

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten/-psychotherapeuten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt/-psychotherapeut 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/Psychotherapeut
<input type="text" value=""/> LANR (9-stellig)	<input type="text" value=""/> HBSNR	<input type="text" value=""/> Ggf. NBSNR	<input type="text" value=""/> Ggf. weitere NBSNR
<input type="text" value=""/> Titel, Nachname, Vorname		<input type="checkbox"/> Mitglied MEDI BW e.V. <input type="checkbox"/> Mitglied in der IG KJPP <input type="checkbox"/> Mitglied im BVDN <input type="checkbox"/> Mitglied in der dgvt <input type="checkbox"/> Mitglied in der DPTV <input type="checkbox"/> Mitglied in der Freien Liste der Psychotherapeuten	
<input type="text" value=""/> Ggf. Name MVZ		<input type="text" value=""/> Telefon	
<input type="text" value=""/> Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)		<input type="text" value=""/> Fax	
<input type="text" value=""/> PLZ und Ort		<input type="text" value=""/> E-Mail-Adresse	
Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)			
<input type="text" value=""/> Kreditinstitut		<input type="text" value=""/> Kontoinhaber	
<input type="text" value=""/> IBAN (zwingend erforderlich)		<input type="text" value=""/> BIC (zwingend erforderlich)	
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./ BVDN e.V./ DPTV e.V./ dgvt e.V./ IG KJPP oder der Freien Liste der Psychotherapeuten werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).			
Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten/MVZ			
<p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie 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.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Behandlung und Abrechnung über diesen Vertrag erst erfolgen, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN 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 der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 25 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 Verscherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen/psychotherapeutischen 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 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 4 dieses Formulars. <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p>			
Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ		Datum (TT.MM.JJ)	Stempel der Praxis/MVZ
<input type="text" value=""/>		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>



Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

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
 - Neurologie
 - Nervenheilkunde
 - Neurologie und Psychiatrie
 - Psychiatrie und Psychotherapie
 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Psychotherapeutische Medizin
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie)
- Psychologischer Psychotherapeut Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Vertragsarzt, der gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig ist

Zulassung, Vertragsarztsitz/-psychotherapeutensitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg

(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)

Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV - Ä (Nachweis: Selbstauskunft)

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, im ärztlichen Bereich mit insgesamt 8 CME Punkten (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. Voraussetzungen zur Abrechnung der Module

(Anlage 12, Abschnitt I: A. Neurologie, B. Psychiatrie, C. Psychotherapie, D. Kinderpsychiatrie)

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, bitten wir Sie, den leistungserbringenden Arzt/Psychotherapeuten auf der nächsten Seite (Seite 3) anzugeben.

Ich rechne im Vertrag das Modul Neurologie ab und habe diese Leistungen vor Vertragsteilnahme über die KV abgerechnet

Ich rechne im Vertrag das Modul Psychiatrie ab und habe diese Leistungen vor Vertragsteilnahme über die KV abgerechnet.

Ich rechne im Vertrag das Modul Psychotherapie ab und habe diese Leistungen vor Vertragsteilnahme über die KV abgerechnet.

(Nachweis: KV-Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung)

Ich rechne im Vertrag das Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie ab u. habe diese Leistungen vor Vertragsteilnahme über die KV abgerechnet

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

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.

Neurologie

- Qualifikation Einstellung des Hirnschrittmachers
(Nachweis: Fortbildungsnachweis eines Zentrums für Tiefe Hirnstimulation oder Nachweis über praktische Erfahrung)
- Qualifikation Medikamentenpumpenbetreuung
(Nachweis: Bescheinigung der Teilnahme einer Fortbildungsveranstaltung oder Nachweis über praktische Erfahrung)
- Schwerpunktpraxis MS (Nachweis: Behandlung von mindestens 60 MS Patienten im Jahr, Selbstauskunft)
- Schwerpunktpraxis Epilepsie (Nachweis: Behandlung von mindestens 60 Epilepsie Patienten im Jahr, Selbstauskunft)
- Schwerpunktpraxis Parkinson (Nachweis: Behandlung von mindestens 60 Parkinson Patienten im Jahr, Selbstauskunft)
- Nachweis evozierte Potentiale (SEP, MEP, VEP, AEP)/ Blinkreflex (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16320/16321/21320/21321)
- Langzeit-EEG (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16311/21311)
- Elektromyographie (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16322)
- Dopplersonographie (Nachweis: KV-Genehmigung)
- Duplexsonographie (Nachweis: KV-Genehmigung)
- Schmerztherapie (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. Abrechnungsnachweis des EBM-Kapitels 30.7.1)
- Neurosonologie (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. KV-Abrechnung EBM Ziffer 33100)

Neurologie/Psychiatrie

- EEG (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16310/21310)

Psychotherapie

- Psychotherapeutische Gruppenbehandlung (Nachweis: KV-Genehmigung)
- Analytische Psychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung) – EBM Ziffern (35210 bzw. 35411/35412/35415)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung)
- Neuropsychologische Therapie (Nachweis: KV-Genehmigung)

Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Sozialpsychiatrie (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. Abrechnungsnachweis EBM-Ziffer 88895)
- EEG (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14320)
- Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14321)
- Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14330)
- Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP) (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14331)
- Beschäftigung von Therapeutischen Mitarbeitern in der Praxis (Nachweis: Qualifikationsnachweise gemäß Definition in Anlage 2)

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

Folgende Ärzte/Psychotherapeuten 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

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

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

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

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

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 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/PSYCHOTHERAPEUT, 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

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

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

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