

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den Ersatzkassen 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>Barmer / Techniker Krankenkasse / DAK Gesundheit KKH / HEK / hkk</p> <p>Zu richten an:</p> <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p>01805- 00 24 25 - 437 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
--	---

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau <input type="checkbox"/> Herr <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"/>
Ort <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 Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

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 f)

Qualitätsmanagementsystem liegt bereits vor [besondere Qualitätsanforderung der HZV gemäß §3 Abs. 3 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

Belastungs-EKG durch meine Person durch Kollegen aus BAG / MVZ

hausärztliche Geriatrie
[Kinder und Jugendärzte müssen diese Qualifikation nicht erbringen] durch meine Person

Psychosomatik durch meine Person

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	
<input type="text"/>	
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	

V. Verwaltungskostenpauschale

Die an den Hausärzterverband und MEDI für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 Abs.1 des HZV Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes und MEDI wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % von der HZV Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch die HÄVG mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 14 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

- 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. 2 bis 5 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 Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzterverband und MEDI e. V. kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband und MEDI e. V. berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 17 und 18 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann

2. HZV- Abrechnung und Vergütung

- mir der Hausärzterverband und MEDI postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
- sich gemäß § 10 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 (§ 10 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 (§ 11a des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11a Abs. 2 des HZV-Vertrages ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 11a Abs. 2 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.
- die HÄVG für den Hausärzterverband und MEDI die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages diese an mich weiterzuleitet, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 des HZV-Vertrages auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder und weitere 2 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
- die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 10 Abs. 7 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 § 10 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 Hausärzterverband und MEDI sowie der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;

