

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur kardiologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß §73c 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.

<b>Stammdaten</b>	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LANR (9-stellig)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HBSNR
<input type="checkbox"/> MEDI Baden-Württemberg e.V. <input type="checkbox"/> Mitglied im BNK <input type="checkbox"/> Mitglied im BNFI	
_____ Titel, Nachname, Vorname	
_____ Ggf. Name MVZ	
_____ Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)	_____ Telefon
_____ PLZ und Ort	_____ Fax
_____ E-Mail-Adresse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Umsatzsteuer-ID
<b>Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)</b>	
_____ Kreditinstitut	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IBAN (zwingend erforderlich)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BIC (zwingend erforderlich)
_____ Kontoinhaber	
<b>Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten</b>	
Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V., BNK oder des BNFI e.V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HSBNR).	
<b>Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ</b>	
<b>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Kardiologie gem §§ 73c ff. SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</b>	
Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1); die Managementgesellschaft hat mich über das Eintreten dieser letztgenannten Bedingung umgehend informiert;</li> <li>• meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;</li> <li>• 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;</li> <li>• ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;</li> <li>• 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 Fehlrechnungen ist mir bekannt;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> <li>• 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 Bosh 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 3 dieses Formulars.</li> <li>• Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</li> </ul>	
_____ <b>Unterschrift Vertragsarzt</b> Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ	
_____ <b>Datum (TT.MM.JJ)</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
_____ <b>Stempel der Praxis/MVZ</b>	

**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).  
Ich bin Facharzt für Innere Medizin mit Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. §73 Abs. 1a Satz 2 SGB V  
 mit Schwerpunkt Kardiologie  ohne Schwerpunkt Kardiologie

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
- Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie (Nachweis: KV Zulassung/KV-Registerauszug/Ermächtigung/Abrechnung)
- Durchführung von mindestens 150 kardiovaskulären Untersuchungen (Ultraschalluntersuchungen), davon mindestens 100 Echokardiographie pro Quartal (Nachweis: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)
- Teilnahme an einer echokardiographischen Fortbildung innerhalb der letzten 5 Jahre (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
- regelmäßige Nutzung eines Gewebedopplers (insbesondere Beurteilung) (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Teilnahme an DMP gemäß § 3 lit h zum Vertrag
- Besuch von **mindestens** 2 Fortbildungen zu kardiologisch relevanten Themen im Jahr (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

**Technische Voraussetzungen:**

- Apparative Ausstattung gemäß KBV Richtlinien Qualitätssicherungsmaßnahmen Ultraschall (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- „Harmonic imaging“ (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus) (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Ergometrie mit 12-Kanal-EKG-Registrierung (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- 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  Bosc 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.

- Schwerpunktbezeichnung Angiologie (Nachweis: KV Zulassung) (Voraussetzung für P2)
- oder Duplex-Verfahren (Nachweis: KV Zulassung für folgende Duplexe) (Voraussetzung für P2)
  - extrakranielle hirnversorgende Gefäße und/oder
  - extremitätenver-/entsorgende Gefäße und/oder
  - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
- Stressechokardiographie (Nachweis: KV Zulassung)
- Herzschrittmacher/Defi/CRT-Kontrolle (Nachweis: KV Zulassung)
- Langzeit-EKG (Nachweis: KV Zulassung)
- Invasive Kardiologie (Nachweis: KV Zulassung)
- Teilnahme an einem elektronischen Qualitätssicherungssystem für invasiv tätige Kardiologen, wie beispielsweise QuIK, BQS oder ALKK
- Qualifikationen Kardioversion:
  - Vorhaltung TEE
  - Möglichkeit zur mehrstündigen Monitorüberwachung
  - Anwesenheit von 2 Ärzten in der Praxis während Kardioversion ist stets gegeben
- Vorhaltung einer Spiroergometrieinheit (Nachweis: Gerätekauf-/Leasingvertrag, KV-Abrechnung)
- TEE (Nachweis: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)
- SM-/ICD-/CRT-Implantationen (Nachweis: Facharzt-/Kardiologenzugnis mit Mengennachweis oder Abrechnungsnachweis für Implantationen oder Bescheinigung über die selbstständige Durchführung durch eine Klinik/Praxis)
- Telemonitoring bei Herzinsuffizienz – Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch ein ärztliches telemedizinisches Zentrum (TMZ) (Nachweis: KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung)

**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 Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter [www.medi-arztportal.de](http://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, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, [datschutz-team@medi-verbund.de](mailto:datschutz-team@medi-verbund.de)

Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, [datschutz-team@medi-verbund.de](mailto: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 §§ 73c SGB V a.F. bzw. 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.**