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

Berufsverband der Pneumologen in Baden-Württemberg e.V. Baden-Württemberg

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND. BOSCH BKK AOK Die Gesundheitskasse.

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

Stammdaten

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ ermächtigter Arzt

LANR (9-stellig) | HBSNR | Ggf. NBSNR | Ggf. weitere NBSNR

☐ Mitglied MEDI BW e.V.
☐ Mitglied im BdP BW e.V.

Titel, Nachname, Vorname

Ggf. Name MVZ | Telefon

Straße & Hausnummer **(Praxisanschrift)** | Fax

PLZ und Ort | E-Mail-Adresse

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. oder des BdP BW e.V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Pneumologie 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.

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

- die Behandlung und Abrechnung über diesen Vertrag 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 KVBW mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen 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 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 Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
- die Managementgesellschaft das von AOK/Bosch BKK geleistete Honorar weiterleitet, indem er 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, 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 AOK, der Bosch BKK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI BW e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieses Formulars.
- 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

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

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 fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V als Facharzt für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Pneumologie bzw. Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde oder als Lungenarzt (Nachweis: Selbstauskunft)
☐ Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
☐ Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
☐ Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
☐ Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Pneumologievertrages (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:

☐ Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL (Nachweis: Selbstauskunft)
☐ Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) (Nachweis: Selbstauskunft)
☐ Vertragssoftware ist installiert für ☐ AOK ☐ Bosch BKK _____(Name der Software, Version) (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
☐ HZV-Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

1. allgemeine Voraussetzungen zur Abrechnung (Anlage 12)
Bitte beachten Sie:

- 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 bzw. Bosch BKK 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 auf der nächsten Seite (Seite 3) 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.

☐ Anwendung von Röntgenstrahlung (Nachweis: KV-Genehmigung Röntgen; KV-Abrechnung Ziffer [34240 oder 34241])
☐ Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung Abdomen- oder Thoraxsonografie; KV-Abrechnung Ziffer [33040 oder 33042])
☐ Duplex-Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [33070, 33071, 33072, 33073 oder 33074])
☐ FeNO-Messung (Nachweis: Gerätenachweis (Kauf- bzw. Leasingvertrag))
☐ Polygrafie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [30900])
☐ Polysomnografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [30901])
☐ Beratungsgespräch Schlafmedizin (BG4B) (Nachweis: Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ sowie KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [30901])
☐ Rauchstopp: Intensivierte Einzelberatung (BG2A1 und BG2A2) (Nachweis: Selbstauskunft gemäß Anlage 2)
☐ Rauchstopp: Psychoedukative Gruppenschulung (BG2B) (Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2)
☐ Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzelfalltherapie (BG3A) (Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2)
☐ Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie (BG3B) (Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2)
☐ DMP Asthma/COPD (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [92001, 92003. 92005, 92006, 92008, 92009, 92010 oder 92012])

Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig (Meldung weiterer Ärzte auf gesonderten Blatt möglich):

LANR (7- oder 9-stellig)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

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 werden von der MEDIVERBUND AG und der AOK/Bosch BKK 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/Bosch BKK 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/Bosch BKK 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/Bosch BKK, 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, vertreten durch den Vorstand: Dr. jur. Wolfgang Schnörer
Liebknechtstraße 2, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 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 Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß §§ 73c und 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 bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
  2. eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben. (Einschreibung und unverzügliche elektronische Versendung 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 KVBW 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 Krankenkassen 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**	**Datum (TT.MM.JJ)** ☐☐☐☐☐☐	**Stempel der Praxis/MVZ**

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