

Per Fax an die MEDIVERBUND AG unter: **0711 – 80 60 79 511**

MEDIVERBUND AG, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

Die Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf den Vertrag in Verbindung mit Anlage 18.

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) muss ein Kinder- und Jugendarzt/ hausärztlich tätiger Arzt im MVZ die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnen lassen.

Stammdaten Arzt **ANGESTELLTE Ärzte in Praxen können nicht unmittelbar am Vertrag teilnehmen!**

Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) MVZ

LANR BSNR BSNR gültig ab (TT.MM.JJJJ)

Nachname Vorname

Name MVZ

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift) Telefon

PLZ Ort Fax

E-Mail

Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)

Kreditinstitut

IBAN BIC

Kontoinhaber

Teilnahmevoraussetzungen

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmezertifikat)
- Qualifikation zur Erbringung der Leistung Psychosomatische Grundversorgung (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Abrechnung)
- Vertragssoftware (Nachweis: Selbstauskunft oder Auftragsbestätigung) Konnektor / Online-Key (Nachweis: Bestätigungsformular)
- Teilnahme am DMP (gemäß Anlage 2a zum Vertrag) PädInform wird nicht aktiv genutzt PädInform wird aktiv genutzt

Voraussetzungen für die Abrechnung der spezialpädiatrischen Grundpauschalen (P6 und P7)

- Qualifikation Spezialpädiater (Nachweis: KV-Abrechnungsgenehmigung für die EBM-Kapitel 4.4 oder 4.5)

Voraussetzungen für die Zuschläge auf P1 (Anlage 12a) und Abrechnung von Einzelleistungen

- Erbringung der Leistung **Sonografie** durch mich **oder** unten angegebenen Kollegen aus BAG/MVZ
(Nachweis: KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung)
Nachname Vorname LANR
- Erbringung der Leistung **Kleine Chirurgie** durch mich **oder** unten angegebenen Kollegen aus BAG/MVZ
(Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
Nachname Vorname LANR
- Erbringung der Leistung **Hyposensibilisierung (Allergologie)** durch mich **oder** unten angegebenen Kollegen aus BAG/ MVZ
(Nachweis: KV-Abrechnung- EBM 30130 oder 30131- der letzten 4 Quartale mit Hyposensibilisierungsbehandlung von mind.10 GKV-Versicherten bzw. von mind. 40 durchgeführten Hyposensibilisierungsbehandlungen)
Nachname Vorname LANR
- Erbringung der Leistung **Amblyopie-Screening** durch mich **oder** unten angegebenen Kollegen aus BAG/ MVZ
(Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
Nachname Vorname LANR
- Erbringung der Leistung **Tympanometrie** durch mich **oder** unten angegebenen Kollegen aus BAG/ MVZ
(Nachweis: Wartungsbericht oder Rechnung Tympanometer)
Nachname Vorname LANR
- Erbringung der Leistung **Präsenzlabor** durch mich **oder** unten angegebenen Kollegen aus BAG/ MVZ
(Nachweis: KV-Abrechnung BB: EBM 32036-32038/32039 oder 32120 oder 32122 **und** CRP: 32128 **und/oder** 32460 **und** Urinmikroskopie: EBM 32031)
Nachname Vorname LANR

Managementgesellschaft (§ 3 Abs. 2)

MEDIVERBUND AG, Industriestr. 2, 70565 Stuttgart, Telefon 0711-80 60 79-111 (Mo-Do 8.00 – 17.00, Fr 8.00 – 16.00)

Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten

Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 des Vertrages beträgt 4,2 % von der HZV-Vergütung (§ 19, Abs. 1 des Vertrages). Für Nicht-Mitglieder des BVKJ e.V., des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg e.V. oder des MEDI Baden-Württemberg e.V. wird eine zusätzliche Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % erhoben.

Mitglied MEDI Baden-Württemberg e.V. Mitglied BVKJ e.V. Mitglied Hausärzterverband Baden-Württemberg e.V.

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

- Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:
- Mir ist bekannt, dass der MEDIVERBUND ein Rechenzentrum (gemäß Anlage 12a) mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem HZV-Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an das Rechenzentrum zu übermitteln.
 - Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.
 - Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des HZV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.
 - Die AOK erhält Name, Vorname, LANR, BSNR vor Bestätigung der Vertragsteilnahme zur Prüfung meiner Teilnahme am DMP. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die die AOK sämtliche vorgenannten Daten des HZV-Arztverzeichnisses (mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung) sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 15 und Anlage 12a).
 - Der AOK vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten werden in pseudonymisierter Form zur Durchführung der Qualitätszirkel (vgl. Anlage 2a) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt.
 - Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, des MEDIVERBUNDES, der BVKJ-Service GmbH, der HÄVG, des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg e.V. und des MEDI e.V. veröffentlicht.
 - Die AOK informiert die HZV-Versicherten, die mich als Kinder- und Jugendarzt gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V (§ 3 Abs. 1). 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 als Kinder- und Jugendarzt informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
 - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
 - die Nutzung eines Konnektors/ HZV-Online-Keys zur Datenübertragung gemäß der Änderungsvereinbarung vom 15.01.2009 Teilnahmevoraussetzung zum Vertrag ist;
 - ich meine vertraglichen Pflichten als Kinder- und Jugendarzt insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 5), zur Information der MEDIVERBUND AG (§ 6), zur Qualitätssicherung (§ 28 in Verbindung mit Anlage 15) sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe (§ 29) und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 4 bzw. Abs. 5 beendet werden kann;
 - ich selbst meine Vertragsteilnahme gemäß § 8 Abs. 3 mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
 - sich gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages in Verbindung mit Anlage 12 a (Vergütung und Abrechnung) mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HZV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die AOK richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 19 b Abs. 4). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppel- und Fehlabbrechnungen gemäß Anlage 12 a Abschnitt II sind mir bekannt;
 - die Managementgesellschaft das von der AOK gemäß § 20 geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 Abs. 1 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale habe ich zur Kenntnis genommen;
 - die Anlage 12 a (Vergütung und Abrechnung) bis zum 30. Juni 2017 vereinbart ist und durch Einigung on AOK und MEDIVERBUND nach Maßgabe des in § 19 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 § 8 Abs. 3 Satz 3;
 - die Laufzeit des Vertrages sich nach § 25 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide und Vertragsänderungen gemäß dem in § 26 beschriebenen Verfahren möglich sind.
 2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 18 zum Vertragsbeginn erfülle und insbesondere über die erforderliche Praxisausstattung (Wärmelampe, Säuglingswaage, Stadiometer, RR-Manschetten in altersentsprechenden Größen, Spirometer mit FEV 1-Bestimmung, Pulsoxymeter, Behandlungsplatz zur Durchführung einer Inhalationstherapie, Geräte zur Durchführung von Seh- und Hörtests, pädiatrischer Notfallkoffer, onlinefähige IT (DSL/ISDN), Praxis-EDV (AIS), Fax, technische Voraussetzungen zum Führen eines elektronische Patientenpasses (AOK-Patientenpass)) verfüge und meine hiermit abgegebene Erklärung sind Bestandteil des Vertrages.
 3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass
 - MEDIVERBUND meine Teilnahme an der HZV organisiert und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK vornimmt. Sie ist daher gemäß § 3 Abs. 2 im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HZV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt.
 - MEDIVERBUND zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 19 bis 21 des HZV-Vertrages nach § 295a Abs. 2 SGB V v. i. V.m. §80 Abs. 5 SGB X ein in Anlage 12 a benanntes Rechenzentrum beauftragt.
- Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter

Stempel der Arztpraxis/ des MVZ

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

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