

<p><b>Teilnahmeerklärung für den Hausarzt und Nephrologen zum Vertrag zur Früherkennung und besonderen Versorgung bei Niereninsuffizienz „NephroPlus“ mit der GWQ und den beigetretenen Krankenkassen</b></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="text-align: center;"> </div> <p><b>Per Fax an die BCS best care solutions GmbH (nachfolgend BCS) 0211 – 90 98 17 78</b></p> <p><b>Angaben als:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie</p> <p><input type="checkbox"/> Vertragsarzt mit Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V</p>
<b>Stammdaten Arzt</b>	
Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/>	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"/>
Titel <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100px;" type="text"/> Vorname <input style="width: 100px;" type="text"/>
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Telefon <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
PLZ <input style="width: 100px;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Telefax <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
E-Mail <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<b>Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)</b>	
BLZ <input style="width: 100px;" type="text"/>	Kreditinstitut <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Kontonummer <input style="width: 100px;" type="text"/>	Kontoinhaber <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
IBAN <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
BIC <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<b>Notwendige Angaben des Arztes</b>	
<input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware noch nicht vorhanden, spätestens ab dem 01.04.2019 verpflichtend	
<b>Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Nephrologen</b>	
Nur für MVZ: <input type="checkbox"/> Ich versichere, dass der Träger des MVZ mehrheitlich im Eigentum der Ärzte steht.	
<input type="checkbox"/> Ich halte eine Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 12 in meiner Praxis vor ( <b>Anlage 3</b> ).	
<input type="checkbox"/> Ich halte eine qualifizierte Person zur angepassten und individuellen Ernährungsberatung ( <b>Anlage 3</b> ) vor.	
<input type="checkbox"/> Ich bin berechtigt, die Bezeichnung „Hypertensiologe DHL“ zu führen ( <b>Anlage 3</b> ).	
<input type="checkbox"/> Ich bin nach ärztlichem Berufsrecht bzw. nach landesrechtlichen Bestimmungen berechtigt, die Bezeichnung „Diabetologe“ ( <b>Anlage 3</b> ) zu führen.	
<b>Managementgesellschaft</b>	
BCS best care solutions GmbH (BCS), Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf, Kundenservice: 0211 – 90 98 17 77 (9:00 bis 17:00 Uhr)	
<b>Verwaltungskostenpauschale ( §16)</b>	
Die <b>Verwaltungskostenpauschale</b> gemäß § 16 des BV-Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5% von der Vergütung. Für Nichtmitglieder, des hinter DIALAID stehenden Berufsverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % von der BV-Vergütung einbehalten.	
<b>Einwilligung in die Datenverarbeitung</b>	
<b>1. Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.</li> <li>• Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der BCS sowie dem Rechenzentrum ausschließlich zur Durchführung des BV-Vertrages auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO i.V.m. §§ 140a, 13 SGB V und Art. 9 Abs. 2 lit. b), f) und h) i.V.m. Art. 6 Abs. 3 lit. b) DSGVO sowie § 295 und § 295a SGB V; § 80 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO verarbeitet.</li> <li>• Mir ist bekannt, dass die BCS das Rechenzentrum HCMS Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem BV-Vertrag gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO 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.</li> <li>• Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.</li> <li>• Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der BCS zur Durchführung des BV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.</li> <li>• Die GWQ bzw. die beigetretenen Krankenkassen erhält Name, Vorname, LANR, BSNR nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem BV-Vertrag über das Arztverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung (§ 13 und <b>Anlage 3</b>).</li> <li>• Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der GWQ, BCS und DIALAID veröffentlicht.</li> <li>• Die Information zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15, Art. 16, Art. 17 und Art. 18 DGSVO im BV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum BV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten.</li> </ul>	

**Vertragsteilnahme des Arztes**

- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt (§ 5 Abs. 2);
  - ich meine vertraglichen Pflichten als Arzt insbesondere zur Erbringung besonderer Leistungen (§§ 7 bis 9), zur Information der BCS über Änderungen, die für meine Teilnahme an diesem BV-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 § 6 Abs. 2 beendet werden kann;
  - ich Änderungen, die Einfluss auf meine Vertragsteilnahme haben, der BCS melden muss (Anlage 4);
  - 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 gegenüber der BCS kündigen kann (Faxnummer siehe oben);
  - sich gemäß § 13 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die beigetretene Krankenkasse richtet. Dieser Anspruch auf Zahlung der Vergütung verjährt nach Ablauf von 12 Monaten (§ 13 Abs. 8 sowie 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 (§ 13 Abs. 4).
  - die BCS die von der beigetretenen Krankenkasse geleistete Vergütung gemäß § 13 Abs. 3 sowie Anlage 3 erhält und erst nach Eingang bei der BCS unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 16 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale von 5 % bzw. 6,25 % für Nichtmitglieder der DIALAID habe ich zur Kenntnis genommen;
  - die Anlage 3 (Vergütung und Abrechnung) am 01.01.2019 in Kraft tritt;
  - die Laufzeit des **BV-Vertrages** sich nach § 18 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem BV-Vertrag ausscheide;
  - sich die Inhalte gemäß der §§ 7 bis 9 ändern können; **ich stimme einer Anpassung durch die GWQ, BCS und DIALAID nach billigem Ermessen bereits jetzt zu.**
- 2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass die Vergütungspflicht der beigetreten Krankenkasse und meine Pflichten nach §§ 7 - 9 erst ab dem 01.04.2019 bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen.**
- 3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass**
- die BCS meine Teilnahme am BV-Vertrag organisiert und für mich die Abrechnung der Vergütung gegenüber der beigetretenen Krankenkasse 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 Vertragspartner. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
  - die BCS zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß Anlage 3 des BV-Vertrages nach § 295a SGB V i.V. m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in Anlage 3 benanntes Rechenzentrum beauftragt;
  - die BCS 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 BCS erteilt;
  - die BCS meine Mitgliedschaft im (DN) e.V. mit Hilfe des (DN) e.V. prüfen darf.
- 4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 zum Zeitpunkt meines Vertragsbeitritts erfülle, insbesondere, dass**
- ich über die erforderliche Praxisausstattung verfüge;
  - meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Arztes“ (s.o.) zutrifft.

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des BV-Vertrages. Ich versichere, dass alle darin enthaltenen Angaben sachlich richtig und vollständig sind.

<b>Unterschrift behandelnder Arzt</b>	<b>Datum (TT.MM.JJJJ)</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	<b>Stempel</b> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<b>Unterschrift gesetzlicher Vertreter MVZ</b>		

<b>Nachname</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	<b>Vorname</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
---	--

**LANR**