

zur Durchführung des HzV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.

- Die Krankenkasse erhält Name, Vorname, HÄVG-ID, LANR, BSNR vor Bestätigung der Vertragsteilnahme zur Prüfung meiner Teilnahme am DMP. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag erhält die Krankenkasse sämtliche vorgenannten Daten im Rahmen des HzV-Arztverzeichnisses (§ 4 Abs. 3) mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten im Rahmen der HzV-Abrechnung sowie der Einziehung der Praxisgebühr (§§ 10 bis 14 und **Anlage 3**).
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der Krankenkasse, des Hausärzterverbandes und MEDI veröffentlicht.
- Die Krankenkasse informiert die HzV-Versicherten, die mich als HAUSARZT gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich als Hausarzt bzw. MVZ verbindlich meine Teilnahme am HzV-Vertrag (§ 4 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem HzV-Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als Hausarzt nach dem HzV-Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme für Versicherte der Krankenkasse freiwillig ist; Versicherte der Krankenkasse, die sich gegen eine Teilnahme am HzV-Vertrag entschieden haben, bei Terminvergaben gegenüber teilnehmenden Versicherten der Krankenkasse sowie der Versicherten anderer Krankenkassen nicht benachteiligt werden dürfen;
- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/ E-Mail) bei mir beginnt (§ 4 Abs. 2);
- vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail zugestellt werden können;
- ich meine vertraglichen Pflichten als HAUSARZT insbesondere zur Erbringung besonderer HzV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3), zur Information des Hausärzterverbandes und MEDI über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HzV relevant sind (§ 4 Abs. 3), zur Einziehung der Praxisgebühr (**Anlage 3**), sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
- mir der Hausärzterverband über www.arztportal.hausaerzterverband.de die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus des Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann;
- ich selbst meine Teilnahme an dem HzV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder fristlos aus wichtigem Grunde schriftlich oder per Telefax durch Erklärung gegenüber dem Hausärzterverband und MEDI kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband und MEDI berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- sich gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit **Anlage 3** mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Krankenkasse richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 11a Abs. 1). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppelabrechnungen von HzV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11a Abs. 2 ist mir bekannt;
- die HÄVG für den Hausärzterverband und MEDI die von der Krankenkasse geleistete HzV-Vergütung gemäß § 12 Abs. 3 weiterleitet, in dem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 2 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
- die Vergütungsregelungen nach den §§ 1 bis 3 der **Anlage 3** zunächst bis zum 31. Dezember 2013 vereinbart sind und durch Einigung der Krankenkasse und des Hausärzterverbandes und MEDI nach Maßgabe des in § 10 Abs. 6 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 § 10 Abs. 8;
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkrankes (**Anhang 1 zu Anlage 3**) führen können; **ich stimme ein von dem Hausärzterverband und MEDI und der Krankenkasse vereinbarten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkrankes bereits jetzt zu.**
- Mein Anspruch auf den Zuschlag „Rationale Pharmakotherapie“ auf die Pauschale P2 der Höhe nach veränderlich ist; die Kriterien für die Veränderung bestimmen die Krankenkasse, der Hausärzterverband und MEDI (vgl. **Anhang 3 zu Anlage 3**);
- sich die Behandlungsleitlinien gemäß der **Anlage 2** ändern können; **ich stimme einer Anpassung bereits jetzt zu.**
- die Laufzeit des **HzV-Vertrages** sich nach § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HzV-Vertrag ausscheide;
- **Vertragsänderungen** auf Grund eines Schiedsverfahrens **und** gemäß dem in § 17 beschriebenen Verfahren möglich sind (vgl. Sonderkündigungsrecht des Hausärzterverbandes und von MEDI in § 17).

2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass

- die Vergütungspflicht der Krankenkasse und meine Pflichten nach § 3 Abs. 2 bis 5 erst mit dem in § 10 Abs. 5 bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch am 1. Januar 2011 bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen. Meine Verpflichtung zur Entgegennahme von „Teilnahme- und Einwilligungserklärungen Versicherte“ (§ 6 Abs. 3) besteht ab meiner Vertragsteilnahme (§ 4 Abs. 2).

3. Mir ist bekannt und ich erkläre meine Einwilligung, dass

- der Hausärzterverband und MEDI meine Teilnahme an der HzV organisieren und für mich die Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornehmen. Sie sind daher gemäß § 2 Abs. 4 in dem dort geregelten Umfang im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HzV-Vertrages zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und zur Vornahme und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für sämtliche HzV-Partner im Sinne von § 1 Abs. 6 und gegenüber sämtlichen HzV-Partnern berechtigt und vorgesehen. Sie sind insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzterverband und MEDI sich zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 nach Maßgabe des HzV-Vertrages der HÄVG bedienen und diese, soweit nicht ausdrücklich im HzV-Vertrag etwas anderes bestimmt ist (vgl. § 2 Abs. 5), in Wahrnehmung ihrer Funktion als Erfüllungsgehilfe tätig wird. Die HÄVG ist in Wahrnehmung dieser Funktion zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und zur Vornahme und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzterverband und MEDI und gegenüber dem Hausärzterverband und MEDI berechtigt und vorgesehen; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15, 16, 17, 18 und 21. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- bei einem Ausscheiden der HÄVG die HÄVG nach Maßgabe von § 16 Abs. 7 ersetzt werden kann und entweder MEDIVERBUND, sofern MEDIVERBUND nicht ebenfalls aus dem Vertrag ausgeschieden ist, und ansonsten bis zu dem Vertragsbeitritt eines neuen Erfüllungsgehilfen der Hausärzterverband und MEDI die Aufgaben der HÄVG nach dem HzV-Vertrag wahrnehmen;
- der Hausärzterverband und MEDI sich zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HzV-Vertrages nach § 295a SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in **Anlage 3** benanntes Rechenzentrum beauftragen.

4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 und 2 zum Vertragsbeginn erfülle, insbesondere

- über die erforderliche Praxisausstattung (Langzeitblutdruckmessung auch in Apparategemeinschaft; Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung); onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) verfüge,
- meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HzV-Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

Stempel der Arztpraxis/MVZ

--

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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

BSNR

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