

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

MEDIVERBUND AG Liebknechtstraße 29, 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** 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 **Allergologie** durch mich **oder** ☐ unten angegebenen Kollegen aus BAG/ MVZ
(Nachweis: KV-Abrechnung: EBM 30100 oder 30111)

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: 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, Liebknechtstraße 29, 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 Hausärzteverbandes Baden-Württemberg e.V. oder des MEDI Baden-Württemberg e. V. wird eine zusätzliche Verwaltungskosten-pauschale von weiteren 0,5 % erhoben.

☐ Mitglied MEDI Baden-Württemberg e.V. ☐ Mitglied BVKJ e.V. ☐ Mitglied Hausärzteverband Baden-Württemberg e.V.

Datenverarbeitung

Folgende Datenverarbeitungsvorgänge durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung sind mir bekannt:

- Zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages hat MEDIVERBUND nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO das in Anlage 12a benannte Rechenzentrum 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.
- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden vom MEDIVERBUND sowie durch das o. g. Rechenzentrum 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-Arztverzeichnisses (§ 4 Abs. 4).
- Der Krankenkasse vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten werden in pseudonymisierter Form zur Durchführung der Qualitätssicherung (vgl. Anlage 2a) verarbeitet und genutzt.
- 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 Datenschutzerklärung (Anlage 16, Abschnitt V) habe ich zur Kenntnis genommen.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V. 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/E-Mail 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 und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften 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, 5 bzw. Abs. 7 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 Hausärzteverband und MEDI e. V. kündigen kann. MEDIVERBUND ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung berechtigt (Faxnummer siehe oben);
 - 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 fristgerecht abgerechneten Leistungen gegen MEDIVERBUND 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 Schadenersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 19 des HZV-Vertrages ist mir bekannt; auch ist mir 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 Kinder- und Jugendarztes entstanden ist.
 - die Managementgesellschaft das von der Krankenkasse 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) durch Einigung der Krankenkasse, bvkj-Service GmbH und MEDIVERBUND sowie MEDI e.V. 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.
 - 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. 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 den Vertragspartnern nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkrankes bereits jetzt zu; 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, Breitbandanschluss, Praxis-EDV (AIS), Fax, 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 Krankenkasse 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. Das gilt auch für rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse. MEDIVERBUND ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit.
- sich MEDIVERBUND zur Durchführung der vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gem. § 11 Abs. 4 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. MEDIVERBUND ist zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen berechtigt; MEDIVERBUND ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- MEDIVERBUND befugt ist, im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen. Die KV darf entsprechende Auskünfte an MEDIVERBUND oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen.

Hiermit erkläre ich verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeerklärung richtig und vollständig sind (Selbstausskunft). 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.