

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet Nephrologie in Baden-Württemberg nach § 140a SGB V

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten			
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt
<input type="text" value=""/> LANR (9-stellig)	<input type="text" value=""/> HSBNR	<input type="text" value=""/> Ggf. NBSNR	<input type="text" value=""/> Ggf. weitere NBSNR
Titel, Nachname, Vorname		<input type="checkbox"/> Mitglied MEDI BW e.V. <input type="checkbox"/> Mitglied im VPN BW	
Ggf. Name MVZ		Telefon	
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)		Fax	
PLZ und Ort		E-Mail-Adresse	
Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)			
Kreditinstitut			
<input type="text" value=""/> IBAN (zwingend erforderlich)		<input type="text" value=""/> BIC (zwingend erforderlich)	
Kontoinhaber			
Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten			
Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V. oder VNP BW werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HSBNR).			
Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung			
Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:			
<ul style="list-style-type: none"> Die hier angegebenen Daten (ggf. inkl. Datenübernahme) werden von der MEDIVERBUND AG zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK) übermittelt. Diese Daten und die von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die AOK erhält durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung. Meine Daten werden gemäß Anlage 10 von der MEDIVERBUND AG und der AOK ausschließlich zur Durchführung und für die Versorgung und Behandlung im Gesundheitsbereich aufgrund dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b, Art. 9 (2) lit. h EU-DSGVO verarbeitet. Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und 14 EU-DSGVO (siehe Seite 3) für diesen Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI Baden-Württemberg e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten gegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Die der AOK vorliegenden Ordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen wissenschaftlichen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt. Ordnungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Leistungsdaten können in anonymisierter Form von den Vertragspartnern zur Vertragsevaluation genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. 			
Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ			
Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet Nephrologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.			
<ol style="list-style-type: none"> Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass <ul style="list-style-type: none"> die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KVBW mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1); die Managementgesellschaft hat mich über das Eintreten dieser letztgenannten Bedingung umgehend informiert; meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen; ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Verscherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann; ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann; sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlrechnungen ist mir bekannt; die Managementgesellschaft das von AOK geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses -unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten- auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen; ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, sind diese unverzüglich mitzuteilen. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages. 			
Unterschrift Vertragsarzt		Stempel der Praxis/MVZ	
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ			
<input type="text" value=""/>		<input type="text" value=""/>	
		Datum (TT.MM.JJ)	
		<input type="text" value=""/>	

Teilnahmevoraussetzungen											
1. Persönliche Voraussetzungen:											
Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV-Ermächtigung) .											
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V als Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie und verfüge über die fachliche Befähigung gem. § 4 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren und über eine Genehmigung gem. § 4 Abs. 1 der Anlage 9.1 des BMV-Ä (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung)											
<input type="checkbox"/> Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)											
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)											
<input type="checkbox"/> Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)											
<input type="checkbox"/> Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Nephrologie-Vertrages (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)											
2. Voraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ											
Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis/ BAG/ MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen											
<input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung an das Internet											
<input type="checkbox"/> Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)											
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware ist installiert für <input type="checkbox"/> AOK _____ <div style="text-align: right;">Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)</div>											
<input type="checkbox"/> Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)											
Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen											
1. Allgemeine Voraussetzungen zur Abrechnung (Anlage 12)											
Bitte beachten Sie:											
<ul style="list-style-type: none"> • Für Einzelpraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, BAG und MVZ gilt: Für eingeschriebene Versicherte dürfen keine Leistungen aus dem Ziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1) oder aus einem anderen AOK-Facharzt-Programm über die KV abgerechnet werden (vgl. insbesondere Anlage 12 Abschnitt III Ziff. II Abs. 1 sowie Abschnitt III Ziff. IV Abs. 5). • MVZ/BAG/Praxen mit angestellten Ärzten: Falls einzelne Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden (z.B. Duplex), bitten wir Sie, den leistungserbringenden Arzt unter dem Punkt „Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig“ anzugeben. 											
2. Voraussetzungen zur Abrechnung einzelner Leistungen											
Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/ BAG/ MVZ die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen (zur Abrechnung der nachfolgenden Leistungen ist zusätzlich eine Vorhaltung der entsprechenden Geräte im Praxisgebäude zwingend erforderlich):											
<input type="checkbox"/> Duplexsonografie (Nachweis: KV-Genehmigung und KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus EBM-Ziffernbereich 33070 – 33075 / bei neu niedergelassenen Fachärzten ohne bisherige KV-Abrechnung: Kopie des Kauf- oder Leasingvertrages bzw. Kopie des aktuellen Wartungsberichts eines Duplex-Sonographiegerätes)											
Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig:											
LANR (7- oder 9-stellig)											
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet										
LANR (7- oder 9-stellig)											
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet										
LANR (7- oder 9-stellig)											
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet										
LANR (7- oder 9-stellig)											
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet										
ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.											

Zusätzliche Angaben für die Umkreissuche im Internet

Diese Informationen werden für die Auskunft über Ihr Leistungsspektrum erhoben und sollen der Information der Versicherten dienen. Die Angaben können nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de geändert/ergänzt werden. Mit der Angabe der Daten willigen Sie ein, dass die Informationen in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI Baden-Württemberg e.V. veröffentlicht werden und an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten gegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt werden.

Durchführung von:

Duplexsonografie

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

Hiermit trete ich der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß §§ 73c SGB V a.F. bzw. 140a SGB V bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm) eingeschrieben sind.
 2. eine Teilnahmeerklärung für das AOK FacharztProgramm ausgefüllt und unterzeichnet haben.
(Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der AOK immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharzt-Programm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- der FACHARZT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d. h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KV BW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die AOK und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

Unterschrift Vertragsarzt

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

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

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-DSGVO (siehe insbesondere Anlage 16 des Facharztvertrages)

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist. Sollten wir Ihre Daten auf Grundlage einer Interessenabwägung (unser berechtigtes Interesse und Ihr schutzwürdiges Interesse) verarbeiten, haben Sie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung. Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

MEDIVERBUND AG, vertreten durch den Vorstand: Frank Hofmann, Dr. jur. Wolfgang Schnörer
Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0, info@medi-verbund.de

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.