

**Stammdaten**

LANR (9-stellig)	HBSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel, Nachname, Vorname	
<input type="text"/>	

**Verbandsmitgliedschaften**

MEDI Baden-Württemberg e.V.       BNG       BNFI

**Vertragssoftware**

Ausstattung mit einer vertragspezifischen Software (BKK VAG BW Gastroenterologie)

**Wichtige Hinweise**

- Die Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionsfähiger Installation der Vertragssoftware erfolgen (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
- Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit Ihrem Arzteinformationssystem
- Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den BKK VAG BW Gastroenterologievertrag zugelassen ist.

**Datenübernahme (verkürzte Teilnahmeerklärung)**

Ich bestätige, dass die auf Seite 2, 3 und 4 dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Angaben der Managementgesellschaft im Rahmen meiner Teilnahme an einem Gastroenterologievertrag gemäß § 73c SGB V in Baden-Württemberg bereits auf aktuellem Stand vorliegen. Ich beauftrage die Managementgesellschaft hiermit diese Angaben für meine Teilnahme an diesem Vertrag zu übernehmen

**Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/ MVZs**

**Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Gastroenterologie gem. § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.**

Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass

- die landesweit einheitliche Versicherteneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);
- die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit dem BKK Landesverband Süd einen sog. Bereinigungsvertrag abgeschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
- die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen 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 Versicherteneinschreibung (§ 4), 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 den MEDIVERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlrechnungen ist mir bekannt;
- der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte 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 Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
- mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der teilnehmenden Krankenkassen, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V. veröffentlicht werden. Die Datenschutzhinweise auf Seite 4 habe ich zur Kenntnis genommen.
- ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

**Unterschrift Vertragsarzt**  
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Datum (TT.MM.JJ)

**Stempel der Arztpraxis/ des MVZs**

**Markierte Felder sind Pflichtfelder**

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.

Seite 2, 3 und 4 der Teilnahmeerklärung bitte vollständig ausfüllen, wenn eine Datenübernahme aus einem anderen Vertrag (siehe Seite 1) nicht gewünscht oder nicht möglich ist.

# Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastroenterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

## Stammdatens Arzt

Einzelpraxis   
  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)   
  MVZ   
  ermächtigter Arzt   
  Mitglied im MEDI Verbund  
 Mitglied im BNK  
 Mitglied im BNFI

LANR (9-stellig) HBSNR

Nachname Vorname

Name MVZ

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift) Telefon  
  /

PLZ Ort Fax  
   /

E-Mail

## Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)

Kreditinstitut

IBAN (zwingend erforderlich) BIC (zwingend erforderlich)

Kontoinhaber

## Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e. V., des BNG e.V. oder des BNFI e. V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).

**Unterschrift Vertragsarzt**  
**Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ**

--	--	--	--	--

Datum (TT.MM.JJ)

**Stempel der Arztpraxis/ des MVZs**

**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 Zulassung oder KV-Ermächtigung).  
Ich bin Facharzt für Innere Medizin mit Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. §73 Abs. 1a Satz 2 SGB V
- mit Schwerpunkt Gastroenterologie \_ ohne Schwerpunkt
  - mit Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
  - Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Koloskopien und Durchführung von mindestens 200 Koloskopien und 10 Polypektomien pro Arzt/Jahr (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
  - Durchführung von Gastroskopien (Nachweis: KV-Abrechnung)
  - Durchführung und Abrechnung von insgesamt mindestens 600 Endoskopien (Gastroskopien und Koloskopien) pro Praxis/Jahr (Nachweis: KV- Abrechnung)
  - Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
  - Teilnahme an der Qualitätssicherungsmaßnahme Endoskopie gem. Anhang 1 zu Anlage 2 dieses Vertrages
  - jährlicher Besuch von Fortbildungen zu den beiden Themen CED und Hepatologie (mit jeweils 8 CME Punkte) (Nachweis: Fortbildungsnachweis, jährlich einzureichen)
  - jährlicher Besuch von weiteren Fortbildungen zu gastroenterologisch relevanten Themen (z.B. sonstige Oberbaucherkrankungen, Onkologie, Arzneimitteltherapie und Ernährungsmedizin) mit zusammen 5 CME Punkten (Nachweis: Fortbildungsnachweis, jährlich einzureichen)

**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 betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- Abdominalsonographiegerät mit Einhaltung der Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
  - Videoskopie mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker (Nachweis: KV-Abrechnung, Abrechnung der Koloskopieziffer GOP 13421 im letzten verfügbaren Quartal)
  - Vorhaltung von Atemtestgeräten ggf. als Gerätegemeinschaft (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
  - Schulung in Sedierung (z.B. bng Kurse) für das gesamte Assistenzpersonal in der Endoskopie (Nachweis: Vorlage der Zertifikate bei Managementgesellschaft, danach jährliche Stichprobenprüfung durch die Managementgesellschaft)
  - Hygienekontrollen aller Endoskope mindestens halbjährlich (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
  - externe Hygienekontrollen mindestens eines Endoskopes gem. KV-Koloskopievereinbarung (Nachweis: halbjährliche Vorlage des Zertifikats bei der Managementgesellschaft)
  - Ausschließliche Verwendung von Einmalartikeln bei Verbrauchsmaterialien (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben der Qualitätskommission)
  - Bei der Gastroskopie und Koloskopie sedierter Patienten ist entsprechend den Leitlinien der Fachgesellschaft eine zweite entsprechend ausgebildete Fachkraft zugegen (Nachweis: Selbstauskunft)
  - Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über ISDN bzw. DSL
  - Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
  - Vertragssoftware ist installiert für  BKK VAG Baden-Württemberg \_\_\_\_\_ (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)  
Name, Version
  - Konnektor ist vorhanden  Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)

**Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen**

Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/BAG die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen.

- Farbdopplersonographie (Nachweis: KV-Abrechnung mit GOP 33075 oder 13300, Voraussetzung für Q3)
- Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Registerauszug oder KV- Abrechnung, Voraussetzung für P1d sowie Onko 1-3)

**Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/ BAG/ MVZ tätig:**

Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> LANR <input type="checkbox"/> keine LANR vorhanden HBSNR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Fachgebiet <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> LANR <input type="checkbox"/> keine LANR vorhanden HBSNR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Fachgebiet <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> LANR <input type="checkbox"/> keine LANR vorhanden HBSNR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Fachgebiet <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

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

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

Hiermit trete ich der Vereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V bei.

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

**Mir ist im Besonderen bewusst, dass:**

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
  - zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (der jeweiligen BETRIEBSKRANKENKASSE) eingeschrieben sind.
  - eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben.
- 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 Facharztprogramm 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.
- ich meine situativen Abrechnungsdaten immer spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals bei der Managementgesellschaft einreichen muss, da sonst keine Sofortabrechnung nach Einschreibung stattfinden kann.
- eine Korrektur oder Nachabrechnung für situative Abrechnungsdaten grundsätzlich nicht möglich ist.
- 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 Ziffernkrankes mehr gegenüber der KVBW abrechnen kann.
- dass ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- dass meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die Krankenkassen bzw. deren beauftragten Dienstleister und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung tritt mit Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft.

**Unterschrift Vertragsarzt**

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis/ des MVZs

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

Datum (TT.MM.JJ)

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

**Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO**

- Die hier angegebenen Daten (ggf. inkl. Datenübernahme) sind für die Vertragsumsetzung erforderlich und werden von der MEDIVERBUND AG und den Betriebskrankenkassen ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und ggf. das von der BKK VAG Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen 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. Die Betriebskrankenkassen und ggf. deren beauftragtes Dienstleistungsunternehmen erhält durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Zusätzlich werden die Daten auf dieser Grundlage an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten übermittelt und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter [www.medi-arztportal.de](http://www.medi-arztportal.de) selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet.

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.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

MEDIVERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, [datschutz-team@medi-verbund.de](mailto:datschutz-team@medi-verbund.de).

Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, [datschutz-team@medi-verbund.de](mailto:datschutz-team@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.