

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="checkbox"/> MEDI Baden-Württemberg e.V.	<input type="checkbox"/> Mitglied im VNP BW		
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
LANR (9-stellig)	HBSNR	Ggf. NBSNR	
<hr/>			
Titel, Nachname, Vorname			
<hr/>			
Ggf. Name MVZ			
<hr/>			
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)		Telefon	
<hr/>		<hr/>	
PLZ und Ort		Fax	
<hr/>		<hr/>	
E-Mail-Adresse		<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<hr/>		Umsatzsteuer-ID	
Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)			
<hr/>			
Kreditinstitut			
<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
IBAN (zwingend erforderlich)		BIC (zwingend erforderlich)	
<hr/>			
Kontoinhaber			
<hr/>			
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 HBSNR).			
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.			
<ul style="list-style-type: none"> • Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass • 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 Fehlabbrechnungen 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. • gemäß Anlage 3 für die Datenübertragung ein HZV-Online-Key notwendig ist, der von der HÄVG AG zur Verfügung gestellt wird. Aus diesem Grund werden meine Daten (z.B. BSNR, LANR, Praxisanschrift) zum Zweck der Ausgabe eines praxisbezogenen HZV-Online-Keys an die HÄVG AG weitergegeben. • Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI 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. 			
<hr/>			
Unterschrift Vertragsarzt		Stempel der Praxis/MVZ	
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ			
<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
		Datum (TT.MM.JJ)	
		<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

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 (ab Vertragsstart) 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; font-size: small;">Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)</div>	
<input type="checkbox"/> Ich verpflichte mich zur Nutzung eines Online Keys zur Datenübermittlung.	
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)	_____
<input type="text"/>	Fachgebiet
Titel, Nachname, Vorname	
LANR (7- oder 9-stellig)	_____
<input type="text"/>	Fachgebiet
Titel, Nachname, Vorname	
LANR (7- oder 9-stellig)	_____
<input type="text"/>	Fachgebiet
Titel, Nachname, Vorname	
LANR (7- oder 9-stellig)	_____
<input type="text"/>	Fachgebiet
Titel, Nachname, Vorname	
LANR (7- oder 9-stellig)	_____
<input type="text"/>	Fachgebiet
Titel, Nachname, Vorname	
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 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 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 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, 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, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datenschutz-team@medi-verbund.de
 Datenschutzbeauftragter ist erreichbar unter: 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
 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)

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

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