

Teilnahmeerklärung Ärzte

zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung Rheuma gemäß § 140 a SGB V mit der BARMER

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 Vertrag nebst seinen Anlagen.

BARMER

Per E-Mail oder Fax an den Beauftragten der BDRh Service GmbH
(nachfolgend BDRh-SG)
kundenservice@richtercareconsulting.de
0221-99 205 218

Angaben zum Arzt:

- ☐ Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie
- ☐ Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderreumatologie
- ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt nach §§ 116 oder 116a SGB V
- ☐ Institutsambulanz nach §§ 117 ff. SGB V
- ☐ Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V

Stammdaten behandelnder ArztEinzelpraxis ☐ MVZ ☐

LANR/IK

BSNR

BAG ☐

Name des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz

Titel

Nachname

Vorname

Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)

Telefon

PLZ

Ort

Telefax

E-Mail

Bankverbindung (Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)

BLZ

Kreditinstitut

Kontonummer

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Notwendige Angaben des Arztes für die Betreuung von Erwachsenen

- ☐ QS-Software für Assessmentparameter
- ☐ 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 (§ 4)
- ☐ Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (§ 4)
- ☐ Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 2 liegt in meiner Praxis vor
- ☐ Vorhalten einer **rheumatologischen Fachassistenz** zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis liegt vor (§ 4)

Sicherstellung der Erbringung der Leistung:

- ☐ Gelenkinjektion (Anlage 3)

Notwendige Angaben für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen

- ☐ QS-Software für Assessmentparameter
- ☐ Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen (§ 4)
- ☐ Betreuung von 50 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal in meiner Praxis (§ 4)
- ☐ Vorhalten einer **rheumatologischen Fachassistenz** zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten in der fachärztlichen Praxis vor (§ 4)

Sicherstellung der Erbringung der Leistung:

- ☐ Gelenkinjektion (Anlage 3)

Beauftragter der BDRh Service GmbH
richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln, Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)
Verwaltungskostenpauschale (§ 10)
Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 10 des Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5,35 % (inkl. USt) von der Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des BDRh wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,60 % (inkl. USt) von der Vergütung einbehalten.
Einwilligung in Datenverarbeitung
Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem: • Mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der geltenden Datenschutzvorschriften bei der hiesigen vertragsbezogenen Verarbeitung personenbezogener Daten • Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der richter care consulting GmbH sowie von der BDRh-SG im eigens für nachfolgende Zwecke beauftragten 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. • Mir ist bekannt, dass die BDRh-SG das Rechenzentrum Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem 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 Vertrages erbrachten Leistungen, die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln. • Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der BDRh-SG bzw. des Beauftragten zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. • Die BARMER erhält nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Vertrag über das Arztverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) Name, Vorname, LANR, BSNR, Vertragsbeginn, Vertragsende, vergütungsrelevante Angaben sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung (§ 9 und Anlage 3). • Die BARMER informiert die teilnehmenden Ärzte mehrmals unterjährig in geeigneter Weise über ihre individuelle Verordnungsweise anhand von Ampelquoten (s. Anlage 7). Dazu wertet die BARMER die Daten der von mir verordneten Arzneimittel aus und stellt diese in einer Übersicht dar, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen zu informieren. • Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Mir ist der Hinweis erteilt worden, dass der Fortbestand des Vertrages zur besonderen Versorgung an das Vorliegen der Einwilligungserklärung als Basis der Datenverarbeitung geknüpft ist. Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer des Arztes werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der BARMER und des Beauftragten 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 DGSVO im Vertrag und der Datenschutzanlage zum Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten.
Vertragsteilnahme des Arztes
Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag (§ 4). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach diesem Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind. 1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als Arzt nach dem Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Mail) beginnt (§ 4 Abs. 4); • ich meine vertraglichen Pflichten als Arzt insbesondere zur Erbringung besonderer Leistungen (§ 5), zur Information der BDRh-SG bzw. des Beauftragten über Änderungen, die für meine Teilnahme an diesem Vertrag 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. 7 beendet werden kann; • ich selbst meine Teilnahme an dem Vertrag gemäß § 4 Abs. 6 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich gegenüber der BDRh-SG kündigen kann (Kontaktdaten siehe oben); • sich gemäß § 8 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die BDRh-SG richtet. Die BDRh-SG hat den Vergütungsanspruch gegen die BARMER (§ 4 Abs. 1 der Anlage 3). Dieser Anspruch auf Zahlung der Vergütung verjährt nach Ablauf von 12 Monaten ab Leistungsdatum (§ 3 Abs. 3 der 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 (§ 3 Abs. 4 der Anlage 3). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppelabrechnungen von Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 8 Abs. 4 und Anlage 3 ist mir bekannt • die BDRh-SG die von der BARMER geleistete Vergütung gemäß § 4 Abs. 1 der Anlage 3, § 5 Abs. 9 der Anlage 3 erhält und erst nach Eingang bei der BDRh-SG unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 10 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (5,35 % (inkl. USt) für Mitglieder des BDRh, 6,60 % (inkl. USt) für Nicht-Mitglieder des BDRh) habe ich zur Kenntnis genommen; • sich die Inhalte gemäß der §§ 5 bis 8 ändern können; ich stimme einer Anpassung durch die BDRh-SG und der BARMER nach billigem Ermessen bereits jetzt zu; • die Laufzeit des Vertrages sich nach § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide; • mit der Speicherung meiner obigen Angaben bin ich einverstanden, um Informationen von der BARMER zu erhalten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die BARMER die Daten der von mir verordneten Arzneimittel auswertet und die BARMER diese in einer Übersicht darstellt, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen und Aspekte der Qualität und Arzneimitteltherapiesicherheit zu informieren. 2. Mir ist bekannt und ich erkläre mein Einverständnis, dass • die BDRh-SG bzw. der Beauftragte meine Teilnahme am Vertrag organisiert und für mich die Abrechnung der Vergütung gegenüber der BARMER vornimmt. Sie bzw. der Beauftragte ist daher zum Zwecke des Abschlusses der Durchführung und der Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; • die BDRh-SG zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß Anlage 3 des Vertrages nach § 295 a SGB V i.V. m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in Anlage 3 benanntes Rechenzentrum beauftragt; • die BDRh-SG sich an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden kann informiert, 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 BDRh-SG erteilt; • die BDRh-SG bzw. der Beauftragte meine Mitgliedschaft im BDRh mit Hilfe des BDRh prüfen kann; • Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 von Vertragsbeginn an erfülle, insbesondere, dass meine Erklärung zu „Notwendige Angaben“ (s.o.) zutrifft. Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift behandelnder Arzt	Datum (TT.MM.JJJJ)	Stempel
Unterschrift gesetzlicher Vertreter MVZ/ des ärztlichen Leiters		
Nachname	Vorname	
LANR/IK		