

<p><b>Teilnahmeerklärung Krankenhaus ambulant und stationär zum Vertrag zur Durchführung einer Integrierten Versorgung Rheuma gemäß §§ 140 a ff. SGB V mit der TK</b></p> <p><b>Bitte beachten Sie:</b> Die Teilnahmeerklärung muss vom ärztlichen Leiter unterzeichnet werden. Bei Teilnahme eines Krankenhauses ambulant muss die Teilnahmeerklärung vom ermächtigten Krankenhausarzt und einem Bevollmächtigten des Krankenhausträgers unterzeichnet werden. 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 IV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> </div> <p><b>Per Fax an die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (nachfolgend VLR)</b>  <b>01805/ 00 24 25 405</b>          (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus stationär nach § 108 SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> ermächtigter Krankenhausarzt nach § 116 SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Institutsambulanz nach §§ 117 ff. SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Hochschulambulanz nach §§ 117 ff. SGB V</p>
<b>Stammdaten Krankenhaus bzw. Hochschulambulanz bzw. Institutsambulanz</b>	
IK <input style="width: 100%;" type="text"/>	Gültig ab (TT.MM.JJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
Name des Krankenhauses / der Hochschul- bzw. Institutsambulanz <input style="width: 100%;" type="text"/>	Krankenhausträger <input style="width: 100%;" type="text"/>
Straße & Hausnummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/>
PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Notwendige Angaben des Krankenhauses stationär</b>	
<b>Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben Krankenhaus:</b>	
<input type="checkbox"/> Anstellung eines hauptamtlich tätigen Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie nach § 4 Abs. 3	
<input type="checkbox"/> Betreuung von 240 Patienten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Jahr liegt vor nach § 4 Abs. 3	
<input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden	
<b>Notwendige Angaben des ermächtigten Krankenhausarztes, der Hochschul- bzw. Institutsambulanz für die Betreuung von Erwachsenen nach § 4 Abs. 2</b>	
<input type="checkbox"/> Zulassung / Ermächtigung in der Vertragsregion	
<b>Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben:</b>	
<input type="checkbox"/> 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 (§ 4 Abs. 2)	
<input type="checkbox"/> Betreuung von 250 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal (§ 4 Abs. 2)	
<input type="checkbox"/> Vorhalten einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10 liegt vor ( <b>Anlage 3 b</b> )	
<input type="checkbox"/> eine <b>rheumatologische Fachassistenz</b> zur Mitbetreuung von Rheuma-Patienten durch einen Versorgungsassistenten liegt vor ( <b>Anhang 4 der Anlage 3 b</b> )	
<input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden	
<input type="checkbox"/> Teilnahme am Arzneimittelvertrag zwischen der TK und dem BDRh	
<b>Sicherstellung der Erbringung der Leistung:</b>	
<input type="checkbox"/> Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler ( <b>Anlage 3 b</b> )	
<input type="checkbox"/> Röntgenzulassung der KV liegt vor ( <b>Anlage 3 b</b> )	
<b>Notwendige Angaben des ermächtigten Krankenhausarztes, der Hochschul- bzw. Institutsambulanz für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen nach § 4 Abs. 4</b>	
<input type="checkbox"/> Zulassung / Ermächtigung in der Vertragsregion	
<b>Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben:</b>	
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen (§ 4 Abs. 4)	
<input type="checkbox"/> Betreuung von 50 Versicherten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen pro Quartal (§ 4 Abs. 4)	
<input type="checkbox"/> QS-Software für Assessmentparameter vorhanden	
<input type="checkbox"/> Teilnahme am Arzneimittelvertrag zwischen der TK und dem BDRh	
<b>Sicherstellung der Erbringung der Leistung:</b>	
<input type="checkbox"/> Gelenksonografie mit Funktionalität Powerdoppler ( <b>Anlage 3 b</b> )	
<input type="checkbox"/> Röntgenzulassung der KV liegt vor ( <b>Anlage 3 b</b> )	
<b>Managementgesellschaft</b>	
Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (VLR) Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Telefonnummer bei Kundenanfragen: <b>02203/57 56 1250</b> (09:00 bis 17:00 Uhr)	
<b>Verwaltungskostenpauschale und Verwaltungsgebühr</b>	
Für Krankenhäuser bzw. Hochschulambulanzen bzw. Institutsambulanzen ist gemäß § 19 Abs. 2 des IV-Vertrages eine einmalige Verwaltungsgebühr von 357 Euro (inkl. gesetzl. USt.) innerhalb von 21 Tagen nach Rechnungslegung an die VLR zu zahlen.	
<b>Einwilligung in Datenverarbeitung</b>	
<p><b>Ich erkläre im Namen des von mir vertretenen Krankenhauses / der von mir vertretenen Instituts- bzw. Hochschulambulanz meine Einwilligung zu Folgendem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.</li> <li>• Mir ist bekannt, dass die TK ihr Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem IV-Vertrag gemäß § 301 SGB V beauftragt hat. Ich bin gemäß § 301 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses IV-Vertrages erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.</li> <li>• Mir ist bekannt, dass die VLR für die von mir an die TK zu Abrechnungszwecken übermittelten Daten keinerlei Haftung übernimmt.</li> <li>• Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.</li> </ul>	

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der VLR zur Durchführung des IV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.
- Meine Teilnahme am Arzneimittelvertrag zwischen der TK und dem BDRh wird seitens des BDRh der VLR zum Zwecke der Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen mitgeteilt (gilt nicht für Krankenhaus stationär).
- Die TK erhält Name des Krankenhauses bzw. der Instituts- bzw. Hochschulambulanz, Vor- und Nachname des Leiters bzw. gesetzlichen Vertreters, HÄVG-ID und IK nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem IV-Vertrag über das IV-Krankenhausverzeichnis sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur IV-Abrechnung (§§ 16 bis 18 a und **Anlage 3 b**).
- Name, Anschrift und Telefon-/Faxnummer des Krankenhauses / der Institutsambulanz / der Hochschulambulanz werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der TK und der VLR sowie in der Internet gestützten Arztstuche der TK („TK-Ärzteführer“, www.tk.de/aerztefuehrer) veröffentlicht.

**Vertragsteilnahme Krankenhaus / Institutsambulanz / Hochschulambulanz**

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

- Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten des Krankenhauses / der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz nach dem IV-Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass**
  - die Vertragsteilnahme des Krankenhauses der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt (§ 5 Abs. 2);
  - das Krankenhaus / die Institutsambulanz / die Hochschulambulanz die vertraglichen Pflichten zur Information der VLR über Änderungen, die für die Teilnahme an der IV relevant sind (§ 5 Abs. 3), 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 des Krankenhauses / der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz bei Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 3 beendet werden kann;
  - ich die Teilnahme des Krankenhauses / der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz an dem IV-Vertrag gemäß § 6 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber der VLR kündigen kann (Faxnummer siehe oben);
  - die vom Krankenhaus / der Hochschulambulanz / der Institutsambulanz vertragsgemäß erbrachten Leistungen nur mit Vorliegen einer Einweisung bzw. Überweisung durch den teilnehmenden Hausarzt bzw. Facharzt abzurechnen sind und die Einweisung bzw. Überweisung zu dokumentieren ist (§ 16 Abs. 6);
  - alle Angaben gemäß § 301 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI an die TK zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (**Anlage 3 b**) sind. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln
  - sich gemäß § 18 a Abs. 1 in Verbindung mit **Anlage 3 b** der vertragliche Anspruch auf Zahlung der IV-Vergütung für die vom Krankenhaus / von der Hochschulambulanz / von der Institutsambulanz vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die VLR richtet. Dieser Anspruch auf Zahlung der IV-Vergütung verjährt nach Ablauf von 12 Monaten (§ 16 Abs. 7). 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;
  - die TK die geleistete IV-Vergütung gemäß §§ 18 a in Verbindung mit **Anlage 3 b** an mich auszahlt, indem sie diese auf das oben benannte Konto überweist;
  - die **Anlage 3 b** (Vergütung und Abrechnung) am 01.10.2014 in Kraft tritt und die Vergütungsregelungen nach den §§ 1 bis 4 der **Anlage 3 b** zunächst bis zum 30.06.2018 vereinbart sind und durch Einigung der TK und der VLR nach Maßgabe des in § 16 Abs. 9 beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 16 Abs. 9 c;
  - Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß zu Änderungen der Vergütungsvereinbarung ESA (**Anhang 1 zu Anlage 3 b**) führen können; **ich stimme einer von der VLR und der TK nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung der Vergütungsvereinbarung ESA bereits jetzt zu;**
  - die Inhalte gemäß der §§ 7 bis 11 ändern können; **ich stimme einer Anpassung durch die VLR und der TK nach billigem Ermessen bereits jetzt zu;**
  - die Laufzeit des **IV-Vertrages** sich nach § 20 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem IV-Vertrag ausscheide;
  - **Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsspruches gemäß § 22 und gemäß dem in § 21 beschriebenen Verfahren** möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.
- Mir ist bekannt und ich stimme im Namen des von mir vertretenen Krankenhauses / der von mir vertretenen Hochschul- bzw. Institutsambulanz zu, dass**
  - die Vergütungspflicht der TK und meine Pflichten nach §§ 4 ff. erst mit dem in § 20 Abs. 2 bestimmten Zeitpunkt bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen.
- Mir ist bekannt und ich erkläre im Namen des von mir vertretenen Krankenhauses / der von mir vertretenen Hochschul- bzw. Institutsambulanz meine Einwilligung, dass**
  - die VLR meine Teilnahme an der IV organisiert, jedoch die Abrechnung der IV-Vergütung gegenüber der TK vorzunehmen ist. Die VLR ist daher zum Zwecke des Abschlusses der Durchführung und der Beendigung dieses IV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung für sämtliche IV-Partner im Sinne von § 13 Abs. 4. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
  - im Falle von Überzahlungen wegen fehlerhafter Abrechnung Rückzahlungsansprüche der TK bzw. Schadensersatzansprüche des Krankenhauses bzw. der Hochschul- bzw. der Institutsambulanz an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB abgetreten werden.
  - die TK zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 16 bis 18 des IV-Vertrages nach § 301 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in **Anlage 3 b** benanntes Rechenzentrum beauftragt;
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 2 bzw. Abs. 3 bzw. Abs. 4 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 IV-Vertrages.

**Unterschrift des behandelnden Arztes**

  
  

**Unterschrift des ärztlichen Leiters / des gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigter des Krankenhausträgers**

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

--	--	--	--	--	--	--	--

**Stempel**

**Name des ärztlichen Leiters**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**LANR**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**IK**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Kontaktinformationen für Austausch der Vergütungsvereinbarung ESA:**

**Ansprechpartner**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Telefon**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E-Mail**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--