

Ausfüllhilfe Teilnahmeerklärung

Die Teilnahmeerklärung (TE) besteht aus 3 Seiten. Im Folgenden soll auf bestimmte Punkte der erforderlichen Angaben eingegangen und zusätzliche Informationen gegeben werden. Falls trotzdem Unklarheiten und Fragen zum Ausfüllen der TE oder den Nachweisdokumenten bestehen sollten, können Sie sich gerne mit uns in Verbindung setzen. Alle drei Seiten – auch wenn auf der 3. Seite keine Angaben erfolgen – müssen der MEDIVERBUND AG zusammen mit den vollständigen Nachweisdokumenten an folgende Adresse zugeschickt werden:

MEDIVERBUND

Servicecenter Verträge

Industriestraße 2, 70565 Stuttgart

oder per Fax an die : 0711 – 80 60 79 555

1. Seite der Teilnahmeerklärung

Angabe der Verbandsmitgliedschaften: <input type="checkbox"/> MEDI <input type="checkbox"/> BVOU <input type="checkbox"/> BNC	Die Angabe der Verbandsmitgliedschaften wird für die korrekte Berechnung der Verwaltungskosten benötigt. (Bitte beachten Sie hierbei den Abschnitt „Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten“)
Angabe von: IBAN internationale Kontonummer BIC weltweit eindeutige Identifizierung von Kreditinstituten	Ihre Angabe zu IBAN und BIC ist bereits zwingend erforderlich, damit die Daten bis zur Verwendungspflicht ab Feb. 2014 nicht erneut erhoben werden müssen und eine Überweisung möglich ist. IBAN: Die IBAN besteht aus einem internationalen Teil - dem Länderkennzeichen und der Prüfnzahl (DE89) und einer national festgelegten Komponente. Für Deutschland besteht diese aus der Bankleitzahl und der deutschen Kontonummer. (Insgesamt 22 Zeichen). BIC: Ist acht oder elf Stellen lang. Sie finden diesen Code ggf. schon auf Ihren Bankauszügen.
Umsatzsteuer-ID <input type="text"/>	Die Angabe der Umsatzsteuer-ID ist nur relevant, wenn Sie durch die Höhe Ihrer Einnahmen umsatzsteuerpflichtig sind.

2. Seite der Teilnahmeerklärung

Unterschieden werden Teilnahme- und Abrechnungsvoraussetzungen. Die Teilnahmevoraussetzungen müssen vollständig erfüllt werden, um am Vertrag teilnehmen zu können. Sie werden unterteilt in persönliche Voraussetzungen, die vom Teilnehmer selbst erfüllt werden müssen und Voraussetzungen, die in der Praxis/BAG/MVZ als Ganzes vorhanden sein müssen.

Die Abrechnungsvoraussetzungen sind für die Berechtigung zur Abrechnung innerhalb des Vertrages relevant. Des Weiteren müssen verschiedene Qualifikationen erfüllt und Nachweise eingereicht werden, um einzelne Abrechnungsziffern abrechnen zu können.

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-Facharztprogramm 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 (vgl. Tabelle 1)

Die Vertragsteilnahme eines Arztes bezieht sich auf sein gesamtes Spektrum, soweit es im Vertrag abgebildet ist. In BAG/MVZ ist sogar das gesamte Spektrum der Praxis maßgeblich. Hierfür gibt es die Ankreuzmöglichkeit, welche verschiedenen Leistungen Sie im Vertrag abrechnen können/möchten. Sie können dabei auch, wenn Sie selbst die Voraussetzungen nicht erfüllen, Leistungen von Praxispartnern erbringen lassen. Das beinhaltet jedoch auch, dass Sie, wie auch ggf. vorhandene Praxispartner, keine Leistungen des Ziffernkranzes des Vertrages für eingeschriebene Versicherte über die KV abrechnen dürfen.

D.h., wenn Sie z.B. als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Vertrag teilnehmen, innerhalb des Vertrages jedoch nur die Konservative Orthopädie bedienen möchten/können, nicht aber das ambulante Operieren/ Duplex, dann können Sie **für eingeschriebene Versicherte** dennoch keine EBM-Ziffern aus der Vertragskategorie ambulantes Operieren/Duplex mehr über die KV abrechnen.

Ebenso verhält es sich in einer Praxis mit angestellten Ärzten/BAG/MVZ: Wenn z.B. ein Chirurg darin tätig ist, jedoch nur der Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Vertrag teilnimmt, kann der Chirurg die entsprechenden EBM-Ziffern des ambulanten Operierens/ Duplex für eingeschriebene Versicherte auch nicht mehr über die KV abrechnen. Bei dem oben genannten Fall könnte der Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie auch das ambulante Operieren über den Vertrag abrechnen, wenn er die Leistungen vom Chirurgen erbringen lässt. Hierfür müssen dann die geforderten Nachweisdokumente des Praxispartners vorgelegt und er auf der dritten Seite der TE eingetragen werden.

Nachweise	
KV-Registerauszug	Der Registerauszug kann bei der KV angefordert werden
Selbstauskunft	Eine Selbstauskunft wird dann gefordert, wenn es kein einheitliches Nachweisdokument gibt. Die Selbstauskunft erfolgt über das Ankreuzen der Teilnahmevoraussetzung/ Qualifikation auf der Teilnahmeerklärung und wird durch die Unterschrift bestätigt.
Bestätigungsformular Vertragssoftware	Dieses Formular ist dem Infopaket beigelegt und ist vom Arzt auszufüllen, um die Installation der Vertragssoftware zu bestätigen. Sie können auch die Rechnung der Software oder der Installation als Nachweis einreichen.
Konnektornachweis: Installationsprotokoll oder Testabrechnung	<u>Installationsprotokoll:</u> Bei Installation des Konnektors wird vom Vertriebspartner ein Protokoll erstellt. Dieses kann dann als Nachweisdokument für den vorhandenen Konnektor dienen. <u>Testabrechnung:</u> Mit der Vertragssoftware können Sie entweder eine „Echtabrechnung“ oder eine „Testabrechnung“ machen. Letztere dient zur Überprüfung des Funktionierens der Software und des Konnektors. Erhalten wir eine Testabrechnung über Software und Konnektor, ist der Nachweis erfolgt.
KV-Abrechnung bestimmter Ziffern	Hier benötigen wir KV-Abrechnungen, die die geforderten Ziffern enthalten und damit nachgewiesen werden.

3. 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 SGB V bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelten Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Wenn Sie Patienten auch über die Möglichkeit der „Sofortabrechnung nach Einschreibung“ (SANE) abrechnen möchten, dann müssen Sie sich an bestimmte Abrechnungstermine und Regeln halten, die von den regulären Vertragsregeln leicht abweichen.

Vergessen Sie nicht, hier Ihr Kreuz zu setzen, denn eine rückwirkende Teilnahme, wenn bereits Versichertenabrechnungen (für Patienten, die bereits Teilnehmer im Hausarztvertrag sind aber noch nicht Teilnehmer im FacharztProgramm) bei MEDIVERBUND eingegangen sind, ist nicht möglich. Die Fälle werden storniert und Sie müssen Sie über die KV nachabrechnen.

Unsere Empfehlung: Bekunden Sie Ihre Teilnahme für die SANE, denn Sie können dennoch bei jedem Patienten, der bereits Teilnehmer im Hausarztvertrag ist aber noch nicht Teilnehmer im FacharztProgramm, neu entscheiden, ob Sie ihn noch über die die KV oder schon über MEDIVERBUND - SANE abrechnen möchten.

3. Seite der Teilnahmeerklärung

Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig:	
Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
LANR <input type="checkbox"/> keine LANR vorhanden HBSNR	Fachgebiet
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hier bitte alle anderen Ärzte aus der Praxis/BAG/MVZ vollständig eintragen, auch wenn diese selbst am Vertrag teilnehmen und damit eine eigene Teilnahmeerklärung ausgefüllt haben.

Tabelle1: Qualifikationsgebundene Abrechnungsziffern:			
Orthopädie/ Orthopädie und Unfallchirurgie/ Chirurgie			
Beschreibung	Ziffern	Vergütung	Nachweis
Ambulantes Operieren	E /A AOP	Siehe Anhang 5 zu Anlage 12	KV-Zulassung
Spezielle Schmerztherapie laut Vereinbarung	E1/A2	94,00 €	Nachweis KV-Genehmigung, KV Abrechnung 30700
Zur Abrechnung der folgenden Leistungen ist zusätzlich eine Vorhaltung der entsprechenden Geräte im Praxisgebäude oder die Vorhaltung spezieller Praxisgebäude zwingend erforderlich:			
Strukturzuschlag Sonografie	Q1	1,00 €	KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffern 33040-43, 33050-52, 33060-64
Strukturzuschlag für Röntgen	Q2	7,00 €	KV-Zulassung, KV-Abrechnung Ziffern 34210,34220-222, 34230-234, 34237-238, ff.
Strukturzuschlag Knochendichtemessung mittels DXA	Q3	3,00 €	Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung lt. Strahlenschutzvereinbarung
Strukturzuschlag Duplex	Q4	8,00 €	KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffern 33070-75
Strukturzuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	Q7	30,00 €	KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30704