

MEDI **VERBUND**
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

[illegible]

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 oder KV-Registrazug)
- ☐ 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-Registrazug)
- ☐ 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 Vertrags
- ☐ jährlicher Besuch von Fortbildungen zu beiden Themen CED und Hepatologie (mit jeweils 8 CME Punkten) (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/ MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen

- ☐ Abdominalsonographiegerät mit Einhaltung der Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zu Ultraschall Diagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- ☐ Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker (Nachweis: KV-Abrechnung, Abrechnung der Koloskopieziffer ZOP 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 vertragskompatiblen IT und Anbindung an das Internet
- ☐ Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
- ☐ Vertragssoftware ist installiert für ☐ AOK ☐ Bosch BKK

Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)

- ☐ Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie oder die anderen Mitglieder der BAG/MVZ eine oder mehrere der Abrechnungsvoraussetzungen nicht, können Sie bestimmte Leistungen nicht abrechnen. Die Qualifikation von in der Praxis tätigen Ärzten berechtigt alle FACHÄRZTE der Praxis zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.

- ☐ 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-Registrazug oder KV-Abrechnung, Voraussetzung für P1d sowie Onko 1-3)

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

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 Zustimmung 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, Liebknechtstraße 29, 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 §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
 - zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm) eingeschrieben sind.
 - 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)

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

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