

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 habe eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung gem. §73 Abs. 1a SGB V als Haus- oder Facharzt. (Nachweis: Selbstauskunft)

Ich habe eine Anerkennung als

- Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie (Nachweis: Selbstauskunft)
- Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für
- Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation (Nachweis: Selbstauskunft ggf. mit Angabe vergleichbare Qualifikation)
- Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ (Nachweis: Selbstauskunft) und erfülle weitere in Anlage 2 Abschnitt I sowie Anlage 2a genannte Voraussetzungen
- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)

Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist es erforderlich, dass folgende Mindestanzahlen von Behandlungen erfüllt werden:

Ich behandle pro Quartal mindestens: (Nachweis: Selbstauskunft)

- 40 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1; bzw. erreiche diese Anzahl innerhalb von zwei Jahren
- 200 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 *
- Ich nehme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie
- als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 gemäß § 3 der Vereinbarung DMP DM I AOK teil. (Nachweis: Selbstauskunft); Die Teilnahmepflicht am DMP Diabetes mellitus Typ 2 gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
- Teilnahme an mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Diabetologievertrags (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Teilnahme an mindestens einem strukturierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

Teilnahme an Schulungen:

- zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit FGM (z.B. Flash)
- zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit rtCGM (z.B. Spectrum) sowie
- zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit Insulinpumpentherapie (z.B. Subito, INPUT) gem. Anlage 2a durch den Facharzt und den/die Diabetesberater/in (Nachweis: jeweilige Fortbildungsnachweise)

* Für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte (Erstzulassung) gilt folgende Besonderheit: Die Mindestanzahl an Patienten mit Diabetes mellitus Typ II muss innerhalb eines Jahres nach der Erstzulassung erfüllt werden. Dies gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.

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.

- Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung an das Internet
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
- Vertragssoftware ist installiert für AOK Baden-Württemberg Diabetologie _____
Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)

- Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)
- Vorhalten eines/r Diabetesberater/in gemäß § 3 lit. o) (z.B. DDG) (Nachweis: Fortbildungsnachweis); mind. eine Vollzeitstelle je teilnehmenden Facharzt bzw. bei BAGs mind. eine halbe Vollzeitstelle je teilnehmendem Facharzt in Anstellung oder Kooperation* (Nachweis: Selbstauskunft und Vorlage Verträge)
- Teilnahme der Diabetesberater/in an Fortbildungen gem. den Regelungen des VDBD im Umfang von 25 Punkten pro Jahr bzw. 75 Punkten innerhalb von drei Jahren (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
- Vorhalten einer qualitätsgesicherten Präsenzblutzuckermessung nach Richtlinien der BÄK und HbA1c-POC-Diagnostik (Nachweis: Protokoll der Qualitätssicherungskontrolle nach Richtlinien der Bundesärztekammer (RiLiBÄK))
- Meine/Unsere Praxis bietet die im Rahmen dieses Vertrages festgelegten Patientenschulungen zur Nutzung von FGM, rtCGM und Insulinpumpen an, geeignete Räumlichkeiten sind vorhanden. (Nachweis: Selbstauskunft)
- Ich bin bereit die technischen Voraussetzungen zur elektronischen Übermittlung von Daten an den von der AOK BW benannten Dienstleister und zur EDV-gestützten Auswertung der Glukose-Selbstkontrolle der Versicherten mit FGM- und rtCGM-Geräte zu schaffen und entsprechende Datenerfassungen vorzunehmen (vgl. Anlage 2a)

* Für Kinder- und Jugendärzte ist die Anstellung bzw. Kooperation einer/s Diabetesberater/in-Teilzeitkraft ausreichend.

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

- Zertifiziertes Eversense® CGM-Zentrum (Nachweis: Zertifikat) (Voraussetzung für D2f)
- Ich nehme am DMP Diabetes Typ 1 teil und habe die Genehmigung zur Betreuung von Typ1-Diabetikerinnen mit Kinderwunsch oder bestehender Schwangerschaft gemäß Anlage 1c der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1. (Nachweis: Selbstauskunft) (Voraussetzung für D5)

Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/BAG die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen (vgl. Anlage 12)

Voraussetzungen zur Teilnahme am Modul Diabetischer Fuß

- Eigenschaft als für einen diabetischen Fuß spezialisierte Einrichtung/Praxis gem. den Anforderungen der DMP-Verträge der AOK BW für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 in der jeweils gültigen Fassung (DMP-Fußambulanz) (Nachweis: Genehmigung der KV oder KV-Abrechnung EBM-Ziffern 99222 und 99223)
- Vorhalten einer/s Mitarbeiters/-in mit der Qualifikation Wundassistent/-in DDG (oder vergleichbare Qualifikation) im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder eines Kooperationsvertrages (mindestens eine halbe Vollzeitkraft (20 Stunden)) pro an diesem Modul teilnehmenden FACHARZT. Als vergleichbare Qualifikation gilt dabei insbesondere die Qualifikation als Wundexperte/in ICW (Nachweis: Fortbildungsnachweis und Kopie des Anstellungs- oder Kooperationsvertrages)

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

Nachname

 LANR keine LANR vorhanden HBSNR

Vorname

 Fachgebiet

Nachname

 LANR keine LANR vorhanden HBSNR

Vorname

 Fachgebiet

Nachname

 LANR keine LANR vorhanden HBSNR

Vorname

 Fachgebiet

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

- Die hier angegebenen Daten werden von der MEDIVERBUND AG und der AOK BW 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 AOK BW und ggf. deren 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 und genutzt. Die AOK BW und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten 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 AOK BW, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. 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 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.

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

ILiebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (0711) 80 60 79-0, datenschutz-team@medi-verbund.de

Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr,

datenschutz-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.

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 (AOK HausarztProgramm) 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 Ziffernkranzes 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 MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

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