

**Teilnahmeerklärung für Radiologen zum Vertragsmodul  
Kardio-MRT (Anlage 19) des AOK Vertrag zur  
kardiologischen Versorgung in  
Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V**



Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer stationären Einrichtung muss für jeden teilnahmeberechtigten Radiologen eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

<b>Stammdaten Radiologe</b>									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;"><b>Institutionskennzeichen (zwingend erforderlich)<sup>1</sup></b></td> <td style="font-size: 8px;"><b>LANR (9-stellig)</b></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="font-size: 8px;"><b>BSNR (9-stellig)</b></td> </tr> </table>			<b>Institutionskennzeichen (zwingend erforderlich)<sup>1</sup></b>	<b>LANR (9-stellig)</b>				<b>BSNR (9-stellig)</b>	<input type="checkbox"/> MEDI Baden-Württemberg e.V.
<b>Institutionskennzeichen (zwingend erforderlich)<sup>1</sup></b>	<b>LANR (9-stellig)</b>								
	<b>BSNR (9-stellig)</b>								
Titel, Nachname, Vorname									
Name des Krankenhauses / MVZ									
Straße & Hausnummer	Telefon								
PLZ und Ort	Fax								
E-Mail-Adresse	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Umsatzsteuer-ID									
<b>Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)</b>									
Kreditinstitut									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
IBAN (zwingend erforderlich)	BIC (zwingend erforderlich)								
Kontoinhaber									
<b>Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten</b>									
Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag), wenn Sie selbst Mitglied des MEDI Baden-Württemberg e.V. sind oder der Ihr kooperierende Kardiologe Mitglied des MEDI Baden-Württemberg e.V., BNK oder des BNFI ist Für Nicht-Mitglieder. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HSBNR).									
<b>Vertragsteilnahme des Radiologen</b>									
<b>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme Vertragsmodul Kardio-MRT (Anlage 19) des AOK Vertrag zur kardiologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</b>									
<p>Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 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 vier Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDI VERBUND 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 Fehlabrechnungen 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 MEDI VERBUND 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>• 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 Radiologe</b>	<b>Stempel Praxis/MVZ/stationäre Einrichtung</b>								
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ									
Bei stationärer Einrichtung: gesetzlicher Vertreter									
	<b>Datum (TT.MM.JJ)</b> <table style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

<sup>1</sup> Hinweise zur Beantragung eines Institutionskennzeichens; sh. Seite 2

**Teilnahmevoraussetzungen**

**1. Persönliche Voraussetzungen:**

- Abgeschlossene Weiterbildung zum/ zur Facharzt/ Fachärztin für Radiologie (Nachweis: **Selbstauskunft**)
- Betriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: **Selbstauskunft**)
- Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V im Rahmen einer Zulassung oder Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss bei der KV Baden-Württemberg gem. Ärzte-ZV für das Fachgebiet der Radiologie oder Tätigkeit in einer Einrichtung, die als stationärer Leistungserbringer im Landeskrankenhausplan Baden-Württemberg aufgenommen ist (Nachweis: **KV-Zulassung oder KV-Registrierung oder KV-Ermächtigung**)
- Es liegt eine Kooperation mit einem an diesem Facharztvertrag teilnehmenden KARDIO-MRT-KARDIOLOGEN gem. Anlage 2 Anhang 3 vor. Ein entsprechender Kooperationsvertrag ist der Managementgesellschaft MEDIVERBUND als Nachweis vorzulegen. (Nachweis: **Kooperationsvertrag**)

Bitte beachten Sie: Für die Teilnahme eines MVZ ist die Voraussetzung des ersten Aufzählungspunktes durch einen im MVZ im Rahmen seiner Zulassung oder durch den Zulassungsausschuss genehmigten in Anstellung tätigen Radiologen zu erfüllen.

Erklärung bei Teilnahme einer stationären Einrichtung:

- die stationäre Einrichtung ist im Landeskrankenhausplan Baden-Württemberg aufgenommen. (Nachweis: **Selbstauskunft**)
- Apparativ-technische und organisatorische Voraussetzungen der MRT-Bildgebung werden erfüllt (Nachweis: **Selbstauskunft**)
  - MRT-Scanner mit der Feldstärke 1.5T oder 3.0T
  - Dezierte Oberflächenspule für Herz-Bildgebung ist vorhanden
  - EKG muss während der Untersuchung ableitbar sein
  - Bei Stressuntersuchungen: Blutdruckmessungen vor, während und nach Applikation des pharmakologischen Stressmittels
  - Etablierte SSFP-Cine-, Perfusions-, und Late Gadolinium Enhancement Sequenzen können durchgeführt werden
  - Flusssensitive Messungen, insbesondere zur Evaluation von Vitien sind vorhanden
  - Der Zugang zu einem Rechner mit einer speziellen Auswertesoftware für kardiale Bildgebung ist gegeben

**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, Liebknechtstraße 29, 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

**Hinweise zur Beantragung eines Institutionskennzeichens**

Ein IK (Institutionskennzeichen) ist ein eindeutiges Merkmal für die Abrechnung medizinischer und rehabilitativer Leistungen mit den Trägern der Sozialversicherung (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, etc.). Das IK gilt als offizielles Kennzeichen der Leistungsträger und Leistungserbringer im Schriftverkehr und für Abrechnungszwecke (§293 SGB V). Jeder Vertragspartner der Träger der Sozialversicherung, der im Rahmen der Aufgaben der Kranken-, Renten-, Unfallversicherung und der Bundesagentur für Arbeit Leistungen für die Sozialversicherung erbringt kann eine IK über die ARGE-IK beantragen. Den Antrag für eine IK finden Sie unter: [www.dguv.de/arge-ik/antrag/index.jsp](http://www.dguv.de/arge-ik/antrag/index.jsp).

**Unterschrift Radiologe**  
 Bei MVZ: **Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ**  
 Bei stationärer Einrichtung: **gesetzlicher Vertreter**

**Stempel Praxis/MVZ/stationäre Einrichtung**

Datum (TT.MM.JJ)

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

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