-Bezirk beigetretenen Krankenkasse richtet. Dieser Anspruch auf Zahlung der BV-Vergütung verjährt nach Ablauf von 12 Monaten (§ 11 Abs. 9). 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 (§ 11 Abs. 6 und Abs. 7). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppelabrechnungen von BV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11 Abs. 7 ist mir bekannt; Ich Einwendungen innerhalb von 4 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich gegenüber der BSG geltend machen muss. die BSG die von den für den KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen oder einer von ihnen benannten Stelle (spectrumK Berlin) geleistete BV-Vergütung gemäß § 11 Abs. 3, in Verbindung mit Anlage 3 erhält und erst nach Eingang bei der BSG unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 Abs. 1 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (5 % für Mitglieder des BDRh, 6,25 % für Nicht-Mitglieder des BDRh); die Anlage 3 (BV-Vergütung und Abrechnung) am 01.07.2016 in Kraft tritt und die Vergütungsregelungen nach der Anlage 3 zunächst bis zum 30.12.2018 vereinbart sind und durch Einigung der für den KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen oder einer von ihnen benannten Stelle (spectrumK Berlin) und der BSG nach Maßgabe des in § 11 Abs. 10 und Abs. 11 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 § 11 Abs. 11); Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V zu Änderungen des BV-Ziffernkrankes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von der BSG und den für den KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen oder einer von ihnen benannten Stelle (spectrumK Berlin) nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des BV-Zifferkrankes bereits jetzt zu; sich die Inhalte gemäß der §§ 5 bis 8 ändern können; ich stimme einer Anpassung durch die Vertragspartner nach billigem Ermessen bereits jetzt zu; die Laufzeit des BV-Vertrages Rheuma sich nach § 21 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem BV-Vertrag Rheuma ausscheide; Vertragsänderungen gemäß dem in § 22 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass <ul style="list-style-type: none"> die Vergütungspflicht für den KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen oder einer von ihnen benannten Stelle (spectrumK Berlin) und meine Pflichten nach §§ 5 ff erst mit dem in § 21 Abs. 2 bestimmten Zeitpunkt bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass <ul style="list-style-type: none"> die BSG bzw. der Beauftragte meine Teilnahme an der BV organisiert und für mich die Abrechnung der BV-Vergütung gegenüber den für den KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen oder einer von ihnen benannten Stelle (spectrumK Berlin) vornimmt. Sie bzw. der Beauftragte ist daher zum Zwecke des Abschlusses der Durchführung und der Beendigung dieses BV-Vertrages Rheumas zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche BV-Partner im Sinne von § 9 Abs. 3. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; die BSG zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß § 11 bis 13 des BV-Vertrages Rheuma nach § 295 a SGB V i. V. m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in Anlage 3 benanntes Rechenzentrum beauftragt; die BSG 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 BSG erteilt; die BSG bzw. der Beauftragte meine Mitgliedschaft im BDRh mit Hilfe des BDRh prüfen kann; ich an der Sofortabrechnung teilnehme. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 1 von Vertragsbeginn an erfülle, insbesondere, dass <ul style="list-style-type: none"> ich über die erforderliche Praxisausstattung (zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) verfüge werde; meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Facharztes oder Kinder- und Jugendrheumatologen“ (s.o.) zutrifft. 	
Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des BV-Vertrages Rheuma.	
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 / r

ärztliche Leitung und gesetzlichen Vertreter oder bevollmächtigte Person der Ambulanz*

--

LANR bzw. IK für Ambulanzen*

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

Nachname*

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

Vorname*

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