

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)

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 Paragrafen und Anlagen beziehen sich - soweit
nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.



HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG

Hausärztinnen- und
Hausärzterverband
Baden-Württemberg



MEDI VERBUND
AKTIENGESellschaft
BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.

Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Kölner Straße 18
70376 Stuttgart

Oder einfach per Fax

0711- 21747 699

(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)

E-Mail: haevgpostfach@hausarzt-bw.de

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr

☐ ☐

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

LANR

HÄVG-ID (falls vorhanden)

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR

Gültig ab (TTMMJJJJ)

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ ÜBAG ☐ Praxisgemeinschaft

Praxisname (falls vorhanden)

Straße & Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Telefax

E-Mail

Mobil

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)

IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)	
Kontoführendes Institut 	
BIC 	Kontoinhaber
IBAN 	
V. Verwaltungskostenpauschale	
Die an den Hausärzteverband und MEDI e.V. 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 e.V. wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzteverband und MEDI e.V. 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	
- 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 Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax gegenüber dem Hausärzteverband und MEDI e.V. kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzteverband und MEDI e.V. 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	
- mir der Hausärzteverband und MEDI e.V. postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmezustand 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 e.V. die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 14 Abs. 1 des HZV-Vertrages entgegennimmt und die HÄVG 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 HZV-Ziffernkrankes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzteverband, MEDI e.V. und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Zifferkrankes bereits jetzt zu;	
3. Teilnahmemanagement	
- der Hausärzteverband und MEDI e.V. 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 e.V. sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen einschließlich der Abrechnung gemäß §§ 11 bis 15 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen dürfen. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband und MEDI e.V. 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 e.V. 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 e.V. oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen. - ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten,	

Folgende Datenverarbeitungsvorgänge durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung sind mir bekannt:

- ☐ 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 Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. (IHF), GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH weitere Informationen ggf. auch Werbung per E-Mail erhalten. Ich kann den Informationen der vorgenannten Gesellschaften jederzeit widersprechen bzw. über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.

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