Teilnahmeerklärung HAUSARZT

zum Vertrag zur Durchführung einer Integrierten Versorgung gemäß § 140 a ff. SGV V i.V.m. Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V der AOK in Baden-Württemberg

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) muss ein hausärztlich tätiger Arzt im MVZ die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnen lassen.
Die nachfolgenden Angaben zu Paragrafen und Anlagen beziehen sich auf den IVP-Vertrag.

AOK HAUSARZT PROGRAMM | HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG | Hausärzteverband Baden-Württemberg | MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT | MEDIVERBUND BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.

Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Kölner Straße 18
70376 Stuttgart

Oder einfach per Fax oder E-Mail

0711- 21747 699
(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)

E-Mail: haevgpostfach@hausarzt-bw.de

Angestellte Ärzte sind bei Teilnahme am Versorgungsnetz in Anlage 8 a „Aufnahmeantrag als Versorgungsnetz“ aufzuführen.

Stammdaten

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft ☐ ÜBAG

LANR | BSNR | BSNR gültig ab (TT.MM.JJJJ)

Praxisname (falls vorhanden)

Titel | Nachname | Vorname

Straße & Hausnummer (**Betriebsstätte/Praxisanschrift**) | Telefon

PLZ | Ort | Telefax

E-Mail

Bankverbindung (IVP-Vergütungsanspruch wird auf das folgende Konto überwiesen)

Kontoführendes Institut

BIC | Kontoinhaber

IBAN

Notwendige Angaben des Hausarztes

☐ Teilnahme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit der AOK nachgewiesen

☐ Qualifikation „Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Katheters“ (keine Vertragsvoraussetzung)

☐ Geriatrische oder palliative Weiterbildung vorhanden bzw. erfolgt noch (keine Vertragsvoraussetzung – aber Vertragsziel)

IK-Nummern der Pflegeeinrichtungen, die ich im Rahmen des IVP-Vertrags als Mitglied eines Versorgungsnetzes gemäß § 7 Abs. 1 betreuen

IK-Nr. Pflegeeinrichtung | IK-Nr. Pflegeeinrichtung

IK-Nr. Pflegeeinrichtung | IK-Nr. Pflegeeinrichtung

IK-Nr. Pflegeeinrichtung | IK-Nr. Pflegeeinrichtung

Managementgesellschaft

Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Kundenservice: 0711/ 21747 600 von 9:00 bis 17:00 Uhr

Verwaltungskostenpauschale (§ 21)

Die an den Hausärzteverband und MEDI für die Durchführung der Abrechnung der IVP-Vergütungsanspruch zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 21 des IV-Pflegeheim-Vertrages beträgt 3% des IVP-Vergütungsanspruches (§ 15 Abs. 1). Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes und MEDI wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % des IVP-Vergütungsanspruches erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch die Managementgesellschaft vom Auszahlungsbetrag des IVP-Vergütungsanspruches einbehalten.

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse, etc.) werden von dem Abrechnungsdienstleister der AOK Baden-Württemberg (AOK) zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt sowie nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an die AOK übermittelt. Diese Daten und die von mir an den Abrechnungsdienstleister übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von dem Abrechnungsdienstleister der AOK zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der IVP-Abrechnung verarbeitet und genutzt.
- Die AOK erhält von dem Abrechnungsdienstleister die vorgenannten Daten zur Prüfung der IVP-Abrechnung.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer, E-Mail Adresse werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK Baden-Württemberg, der HÄVG, des MEDIVERBUNDES, des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg und des MEDI e.V. veröffentlicht.
- Die AOK informiert die IVP-Versicherten, die mich als HAUSARZT gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Vertragsteilnahme.

Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften im Auftrag der AOK.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag (§ 7 Abs. 1 bzw. § 7 Abs. 3). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als HAUSARZT informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
   - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax/ E-Mail erfolgen;
   - ich meine vertraglichen Pflichten als HAUSARZT insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 5 Abs. 1), zur Erbringung besonderer IVP-Leistungen (§ 7 Abs. 2 bis 8) 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 unter den Voraussetzungen des § 11 beendet werden kann;
   - ich selbst meine Vertragsteilnahme gemäß § 11 mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen kann;
   - sich gemäß § 15 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 6 (Vergütung und Abrechnung) mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der IVP-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen den Abrechnungsdienstleister richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 15 Abs. 9).
   - die Managementgesellschaft das von der AOK gemäß § 16 geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale habe ich zur Kenntnis genommen;
   - die Anlage 6 (Vergütung und Abrechnung) bis zum 31. Dezember 2022 vereinbart ist und durch Einigung von AOK, HÄVG und MEDIVERBUND nach Maßgabe des in § 15 Abs. 2 beschriebenen Verfahrens geändert werden kann; wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 11 Abs. 2 Satz 2;
   - die Laufzeit des Vertrages sich nach § 15 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide.
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 7 zum Vertragsbeginn erfülle und meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des HAUSARZTES“ (s.o.) zutrifft. Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt/ärztin
(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ

Angaben gemäß „Stammdaten“

Nachname

Vorname

LANR