

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der IKK classic in Baden-Württemberg (HZV-Vertrag)</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 Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	 <p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 439 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
---	--

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/>	LANR <input style="width: 100%;" type="text"/>	HÄVG-ID (falls vorhanden) <input style="width: 100%;" type="text"/>
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input style="width: 100%;" type="text"/>		

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ	
Straße & Hausnummer <input style="width: 100%;" type="text"/>	Telefon <input style="width: 100%;" type="text"/>
PLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>	Telefax <input style="width: 100%;" type="text"/>
E-Mail <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Mobil <input style="width: 100%;" type="text"/>	

III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)

Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung

Vertragssoftware bereits vorhanden oder beantragt

Teilnahme an DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 d)

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.

Sonografie Abdomen durch meine Person durch Kollegen aus BAG / MVZ in Gerätegemeinschaft

Sonografie Schilddrüse durch meine Person durch Kollegen aus BAG / MVZ in Gerätegemeinschaft

Hautkrebsscreening durch meine Person durch Kollegen aus BAG / MVZ

Psychosomatik durch meine Person

Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH und Zertifikatsnachweis erforderlich)

IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)	
Kontoführendes Institut	
<input type="text"/>	
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	
V. Verwaltungskostenpauschale	
Die an den Hausärzteverband und MEDI für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 15 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes und MEDI wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2% von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzteverband und MEDI mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 15 Abs. 2 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 eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 2 des HZV-Vertrages);• mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können.• ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 4 des HZV-Vertrages), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3 des HZV-Vertrages), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 Abs. 3 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 § 5 Abs. 3 des HZV-Vertrages beendet werden kann;• ich selbst meine Teilnahme an dem HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 des HZV-Vertrages mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grund fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzteverband und MEDI kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzteverband und MEDI berechtigt (Faxnummer siehe oben);• die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 17 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;• Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 18 und 19 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.	
2. HZV-Abrechnung und Vergütung	
<ul style="list-style-type: none">• mir der Hausärzteverband und MEDI postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahme status der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;• sich gemäß § 11 Abs. 1 des HZV-Vertrages in Verbindung mit Anlage 3 mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 11 Abs. 2 des HZV-Vertrages). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist beginnt.• ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 13 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 13 Abs. 2 des HZV-Vertrages ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen, Erstattungsansprüche und einen durch Doppelabrechnung entstandenen und festgestellten Schaden mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 13 Abs. 3 des HZV-Vertrages); 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.• der Hausärzteverband und MEDI die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 14 Abs. 1 des HZV-Vertrages entgegennimmt und das Rechenzentrum gemäß § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 15 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 3 (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 11 Abs. 6 des HZV-Vertrages beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 11 Abs. 8 des HZV-Vertrages;• Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzteverband, MEDI und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;	
3. Teilnehmernmanagement	
<ul style="list-style-type: none">• der Hausärzteverband und MEDI meine Teilnahme an der HZV organisieren und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Er ist 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 im Sinne von § 2 Abs. 3 des HZV-Vertrages. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;• der Hausärzteverband und MEDI sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 11 bis 15 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen dürfen. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes und MEDI zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband und MEDI berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 16 - 19 und 22 des HZV-Vertrages. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;• der Hausärzteverband und MEDI befugt ist im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen. Die KV darf entsprechende Auskünfte an den Hausärzteverband und MEDI oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen.• ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arz tinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computertax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten,• ich verpflichtet bin die vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen Versicherter (§ 6 Abs. 3) mindestens zehn Jahre in der Arztpraxis aufzubewahren.	

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der IKK classic in Baden-Württemberg

- Mir ist bekannt, dass die Teilnahme für Versicherte freiwillig ist; Versicherte, die sich gegen eine Teilnahme am HzV-Vertrag entschieden haben, bei Terminvergaben gegenüber teilnehmenden Versicherten am Hausarztprogramm, sowie der Versicherten anderer Krankenkassen nicht benachteiligt werden dürfen;
- der Hausärzteverband und MEDI sich an die Kassenärztliche Vereinigung wenden können, um die von mir in dieser Erklärung mitgeteilten Angaben zu Teilnahmevoraussetzungen und Qualifikationen zu überprüfen. Ich willige darin ein, dass die KV Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen und Qualifikationen betreffen, an den Hausärzteverband oder dessen beauftragten Erfüllungsgehilfen erteilt.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich und 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

Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Hausärzteverband und MEDI sowie durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HzV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HzV-Vertrag erhält die Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag erhält die Krankenkasse weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HzV-Arztverzeichnis (§ 4 Abs. 3 HzV-Vertrag) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HzV-Abrechnung (§§ 11 bis 15 des HzV-Vertrages und Anlage 3).
- Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 11 bis 15 des HzV-Vertrages hat der Hausärzteverband und MEDI nach § 295a Abs. 2 SGB V i. V. m. § 80 Abs. 3 SGB X 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 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.
- Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO im HzV-Vertrag und der Datenschutzerklärung zum HzV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

- Ja, ich bin Mitglied im Hausärzteverband und/oder MEDI e. V. und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale
- Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzteverband und/oder MEDI e. V. und zahle den um 2% erhöhten Verwaltungskostensatz
- Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzteverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ

(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;)

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

--

Angaben gemäß „Stammdaten Arzt“

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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