



# Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Orthopädie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V



|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Teilnahmevoraussetzungen</b>  |                     |
| <b>1. Persönliche Voraussetzungen:</b><br>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).<br>Ich bin Facharzt für Innere Medizin mit Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. §73 Abs. 1a Satz 2 SGB V<br><input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie <input type="checkbox"/> Chirurgie<br><br><input type="checkbox"/> Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)<br><input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)<br><input type="checkbox"/> Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)<br><input type="checkbox"/> Verpflichtende Teilnahme von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME-Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Orthopädievertrages (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)<br><input type="checkbox"/> Verpflichtende Teilnahme von mindestens 1 datenbasierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr, organisiert durch das von den Vertragspartnern beauftragte Institut (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)   |                     |
| <b>2. Voraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ</b><br>Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis/ BAG/ MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen:<br><br><input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL (Nachweis: Selbstauskunft)<br><input type="checkbox"/> Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) (Nachweis: Selbstauskunft)<br><input type="checkbox"/> Vertragssoftware ist installiert für <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> Bosh BKK _____ Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)<br><input type="checkbox"/> Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)   |                     |
| <b>Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen</b><br><b>1. allgemeine Voraussetzungen zur Abrechnung (Anlage 12)</b><br><b>Bitte beachten Sie:</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> </ul>  |                     |
| <b>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.</b><br><br><input type="checkbox"/> Qualifikation Ambulantes Operieren (Nachweis: KV-Zulassung)<br>Strukturzuschlag Schmerztherapie (Nachweis: KV-Genehmigung)<br>Strukturzuschlag schmerztherapeutische Einrichtung (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30704)<br>Qualifikation Akupunktur (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30790, 30791)<br>Bildgesteuerte interventionelle Schmerztherapie an der HWS (Nachweis: BVOU-Bescheinigung (Einwilligungserklärung) oder Strukturmerkmal Sonographie (siehe unten) und Selbstauskunft)<br>Bildgesteuerte interventionelle Schmerztherapie an der HWS und LWS (Nachweis: BVOU-Bescheinigung (Einwilligungserklärung) oder Selbstauskunft CT, Bild-wandler)<br><br><b>Zur Abrechnung der nachfolgenden Leistungen ist zusätzlich eine Vorhaltung der entsprechenden Geräte im Praxisgebäude zwingend erforderlich:</b><br>Qualifikation konventionelle Radiologie (Nachweis: KV-Zulassung; KV-Abrechnung Ziffer 34210; 34220-222,34230-34, 34237-238, ff.)<br><input type="checkbox"/> Sonographie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33040-43, 33050-52, 33060-64)<br><input type="checkbox"/> Duplexsonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33070-75)<br><input type="checkbox"/> ESWT (Extrakorporale Stoßwellentherapie) (Nachweis: Selbstauskunft Bestätigungsformular)<br><input type="checkbox"/><br><b>Zur Abrechnung der nachfolgenden Leistung ist zusätzlich eine Vorhaltung des Geräts in Praxisnähe erforderlich (bei Gerätegemeinschaften einem Arzt zuzuordnen):</b><br>Knochendichtemessung mittels DXA (Nachweis: Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)<br><input type="checkbox"/> |                     |
| <b>Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig:</b>  |                     |
| LANR (7- oder 9-stellig)<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  | _____<br>Fachgebiet |
| Titel, Nachname, Vorname   | _____<br>Fachgebiet |
| LANR (7- oder 9-stellig)<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  | _____<br>Fachgebiet |
| Titel, Nachname, Vorname   | _____<br>Fachgebiet |
| LANR (7- oder 9-stellig)<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  | _____<br>Fachgebiet |
| Titel, Nachname, Vorname   | _____<br>Fachgebiet |

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung  
im Fachgebiet der Orthopädie in  
Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V**



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 (Vertragspartei) 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.

**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
  - zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK Hausarzt Programm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
  - eine Teilnahmeerklärung für das AOK Facharzt Programm ausgefüllt und unterzeichnet haben.  
(Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der AOK immer verpflichtend)
  - ihren Wohnsitz in Baden-Württemberg haben.
- 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 FacharztProgramm 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.
- ich meine situativen Abrechnungsdaten immer spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals bei der Managementgesellschaft einreichen muss, da sonst keine Sofortabrechnung nach Einschreibung stattfinden kann.
- eine Korrektur oder Nachabrechnung für situative Abrechnungsdaten grundsätzlich nicht möglich ist.
- 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.**