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

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme einer Institutsambulanz bzw. einer Hochschulambulanz muss die Teilnahmeerklärung von deren gesetzlichen Vertreter unterzeichnet werden.
Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag nebst seinen Anlagen.

BARMER BDRh SERVICE GMBH

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

☐ Institutsambulanz nach §§ 117 ff. SGB V
☐ Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V

Stammdaten Hochschulambulanz bzw. Institutsambulanz

IK

Gültig ab (TT.MM.JJJJ)

Name des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz

Krankenhausträger

Straße & Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Telefax

E-Mail

Notwendige Angaben der Hochschul- bzw. Institutsambulanz für die Betreuung von Erwachsenen

☐ Zulassung / Ermächtigung in der Vertragsregion

Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben:

☐ 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 Person des ermächtigten Arztes vor (**Anlage 5**)
☐ Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal (**Anlage 5**)
☐ Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der **Anlage 10** liegt vor (**Anlage 3**)
☐ eine **rheumatologische Fachassistenz** zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten liegt vor (**Anlage 5**)
☐ QS-Software für Assessmentparameter vorhanden

Sicherstellung der Erbringung der Leistung:
☐ Gelenkinjektion (**Anlage 3**)

Notwendige Angaben der Hochschul- bzw. Institutsambulanz für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen

☐ Zulassung / Ermächtigung in der Vertragsregion

Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben:

☐ Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen (**Anlage 5**)
☐ Betreuung von 50 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal (**Anlage 5**)
☐ QS-Software für Assessmentparameter vorhanden

Sicherstellung der Erbringung der Leistung:
☐ Gelenkinjektion (**Anlage 3**)

Beauftragter der BDRh Service GmbH

richter care consulting GmbH, Im Zollhafen 12, 50678 Köln, Kundenservice: 0211 – 170 55 33 6 (9:00 bis 17:00 Uhr)

Einwilligung in Datenverarbeitung

Ich erkläre im Namen der von mir vertretenen Instituts- bzw. Hochschulambulanz meine Einwilligung zu Folgendem:
- Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass die BARMER die Abrechnung nach diesem Vertrag gemäß § 301 SGB V durchführt. Ich bin gemäß § 310 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistung die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die BARMER zu übermitteln.
- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.
- 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 Name der Instituts- bzw. Hochschulambulanz, Vor- und Nachname des Leiters bzw. gesetzlichen Vertreters, Arzt-ID und IK nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Vertrag über das Arztverzeichnis sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur Abrechnung (§ 10 und **Anlage 3**).
- Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer der Institutsambulanz / der Hochschulambulanz 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 BV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum BV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten.

Vertragsteilnahme Institutsambulanz / Hochschulambulanz

Hiermit beantrage ich im Namen der von mir vertretenen Hochschulambulanz // der von mir vertretenen Institutsambulanz verbindlich die Teilnahme am Vertrag (§ 4 und Anlage 5) und verpflichte die Hochschulambulanz / die Institutsambulanz zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. **Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz nach dem Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass**
   - die Vertragsteilnahme der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt (§ 4 Abs. 4);
   - die Institutsambulanz / die Hochschulambulanz die vertraglichen Pflichten zur Information der BDRh-SG bzw. des Beauftragten über Änderungen, die für die Teilnahme an dem Vertrag relevant sind (**Anlage 4**), sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;

- die Vertragsteilnahme der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz bei Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 7 beendet werden kann;
- ich die Teilnahme der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz 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 (Faxnummer siehe oben);
- alle Angaben in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI an die BARMER zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien gemäß § 301 SGB V anzuwenden (**Anlage 3**)sind. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln
- sich gemäß **Anlage 3** der vertragliche Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von der Hochschulambulanz / von der Institutsambulanz vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die BARMER richtet. Dieser Anspruch auf Zahlung der Vergütung verjährt nach Ablauf von 36 Monaten (**Anlage 3**). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit dem Schluss des Quartals beginnt, in dem ich die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht habe;
- die BARMER die geleistete Vergütung gemäß § 12 in Verbindung mit **Anlage 3** an mich auszahlt, indem sie diese auf das oben benannte Konto überweist;
- die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) am 01.10.2015 in Kraft tritt;
- 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 § 19 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide;
- mit der Speicherung meiner obigen Angaben bin ich bis auf Widerruf einverstanden, um Informationen von der BARMER zu erhalten. Ich erkläre mich bis auf Widerruf 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 im Namen der von mir vertretenen Hochschul- bzw. Institutsambulanz meine Einwilligung, dass

- die BDRh-SG bzw. der Beauftragte meine Teilnahme an dem Vertrag organisiert, jedoch die Abrechnung der Vergütung gegenüber der BARMER vorzunehmen ist. 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 rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- im Falle von Überzahlungen wegen fehlerhafter Abrechnung Rückzahlungsansprüche der BARMER bzw. Schadensersatzansprüche der Hochschul- bzw. der Institutsambulanz seitens der BARMER geltend gemacht werden.
- die BARMER zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß **Anlage 3** des Vertrages nach § 301 SGB V i.V. m. § 80 Abs. 5 SGB X ein Rechenzentrum beauftragt;

3. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 und Anlage 5 zum Vertragsbeginn erfülle, insbesondere, dass

- ich über die erforderliche Ausstattung (zertifiziertes Krankenhausinformationssystem (KIS), Computerfax/Faxgerät) verfügen werde;
- meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Krankenhauses“ (s.o.) zutrifft.

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift des behandelnden Arztes

Unterschrift des ärztlichen Leiters / des gesetzlichen Vertreters

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel

Name des ärztlichen Leiters

LANR

IK

Kontaktinformationen:

Ansprechpartner

Telefon

E-Mail