





Anlage H

<p>Teilnahmeerklärung Facharzt für Dermatologie und Venerologie bzw. ermächtigte Ärzte zum Vertrag zur Durchführung einer Besonderen Versorgung Psoriasis gemäß § 140a SGB V mit der DermaMed, BVDD, BCS und der TK (nachstehend Psoriasis-Vertrag genannt)</p> <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 den BV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">     </div> <p>Per Fax an bcs best care solutions GmbH (BCS) 0211 – 90 98 17 78</p> <p>Angaben zum Arzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Dermatologie und Venerologie</p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung Dermatologie und Venerologie</p>																
Stammdaten behandelnder Arzt																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Einzelpraxis <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">MVZ <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;">LANR</td> <td style="width: 30%;">BSNR</td> <td style="width: 20%;">Gültig ab (TT.MM.JJJJ)</td> </tr> <tr> <td>BAG <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	MVZ <input type="checkbox"/>	LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)	BAG <input type="checkbox"/>										
Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	MVZ <input type="checkbox"/>	LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)													
BAG <input type="checkbox"/>																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Titel</td> <td style="width: 40%;">Nachname</td> <td style="width: 40%;">Vorname</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Titel	Nachname	Vorname													
Titel	Nachname	Vorname															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)</td> <td style="width: 40%;">Telefon</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)	Telefon														
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)	Telefon																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">PLZ</td> <td style="width: 30%;">Ort</td> <td style="width: 50%;">Telefax</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		PLZ	Ort	Telefax													
PLZ	Ort	Telefax															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">E-Mail</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>		E-Mail															
E-Mail																	
Bankverbindung (BV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">BLZ</td> <td style="width: 70%;">Kreditinstitut</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kontonummer</td> <td>Kontoinhaber</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">IBAN</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">BIC</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		BLZ	Kreditinstitut			Kontonummer	Kontoinhaber			IBAN				BIC			
BLZ	Kreditinstitut																
Kontonummer	Kontoinhaber																
IBAN																	
BIC																	
Vergütungsrelevante und weitere notwendige Angaben des Arztes																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> DDA-Zertifikat Psoriasis vorhanden oder <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft im BVDD <input type="checkbox"/> Beschäftigung einer „zertifizierten Fachassistenz Psoriasis“ zur Mitbetreuung von Psoriasis-Patienten nach Anlage D durch Nachweis eines Zertifikates des Bildungswerkes oder von PsoBest <input type="checkbox"/> Bereitstellung von Online-Terminservices nach Anlage J (s. auch Seite 2) <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware vorhanden </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Nachweis über 16 UE à 45 Min psoriasispezifische Fortbildung in den letzten 3 Kalenderjahren und über Erfahrung in der systemischen Psoriasisstherapie verfügen (mind. 20 Patienten im vergangenen Kalenderjahr (z.B. PsoBest-Bescheinigung) <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in der DermaMed* <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware nicht vorhanden, verpflichtend ab dem 01.07.2019 </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> DDA-Zertifikat Psoriasis vorhanden oder <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft im BVDD <input type="checkbox"/> Beschäftigung einer „zertifizierten Fachassistenz Psoriasis“ zur Mitbetreuung von Psoriasis-Patienten nach Anlage D durch Nachweis eines Zertifikates des Bildungswerkes oder von PsoBest <input type="checkbox"/> Bereitstellung von Online-Terminservices nach Anlage J (s. auch Seite 2) <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware vorhanden	<input type="checkbox"/> Nachweis über 16 UE à 45 Min psoriasispezifische Fortbildung in den letzten 3 Kalenderjahren und über Erfahrung in der systemischen Psoriasisstherapie verfügen (mind. 20 Patienten im vergangenen Kalenderjahr (z.B. PsoBest-Bescheinigung) <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in der DermaMed* <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware nicht vorhanden, verpflichtend ab dem 01.07.2019														
<input type="checkbox"/> DDA-Zertifikat Psoriasis vorhanden oder <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft im BVDD <input type="checkbox"/> Beschäftigung einer „zertifizierten Fachassistenz Psoriasis“ zur Mitbetreuung von Psoriasis-Patienten nach Anlage D durch Nachweis eines Zertifikates des Bildungswerkes oder von PsoBest <input type="checkbox"/> Bereitstellung von Online-Terminservices nach Anlage J (s. auch Seite 2) <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware vorhanden	<input type="checkbox"/> Nachweis über 16 UE à 45 Min psoriasispezifische Fortbildung in den letzten 3 Kalenderjahren und über Erfahrung in der systemischen Psoriasisstherapie verfügen (mind. 20 Patienten im vergangenen Kalenderjahr (z.B. PsoBest-Bescheinigung) <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in der DermaMed* <input type="checkbox"/> Abrechnungssoftware nicht vorhanden, verpflichtend ab dem 01.07.2019																
Managementgesellschaft																	
bcs best care solutions GmbH, Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf; Kundenservice: 0211 – 90 98 17 77 (9:00 bis 17:00 Uhr)																	
Verwaltungskostenpauschale (§ 13)*																	
Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 13 Abs. 3 des Psoriasis-Vertrages für die Organisation meiner Teilnahme und Durchführung der Abrechnung beträgt 5 % (inkl. USt) für Mitglieder der DermaMed von der Vergütung. Für Nichtmitglieder der DermaMed wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,75 % (inkl. USt) von der Vergütung einbehalten.																	
Einwilligung in Datenverarbeitung																	
<p>Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. Mir ist bekannt, dass die BCS ein Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem Psoriasis-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 Psoriasis-Vertrages erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der TK, den diesem Psoriasis-Vertrag beitretenden Krankenkassen sowie der BCS zur Durchführung des Psoriasis-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die TK sowie die beitretenden Krankenkassen erhalten u.a. Name, Vorname, LANR, BSNR und Anschrift nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Psoriasis-Vertrag über das Teilnehmerverzeichnis Anlage B1 (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 TK, den beitretenden Krankenkassen und der BCS veröffentlicht werden. Die Informationen zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 - 18 DSGVO im Psoriasis-Vertrag und der Datenschutzbestimmungen im Psoriasis-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. 																	

Anlage H

Im Falle der Bereitstellung von Online-Terminservices gem. Anlage J

- Ich bin damit einverstanden, dass die TK meine Kontakt- und Identifikationsdaten (Titel, Vorname, Name, LANR) und Informationen zum Online-Terminbuchungssystem (Name des Buchungssystems, Link zum Buchungssystem, E-Mail, Praxis-Homepage, Facharzttrichtung) dem Dienstleister zur Verfügung stellt, welcher die Leistungserbringerinformationen verarbeitet und für die Web- und App-Anwendungen unter den Titeln "TK-Ärzteführer" bzw. "TK-ArztterminOnline" öffentlich zur Verfügung stellt.

Name des Buchungssystems: _____

Link zum Buchungssystem: _____

E-Mail: _____

Praxis-Homepage: _____

Facharzttrichtung: _____

Mir ist bekannt, dass ich den aktuellen Dienstleister unter www.tk.de unter dem Stichwort "TK-Ärzteführer" bzw. Webcode 352916 jederzeit einsehen kann.

Gemäß § 67b SGB X ist die Verarbeitung von Sozialdaten nur zulässig, soweit eine Rechtsvorschrift im SGB es erlaubt oder der Betroffene in die Verarbeitung eingewilligt hat. Die aktuellen Dienstleister sind Vertragspartner der TK und werden ihrerseits mit der Verarbeitung von Sozialdaten von der TK beauftragt.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann von mir jederzeit formfrei gegenüber der TK widerrufen werden. Sämtliche Daten werden dann umgehend aus den Portalen herausgenommen, um öffentlich nicht mehr einsehbar zu sein.

Vertragsteilnahme des Arztes

Mit dieser Teilnahmeerklärung nehme ich am Psoriasis-Vertrag zwischen der TK, der DermaMed eG, dem BVDD und der BCS teil. Nachträgliche Änderungen der Vereinbarung werden ohne weitere Anerkennung verbindlich. Sofern ich mit den Änderungen nicht einverstanden bin, steht mir ein Sonderkündigungsrecht nach § 17 Abs. 3 des Psoriasis-Vertrages zu.

Eine Abrechnung nach § 10 darf ausschließlich für Versicherte erfolgen, die sich nach Diagnosestellung im Stadium der Neueinstellung auf ein Biologikum oder PDE-4-Hemmer befinden, für Versicherte, die sich im Stadium der Umstellung von einem auf ein anderes Biologikum oder PDE-4-Hemmer befinden - die Gründe hierfür sind nicht ausreichende Wirksamkeit, Unverträglichkeit oder „Non-Responder“ -, für Versicherte, die sich in einer Phase der Therapieeskalation befinden und für Versicherte, die sich bei anhaltender Remission im Stadium der Reduzierung der Basistherapie befinden. Die dazu erforderlichen Unterlagen zur aktuellen Basistherapie (Anlage A – Arztdokumentation) sind bei der TK in anonymisierter Form (praxisindividuelle Patientennummer) einzureichen.

Die TK und die beitretenden Krankenkassen gewähren entsprechend der Ampel (Anlage C) eine Preisreduzierung für Arzneimittel- vor Übermittlung der Datensätze an die Gemeinsamen Prüfungsstellen - von 10% bzw. 30% auf den Lauertaxenpreis. Eine Preisreduzierung von 30% wird bei der Zuordnung auf "grün" gewährt. Bei der Zuordnung auf "gelb" ist grundsätzlich eine Preisreduzierung von 10% zu gewähren, sofern neben der Voraussetzung der Wirtschaftlichkeit Rabattverträge der Krankenkassen bestehen.

Ich erkläre mich mit der Teilnahme an dem Psoriasis-Vertrag damit einverstanden, insbesondere die gemäß § 6 definierten Vertragspflichten einzuhalten.

Mit der Speicherung meiner obigen Angaben bin ich bis auf Widerruf einverstanden, um Informationen von der TK und/oder den beitretenden Krankenkassen zu erhalten. Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die TK und/oder die beitretenden Krankenkassen die Daten der von mir verordneten Arzneimittel auswertet und die TK diese in einer Übersicht darstellt, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen und Aspekte der Qualität und Arzneimitteltherapiesicherheit zu informieren. Diese Informationen erfolgen insbesondere über den arztindividuellen Verordnungsreport der Krankenkassen, die sog. Arzneimittelnews sowie ggf. über die ergänzende pharmazeutische Arztberatung.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine Teilnahme am Psoriasis-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 Fehlabbrechnungen) 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 BCS mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende nach § 6 Abs. 13 schriftlich kündigen kann. Mein Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt,
- die Vertragspartner jederzeit Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Psoriasis-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 Psoriasis-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 BCS zu erfolgen (§ 17 Abs. 3). Kündige ich nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen dieses Psoriasis-Vertrages und seiner Anlagen als genehmigt.
- die BCS die von der TK und den beitretenden Krankenkassen geleistete Vergütung gemäß § 10 erhält und erst nach Eingang bei der BCS unverzüglich an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 13 Abs. 3 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 BCS 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 BCS erteilt;
- die BCS meine Mitgliedschaft in der DermaMed und des BVDD prüfen darf.

Meine Teilnahme endet automatisch mit Ablauf sämtlicher Rabattvereinbarungen gemäß § 130a Abs. 8 SGB V zu den in diesem Psoriasis-Vertrag genannten Arzneimitteln, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf. Gleiches gilt bei einer Kündigung des Vertrags gemäß § 17.

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 Psoriasis-Vertrages sind.

Unterschrift behandelnder Arzt

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel

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

--

Unterschrift gesetzlicher Vertreter MVZ

Nachname

Vorname

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

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

LANR

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

Mitteilung für die teilnehmenden Ärzte gem. Art. 13 DSGVO

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstaben f) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO und § 295 und § 295a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V in der Indikation Psoriasis, soweit sie nicht mehr für die Vertragserfüllung erforderlich sind, gesperrt. Nach Ablauf vertraglicher oder gesetzlicher Aufbewahrungsfristen (u.a. § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) werden Ihre Daten datenschutzgerecht spätestens nach 10 Jahren gelöscht, soweit sich aus dem Gesetz keine längere Pflicht zur Aufbewahrung ergibt. Die Verarbeitung von Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt wie bisher nur im gesetzlich begrenzten Umfang.

Sie haben Kenntnis über den Inhalt des Vertrages zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V in der Indikation Psoriasis und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung Ihrer Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.

Für die Teilnahme am Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V in der Indikation Psoriasis erfolgt die Verarbeitung der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung durch das von der bcs best care solutions GmbH beauftragte Rechenzentrum: Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH, Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg.

Sie können sich hinsichtlich der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an den Datenschutzbeauftragten der Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge Herr Christian Volkmer als Vertreter der Projekt 29 GmbH & Co. KG Ostengasse 14, 93047 Regensburg, Tel.: 09 41 – 29 86 93-0 wenden.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH sind zu richten an die Landesdatenschutzaufsichtsbehörde:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27 (Schloss)
91522 Ansbach
Telefon: 0981/531300
Telefax: 0981 53 98 1300
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2), auf Löschung der Daten (Art. 17), auf Berichtigung der Daten, z.B. falscher Daten (Art. 16 Abs. 1) und auf Sperrung der Daten (Art. 18). Hierfür wenden Sie sich an:

bcs best care solutions GmbH
Kundenservice
Kölner Landstr. 11
40591 Düsseldorf

Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg