






<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gemäß § 73b SGB V mit der AOK Baden-Württemberg</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen (Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden). Die nachfolgenden Angaben zu Paragrafen und Anlagen beziehen sich – sofern nicht anders benannt – auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<div style="text-align: right;">      </div> <p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Kölner Straße 18 70376 Stuttgart</p> <p>Oder einfach per Fax oder E-Mail 0711- 21747 699 (Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.) E-Mail: haevgpostfach@hausarzt-bw.de</p>
I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten) ANGESTELLTE Ärzte in Praxen können nicht unmittelbar am Vertrag teilnehmen!	
Frau Herr <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Titel <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Nachname <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	LANR <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
HÄVG-ID (falls vorhanden) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
II. Praxisanschrift / Betriebsstätte	
BSNR <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	
Praxisname <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	
Straße & Hausnummer <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
PLZ <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Telefax <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
E-Mail <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	
Mobil <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)	
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben) <input type="checkbox"/> Konnektor bzw. HZV-Online Key vorhanden <input type="checkbox"/> Teilnahme an der Vertragsschulung (Zertifikat bitte beilegen) <input type="checkbox"/> Teilnahme an DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma gemäß Anlage 2 zum HZV-Vertrag <input type="checkbox"/> Installation und Nutzung der jeweils aktuellen arriba-Version	
<p>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen: mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt. Welche dieser Angaben Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte § 5 Abs. 3 lit. e des HZV-Vertrages. Alle weiteren Angaben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner Leistungen / Zuschläge relevant.</p>	
Sonografie	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen
Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person
Dermatoskop	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen

Kleine Chirurgie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen	
Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (Nachweis der Landesärztekammer beifügen)	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen	
<input type="checkbox"/> Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)			
IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)			
Kontoführendes Institut			
BIC		Kontoinhaber/in	
IBAN			
V. Verwaltungskostenpauschale			
Die an die HÄVG/ MEDIVERBUND für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 des HZV-Vertrages beträgt 3 % von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes oder MEDI e. V. wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch die HÄVG/ MEDIVERBUND mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 19 Abs. 1 des HZV-Vertrages).			
VI. Vertragsbedingungen			
Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten als Vertragsteilnehmer dieses HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass			
1. HZV-Teilnahme			
<ul style="list-style-type: none"> • meine Vertragsteilnahme mit Zugang des Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt; • mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in meinem Postfach im Arztportal zugestellt werden können; • ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 5 des HZV-Vertrages), zur Versicherteneinschreibung (§ 4 des HZV-Vertrages), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 6 des HZV-Vertrages), sowie für die Abrechnung und Auszahlung, zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe; • meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 4, 5 und Abs. 7 des HZV-Vertrages beendet werden kann; • ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 8 Abs. 3 des HZV-Vertrages mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende – oder aus wichtigem Grunde fristlos – schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzterverband und MEDI e. V. kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung berechtigt (Faxnummer siehe oben); • sich die Laufzeit des HZV-Vertrages nach § 25 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide; • Vertragsänderungen aufgrund der in § 26 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann. 			
2. HZV- Abrechnung und Vergütung			
<ul style="list-style-type: none"> • die HÄVG/ MEDIVERBUND postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 12 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 6 zur Verfügung stellt; • sich gemäß § 19 Abs. 1 des HZV-Vertrages in Verbindung mit Anlage 12 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die HÄVG richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 19 Abs. 3 des HZV-Vertrages). Mir ist bekannt, dass diese Frist mit Ende des Quartals der Leistungserbringung beginnt; • ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 19 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 19 des HZV-Vertrages ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HZV-Vergütung in den auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen; unberührt bleibt hiervon die Geltendmachung eines darüber hinaus gehenden Schadens, der den Vertragspartnern infolge sonstiger Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten des teilnehmenden Hausarztes entstanden ist; • die HÄVG das von der AOK gemäß § 20 geleistete Honorar weiterleitet, in dem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 Abs. 1 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 2 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen; • die Anlage 12 (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 19 des HZV-Vertrages 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 § 8 Abs. 3 des HZV-Vertrages; • Erweiterungen oder Einschränkungen des vertragsärztlichen Leistungsumfanges gemäß §§ 87 ff. SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkrankes (Anhang 1 zu Anlage 12) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband, HÄVG, MEDI e. V., MEDIVERBUND und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkrankes bereits jetzt zu. 			

3. Teilnahmemanagement

- die HÄVG / MEDIVERBUND meine Teilnahme an der HZV organisieren und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Sie sind daher im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HZV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen für mich berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse. Sie sind insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- sich die HÄVG / MEDIVERBUND zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gem. § 11 Abs. 4 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen dürfen. Die HÄVG/ MEDIVERBUND sind zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen berechtigt; die HÄVG/ MEDIVERBUND ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- die HÄVG / MEDIVERBUND befugt sind, im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen. Die KV darf entsprechende Auskünfte an die HÄVG / MEDIVERBUND oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen;
- ich gem. § 3 Abs. 2 und § 5 Abs. 2 verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT, Breitbandanschluss, zertifiziertes Arztsinformationssystem, AIS/Praxis-Softwaresystem, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten.

Hiermit erkläre ich verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeerklärung richtig und vollständig sind (Selbstauskunft). Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.

4. Datenverarbeitung

Folgende Datenverarbeitungsvorgänge durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung sind mir bekannt:

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG und dem Hausärzterverband sowie durch die HÄVG Rechenzentrum GmbH ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b), i.V.m. § 73b SGB V. verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HZV-Vertrag erhalten die in Anlage 16 Ziffer V. Abs. 2 des HZV-Vertrages genannten Empfänger Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse bzw. deren beauftragter Dienstleister weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§ 4 Abs. 4)
- Auch zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages hat die HÄVG nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO die HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler Straße 2, 51149 Köln beauftragt;
- Darüber hinaus bin ich gem. § 295a Abs. 1 SGB V befugt und verpflichtet, die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben zur Abrechnung der im Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen (dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten (§§ 10 bis 15 und Anlage 3 des HZV-Vertrags)) einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.
- Mein Name, Praxisanschrift und Telefon-/Faxnummer werden zum Zwecke der HAUSARZT-Suche in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht.
- Die Krankenkasse informiert meine HZV-Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem HZV-Vertrag.
- Die Information zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 bis 18 und Art. 20 DSGVO im HZV-Vertrag und der Datenschutzanlage (Anlage 16, Abschnitt V) habe ich zur Kenntnis genommen.

- Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband e.V. und/oder MEDI e. V. und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale (3%)**
- Nein, ich bin derzeit weder Mitglied im Hausärzterverband e.V. noch bei MEDI e. V. und zahle den regulären Verwaltungskostensatz (5%)**

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

Angaben gemäß „Stammdaten“

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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