

| | |
|---|--|
| Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung in der Gastroenterologie Versorgung in der Gastroenterologie zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V „gastroKey-Modul CED“ <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 gastroKey-Modul CED nebst seinen Anlagen.</p> | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> Gemeinsam Gesundheit gestalten. </div> <div style="text-align: center;"> <small>Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands</small> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div> <p>richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln (rcc) Per E-Mail oder Fax: kundenservice@richter-careconsulting.de 0221 – 99 205 218</p> <p>Angaben zum Arzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</p> |
| Stammdaten behandelnder Arzt | |
| Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> | LANR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> |
| BSNR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> | |
| Titel <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> | Nachname <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> |
| Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) <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> | |
| Telefon <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> | |
| Telefax <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> | |
| Bankverbindung (BV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen) | |
| BLZ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> | Kreditinstitut <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> |
| Kontonummer <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> | Kontoinhaber <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> |
| IBAN <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> | |
| BIC <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> | |
| Fakultative Angaben des Arztes | |
| <p><input type="checkbox"/> Vorhaltung einer fortgebildeten CED-Fachassistenz (zumindest nach dem Grundkurs des Kompetenznetz Darmerkrankungen). Das Zertifikat muss bei der rcc eingereicht werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Vorhalten einer nach dem BÄK-Curriculum weitergebildeten „Versorgungsassistenz-CED“. Das Zertifikat muss bei der rcc eingereicht werden.</p> | |
| Notwendige bzw. vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Arztes (§ 3 Abs. 1) | |
| <p><input type="checkbox"/> Mitgliedschaft im bng</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED-Schwerpunktpraxis“ im bng</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung von > 25 CED-Patienten (GKV) pro Jahr/Praxis.</p> <p><input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 12 CME-Punkten zum Thema CED, sofern keine „CED-Schwerpunktpraxis im bng“.</p> | |
| Managementgesellschaft | |
| richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln, Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr) | |
| Verwaltungskostenpauschale (§ 7 Abs. 16) | |
| Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 7 Abs. 16 des Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5 % (inkl. USt). | |
| Teilnahme des Arztes | |
| <p>Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte von gastroKey-Modul CED informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele und -inhalte sind mir bekannt.</p> <p>1. Mit dieser Teilnahmeerklärung nehme ich an gastroKey-Modul CED teil und verpflichte mich zur Einhaltung der Regelungen der Vereinbarung, insbesondere bezüglich der Versorgungsziele und -inhalte sowie der Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung und Zweckmäßigkeit. Nachträgliche Änderungen von gastroKey-Modul CED 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 gastroKey-Modul CED auch gegenüber diesen gelten.</p> | |

2. Ich versichere, dass ich zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt bin und die Voraussetzungen zur Teilnahme nach § 3 von gastroKey-Modul CED erfülle.
3. 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 die Daten der von mir verordneten Arzneimittel auswertet und spectrumK diese in einer Übersicht darstellt, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen und Aspekte der Qualität und Arzneimitteltherapiesicherheit zu informieren.
4. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Vertragspartner verpflichtet sind, meine Teilnahme an gastroKey-Modul CED 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 gastroKey-Modul CED 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.
5. 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 gastroKey-Modul CED 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 5 % (inkl. USt 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 gastroKey-Modul CED und seiner Anlagen als genehmigt;
 - Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH 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 5 % (inkl. USt.) an mich auf das o.g. Konto überweist.
 - 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 gastroKey-Modul CED teilnehmenden Krankenkassen erhoben, verarbeitet und genutzt.
- Die teilnehmenden Krankenkassen erhalten u. a. Name, Vorname, LANR, BSNR, Anschrift und Bankverbindung nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme gastroKey-Modul CED.
- Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht werden.
- Die Informationen zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 - 18 DSGVO und der Datenschutzbestimmungen in gastroKey-Modul CED habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich versichere, dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir hier gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbefugnis im Rahmen von gastroKey-Modul CED sind.

Unterschrift behandelnder Arzt**Datum (TT.MM.JJJJ)****Stempel****Unterschrift gesetzlicher Vertreter****Nachname****Vorname****LANR**