



| | |
|---|--|
| <p>Teilnahmeerklärung für den Arzt und das telemedizinische Zentrum zum Rahmenvertrag VersorgungsmodulePlus nach § 140a SGB V mit der GWQ und den beigetretenen Krankenkassen</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines 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 Rahmenvertrag nebst seinen Anlagen.</p> | <div style="text-align: right;">   </div> <p>Per Fax an die bcs best care solutions GmbH (nachfolgend BCS) 0211 – 90 98 17 78</p> <p>Angaben als:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a SGB V (*Teilnahme nur am Versorgungsmodul „Behandlungspfad Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2“ möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetologische Schwerpunktpraxis</p> <p><input type="checkbox"/> Telemedizinisches Zentrum</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Augenheilkunde (*Teilnahme nur am Versorgungsmodul Behandlungspfad „Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2“ möglich)</p> |
| <p>Stammdaten</p> | |
| <p>Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> LANR <input type="text"/> BSNR <input type="text"/> Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/></p> <p>BAG <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> | |
| <p>Titel <input type="text"/> Nachname <input type="text"/> Vorname <input type="text"/></p> | |
| <p>Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <input type="text"/> Telefon <input type="text"/></p> | |
| <p>PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Telefax <input type="text"/></p> | |
| <p>E-Mail <input type="text"/></p> | |
| <p>Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)</p> | |
| <p>BLZ <input type="text"/> Kreditinstitut <input type="text"/></p> | |
| <p>Kontonummer <input type="text"/> Kontoinhaber <input type="text"/></p> | |
| <p>IBAN <input type="text"/></p> | |
| <p>BIC <input type="text"/></p> | |
| <p>Ich erkläre, dass ich am folgenden Versorgungsmodul teilnehme:</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Versorgungsmodul Behandlungspfad „Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2 –für Hausärzte, diabetologische Schwerpunktpraxen und Fachärzte für Augenheilkunde</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsmodul Telemedizinisches Coaching Präadipositas – nur für telemedizinische Zentren</p> | |
| <p>Notwendige Angaben für das Versorgungsmodul Behandlungspfad „Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2“ (für Hausärzte, diabetologische Schwerpunktpraxen, Fachärzte für Augenheilkunde)</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 <input type="checkbox"/> Keine Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2</p> <p><input type="checkbox"/> Zulassung als Diabetologische Schwerpunktpraxis - nur für diabetologische Schwerpunktpraxen</p> | |
| <p>Managementgesellschaft</p> | |
| <p>bcs best care solutions GmbH (BCS), Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf, Kundenservice: 0211 – 90 98 17 77 (9:00 bis 17:00 Uhr)</p> | |
| <p>Verwaltungskostenpauschale (§ 12)</p> | |
| <p>Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 7 des Rahmenvertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt für Hausärzte bzw. Mitglieder der mit der BCS kooperierenden Berufsverbände 5% von der Vergütung. Für Nichtmitglieder der mit der BCS kooperierenden Berufsverbände wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % von der Vergütung einbehalten.</p> | |
| <p>Einwilligung in die Datenverarbeitung</p> | |
| <p>1. 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. Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der BCS sowie dem Rechenzentrum ausschließlich zur Durchführung des Rahmenvertrages 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. Mir ist bekannt, dass die BCS das Rechenzentrum Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem Rahmenvertrag 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 Rahmenvertrages 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 BCS zur Durchführung des Rahmenvertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die GWQ bzw. die beigetretenen Krankenkassen erhält Name, Vorname, LANR, BSNR nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Rahmenvertrag über das Arztverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung (§ 7 und Anlage V.4.). Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der GWQ und der BCS veröffentlicht. 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 DSGVO im Rahmenvertrag und der | |

Datenschutzanlage zum Rahmenvertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

Vertragsteilnahme des Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums

1. Hiermit beantrage ich als Arzt verbindlich meine Teilnahme am o.g. Versorgungsmodul (§ 4). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Rahmenvertrag und des Versorgungsmoduls, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind, dass
 - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt (§ 4 Abs. 2);
 - ich meine vertraglichen Pflichten als Arzt bzw. als telemedizinisches Zentrum insbesondere zur Erbringung besonderer Leistungen nach dem Versorgungsmodul, zur Information der BCS über Änderungen, die für meine Teilnahme an diesem Rahmenvertrag relevant sind (Anlage V.1.), 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. 2 beendet werden kann;
 - ich Änderungen, die Einfluss auf meine Vertragsteilnahme haben, der BCS melden muss (Anlage V.1.);
 - ich selbst meine Teilnahme an dem Rahmenvertrag gemäß § 4 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 § 7 Abs. 1 in Verbindung mit der Anlage „Vergütung“ des Versorgungsmoduls 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 (§ 7 Abs. 8 sowie Anlage V.4.). 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 (§ 7 Abs. 4).
 - die BCS die von der beigetretenen Krankenkasse geleistete Vergütung gemäß § 7 Abs. 3 sowie Anlage V.4. erhält und erst nach Eingang bei der BCS unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 7 Abs. 10 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale von 5 % bzw. 6,25 % habe ich zur Kenntnis genommen;
 - der Rahmenvertrag am 01.01.2020 in Kraft tritt;
 - die Laufzeit des Rahmenvertrages sich nach § 15 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Rahmenvertrag ausscheide;
 - sich die Inhalte des Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule ändern können; **ich stimme einer Anpassung durch die GWQ und BCS nach billigem Ermessen bereits jetzt zu.**

2. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass
 - die BCS meine Teilnahme am Rahmenvertrag 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 Rahmenvertrages 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 V.4. des Rahmenvertrages nach § 295a SGB V i.V. m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in Anlage V.4. 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 in den kooperierenden Berufsverbänden mit Hilfe der Berufsverbände prüfen darf.

3. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 6 des Rahmenvertrages bzw. der Anlage „Leistungsbeschreibung“ des Versorgungsmoduls 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 Rahmenvertrages. Ich versichere, dass alle darin enthaltenen Angaben sachlich richtig und vollständig sind.

Versorgungsmodul Telemedizinisches Coaching Prädiabetes:– nur für diabetologische Schwerpunktpraxen

Unverbindliche Anfrage für die Zertifizierung zum telemedizinischen Zentrum
 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine Stammdaten zur Bearbeitung meiner unverbindlichen Anfrage sowie
- der Beendigungszeitpunkt meiner Teilnahme am Versorgungsmodul Telemedizinisches Coaching Prädiabetes zum Zwecke der Klärung der Beendigung der Nutzung der Online-Plattform an den telemedizinischen Anbieter der Anlage MD.C.7. weitergegeben werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- der telemedizinische Anbieter der Anlage MD.C.7., der BCS die erfolgreiche Zertifizierung und den Tag der Ausstellung des Zertifikates zum Zwecke der Teilnahmebestätigung als telemedizinisches Zentrum an die BCS weitergeben darf.

Innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft („BAG“) bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums („MVZ“) muss nur ein Zertifikat pro Betriebsstättennummer vorliegen.

Unterschrift behandelnder Arzt

Unterschrift gesetzlicher Vertreter MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Stempel

Nachname

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vorname

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

LANR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|