

Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung in der Neurologie (Indikationsbereich Multiple Sklerose) gemäß § 140a SGB V „neuroKey-Modul Multiple Sklerose (kurz: neuroKey-MS)“



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 neuroKey-MS nebst seinen Anlagen.

Cortex Management GmbH
c/o richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln („Cortex“)
E-Mail: neurokey@cortex-management.de

Angaben zum Arzt:

- Facharzt für Neurologie (und ggf. Psychiatrie) oder Nervenheilkunde
- Ermächtigter Arzt mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung Neurologie (und ggf. Psychiatrie) oder Nervenheilkunde

Stammdaten behandelnder Arzt

Einzelpraxis
 MVZ LANR BSNR Gültig ab (TT.MM.JJJJ)
 BAG

Titel Nachname Vorname
 Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) Telefon
 PLZ Ort Telefax
 E-Mail

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

BLZ Kreditinstitut
 Kontonummer Kontoinhaber
 IBAN
 BIC

Teilnahme des Arztes

- Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte von neuroKey-MS informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele und -inhalte sind mir bekannt.
- Mit dieser Teilnahmeerklärung nehme ich an neuroKey-MS teil und verpflichte mich zur Einhaltung der Regelungen der Vereinbarung, insbesondere bezüglich der Versorgungsziele und -inhalte sowie der Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung und Zweckmäßigkeit. Die für die Abrechnung und Qualitätssicherung erforderlichen Unterlagen zur aktuellen Therapie (Anlage 10 – Erhebungsbögen) sind über Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH bei Cortex mit den Informationen (Versichertennummer (eGK), LANR, praxisindividueller Patientenummer, Erhebungszeitraum (Quartal/Jahr)) einzureichen und werden ohne Versichertenbezug an spectrumK weitergeleitet. Nachträgliche Änderungen von neuroKey-MS werden ohne weitere Anerkennung verbindlich. Sofern hinsichtlich der Änderungen mein Einverständnis nicht vorliegt, steht mir ein Sonderkündigungsrecht zu. Mir ist bekannt, dass mit dem Beitritt weiterer Krankenkassen die Regelungen von neuroKey-MS auch gegenüber diesen gelten.
 - Ich versichere, dass ich zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt bin und die Voraussetzungen zur Teilnahme nach § 3 von neuroKey-MS erfülle.
 - Um Informationen von den Krankenkassen zu erhalten, bin ich mit der Speicherung meiner obigen Angaben einverstanden. Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass spectrumK sowohl die Daten der von mir verordneten Arzneimittel als auch die Versorgungsdaten im Rahmen von neuroKey-MS auswertet und diese in einer übersichtlichen Darstellung aufbereitet, um mich per E-Mail über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen sowie über allgemeine Versorgungsinformationen, Qualitätsaspekte und Arzneimitteltherapiesicherheit zu informieren.
 - Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Vertragspartner verpflichtet sind, meine Teilnahme an neuroKey-MS zu kündigen, wenn ich
 - meine genannten Verpflichtungen oder Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung durch die Vertragspartner nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitige;
 - grobe oder vorsätzliche Falschabrechnungen (im Sinne von Doppel- und Fehlabrechnungen) vornehme;
 - gegen eine andere mir nach Maßgabe von neuroKey-MS im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Verstoß trotz schriftlicher Abmahnung unter angemessener Fristsetzung durch die Vertragspartner nicht innerhalb der Frist beseitige oder
 - wenn ich in erheblichem Umfang gegen eine sonstige wesentliche Verpflichtung (z. B. grobe Verstöße gegen die ärztliche Berufsordnung) verstoße.
 - Mir ist bekannt, dass
 - ich meine Teilnahme gegenüber den Vertragspartnern mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich kündigen kann. Mein Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt;
 - die Vertragspartner jederzeit Änderungen bzw. Ergänzungen von neurokey-MS und/oder seiner Anlagen vornehmen können. In diesem Fall kann ich kündigen, wenn ich durch die Änderung oder Ergänzung betroffen bin und die Teilnahme an neurokey-MS aus diesem Grund beenden will (Sonderkündigungsrecht). Dies gilt insbesondere bei Änderungen der Vergütungsregelungen zu meinem Nachteil. Die Kündigung hat schriftlich innerhalb von sechs Wochen nach Mitteilung über die Vertragsänderung gegenüber den Vertragspartnern zu erfolgen. Kündige ich nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen von neurokey-MS und seiner Anlagen als genehmigt;
 - die HCMB die von den Krankenkassen geleistete Vergütung nach § 7 erhält und erst nach Eingang an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 2,8% (zzg. USt.) an mich auf das o.g. Konto überweist. Die ebenfalls zu zahlende Verwaltungskostenpauschale für die Cortex Management GmbH in Höhe von 2,2% (zzgl. USt.) habe ich zur Kenntnis genommen.
 - die Krankenkassen die Abrechnungen sowie die von mir verordneten Arzneimittel auswerten und diese in einer Übersicht darstellen, um mich über die Vertragsziele zu informieren.

Einwilligung in Datenverarbeitung

- Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:**
 Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.
- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.
 - Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von den an neuroKey-MS teilnehmenden Krankenkassen erhoben, verarbeitet und genutzt.
 - Die teilnehmenden Krankenkassen erhalten u. a. Name, Vorname, LANR, BSNR, Mailadresse, Anschrift und Bankverbindung nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an neuroKey-MS.
 - Dass im Falle einer vorliegenden DMSG-Zertifizierung die Laufzeit der Gültigkeit meiner Zertifizierung verarbeitet und genutzt wird.
 - Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht werden.

