dermaxkey

**Anlage 2**

**Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung in der Dermatologie nach § 140a SGB V zwischen der VALUNY GmbH, der DermaMed e.G. BVDD e.V. und der richter care consulting GmbH**
**„dermaKey-Modul immunologische Therapien“**

**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 dermaKey-Modul IT-Vertrag nebst seinen Anlagen.**

VALUNY Gemeinsam wirksam. BVDD DermaMed richtercareconsulting

**Per E-Mail oder Fax an richter care consulting GmbH (rcc)**
**kundenservice@richtercareconsulting.de**
**0221 – 99 205 218**

**Angaben zum Arzt:**

☐ Facharzt für Dermatologie und Venerologie
☐ Ermächtigter Krankenhausarzt mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung Dermatologie und Venerologie nach §§ 116,116 a SGB V
☐ Instituts- bzw. Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V

**Stammdaten behandelnder Arzt**

Einzelpraxis ☐
MVZ ☐
BAG ☐

LANR/IK | BSNR | Gültig ab (TT.MM.JJJJ)

Name des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz

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

Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Arztes

**Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 von meinem Teilnahmebeginn an erfülle, insbesondere, dass ich**

- über umfangreiche Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Psoriasis, atopischer Dermatitis, Psoriasis-Arthritis, chronischer spontaner Urtikaria, Hidradenitis suppurativa, Prurigo (nodularis) und ihrer Komorbiditäten mit einem Arzneimittel gemäß Anlage 4 während ihrer Vertragsteilnahme bedürfen und
- regelmäßig an krankheitsspezifischen Fortbildungen der o.g. Erkrankungen teilnehme.

☐ Mitgliedschaft im BVDD ☐ Mitgliedschaft in der DermaMed*

**Managementgesellschaft**

richter care consulting GmbH, Im Zollhafen 12, 50678 Köln; Kundenservice: 0221 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)

**Verwaltungskostenpauschale ( § 7 Abs. 15)***

Die **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 7 Abs. 15 des dermaKey-Modul IT-Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5,5 % (inkl. USt) für Mitglieder der DermaMed e.G. von der Vergütung. Für Nichtmitglieder der DermaMed e.G. wird eine Verwaltungskostenpauschale von 7,25 % (inkl. USt) von der Vergütung einbehalten.

**Einwilligung in Datenverarbeitung**

**Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:**

- Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass die rcc ein Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem dermaKey-Modul IT-Vertrag gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295 a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses dermaKey-Modul IT-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 den teilnehmenden Krankenkassen, VALUNY, der rcc sowie dem Rechenzentrum ausschließlich zur Durchführung des dermaKey-Modul IT-Vertrages auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO i.V.m. § 140a 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.
- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.
- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von den teilnehmenden Krankenkassen, VALUNY sowie der rcc zur Durchführung des dermaKey-Modul IT-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.
- Die teilnehmenden Krankenkassen und VALUNY erhalten u.a. Name, Vorname, LANR, BSNR und Anschrift nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem dermaKey-Modul IT-Vertrag über das Teilnehmerverzeichnis (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung.
- Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf der Internetseite der rcc veröffentlicht werden.
- Die Informationen zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 - 18 DSGVO im dermaKey-Modul IT-Vertrag und der Datenschutzbestimmungen im dermaKey-Modul IT-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

**Vertragsteilnahme des Arztes**

**Mit dieser Teilnahmeerklärung nehme ich am dermaKey-Modul IT-Vertrag zwischen der VALUNY GmbH, der DermaMed e.G., dem BVDD und der rcc teil. Nachträgliche Änderungen der Vereinbarung werden ohne weitere Anerkennung verbindlich.**

Ich erkläre mich mit der Teilnahme an dem dermaKey-Modul IT-Vertrag damit einverstanden, insbesondere die gemäß § 4 definierten Vertragspflichten einzuhalten.

Mit der Speicherung meiner obigen Angaben bin ich bis auf Widerruf einverstanden, um Informationen von der VALUNY und/oder den teilnehmenden Krankenkassen zu erhalten. Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die VALUNY und/oder die teilnehmenden Krankenkassen über VALUNY die Daten der von mir verordneten Arzneimittel auswerten und VALUNY diese in einer Übersicht darstellt, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen und Aspekte der Qualität und Arzneimitteltherapiesicherheit zu informieren.

**Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine Teilnahme am dermaKey-Modul IT-Vertrag gekündigt werden kann, 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 im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße 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 der rcc mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende nach § 3 Abs. 6 schriftlich kündigen kann. Mein Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt,
- die Vertragspartner jederzeit Änderungen bzw. Ergänzungen dieses dermaKey-Modul IT-Vertrages 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 diesem dermaKey-Modul IT-Vertrag 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 rcc zu erfolgen (§ 3 Abs. 7). Kündige ich nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen dieses dermaKey-Modul IT-Vertrages und seiner Anlagen als genehmigt.
- die rcc die von den teilnehmenden Krankenkassen geleistete Vergütung gemäß § 7 erhält und erst nach Eingang bei der rcc unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 7 Abs. 15 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale von 5 % bzw. 6,75 % für Nichtmitglieder der DermaMed habe ich zur Kenntnis genommen*;
- die rcc sich an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden kann, um die von mir in dieser Erklärung mitgeteilten Angaben zu den Teilnahmevoraussetzungen zu überprüfen. Ich willige darin ein, dass die zuständige Stelle Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen betreffen, an die rcc erteilt;
- die rcc meine Mitgliedschaft in der DermaMed und des BVDD prüfen darf.

**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 des dermaKey-Modul IT-Vertrages sind.**

**Unterschrift behandelnder Arzt**

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

**Stempel**

**Unterschrift gesetzlicher Vertreter**

**Nachname**

**Vorname**

**LANR**