

# Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur kardiologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß §§ 73 c SGB V



BNK Service GmbH



**MEDI VERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

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. Jobsharing Partner können nicht teilnehmen.

<b>Stammdaten Arzt</b>	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft(BAG) <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt	
LANR	HBSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name MVZ	
<input type="text"/>	
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	
<input type="text"/>	
<b>Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)</b>	
BLZ	Kreditinstitut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Notwendige Angaben des FACHARZTES</b>	
Siehe Rückseite der Teilnahmeerklärung	
<b>Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten</b>	
Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3 % (zzgl. gesetzl. MwSt.) der Vertragsvergütung (ärztliches Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e. V., BNK e.V. oder des BNFI e.V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 2 % (zzgl. gesetzl. MwSt.) erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr beträgt 300 € zzgl. MwSt..	
<b>Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung</b>	
Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK) übermittelt. Diese Daten und die von mir an das Abrechnungszentrum des MEDIVERBUNDES übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten werden vom MEDIVERBUND zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung verarbeitet und genutzt.</li> <li>• Die AOK erhält durch MEDIVERBUND die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.</li> <li>• Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer können in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK Baden-Württemberg, des MEDIVERBUNDES, des BNK und des MEDI e.V. veröffentlicht werden. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.</li> <li>• Die der AOK vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt.</li> </ul>	
Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.	
<b>Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ</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.	
1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>• die landesweit einheitliche Versicherteneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist ( § 17 Abs.1 i.V.m. Anlage 8 );</li> <li>• die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag abgeschlossen hat ( § 25 Abs.1 );</li> <li>• die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;</li> <li>• ich MEDIVERBUND mit der Durchführung der Abrechnung meiner vertraglich erbrachten Leistungen beauftragen muss (Datenschutzvertrag)</li> <li>• meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens der Managementgesellschaft 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 sechs 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 den MEDIVERBUND richtet und ich Überzahlungen erstatten muss. Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppel- und Fehlabbrechnungen sind mir bekannt;</li> <li>• der MEDIVERBUND das von der AOK geleistete Honorar weiterleitet, in dem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte 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 6 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.</li> </ul>	
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Rückseite) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.	

Unterschrift Vertragsarzt

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ

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



BNK Service GmbH



**Persönliche Teilnahmevoraussetzungen**

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).

**Persönliche Voraussetzungen:**

Ich bin Facharzt für Innere Medizin

- mit Schwerpunkt Kardiologie  ohne Schwerpunkt
- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registrierung)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
- Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie (Nachweis: KV Zulassung/ KV-Registrierung/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)
- alternativ Teilnahme an einer Fortbildung „Gewebedoppler“ bis 31.12.2010 (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
- 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)
- unterschriebener Datenschutzvertrag liegt bei

**Voraussetzungen der Praxis/BAG/MVZ**

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie oder die anderen Mitglieder der BAG/MVZ eine oder mehrere der technischen Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen.

**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 onlinefähigen IT (mindestens Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
- Vertragssoftware vorhanden: \_\_\_\_\_ (Name, Version)
- Konnektor

**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 der Jahre 2008 bis 2010 oder Bescheinigung über die selbstständige Durchführung durch eine Klinik/Praxis)

Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig:

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

LANR	HBSNR	<input type="checkbox"/> keine LANR vorhanden
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

LANR	HBSNR	<input type="checkbox"/> keine LANR vorhanden
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>

LANR	HBSNR	<input type="checkbox"/> keine LANR vorhanden
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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