

<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b>  zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den in der Übersicht aufgeführten Ersatzkrankenkassen in Bremen vom 19.08.2010 (nachfolgend: EK-HzV-Vertrag Bremen)</p> <p>Soweit nicht anders bezeichnet, beziehen sich die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen auf den EK-HzV-Vertrag Bremen.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>BARMER GEK</b>  <b>DAK-Gesundheit</b>  <b>KKH-Kaufmännische Krankenkasse</b>  <b>HEK-Hanseatische Krankenkasse</b>  gemäß Übersicht (Seite 3)</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> </div> </div> <p><b>Per Fax</b>  an die <b>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</b> (nachfolgend: HÄVG) als Erfüllungsgelhilfe für den Hausärzteverband Bremen e.V.(nachfolgend: HÄV)  <b>01805 - 00 24 25 518</b>  (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p> <p><small><u>Bitte beachten Sie:</u> Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft 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.</small></p>
--	---

**Stammdaten Arzt**

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> BAG		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel		Nachname		Vorname
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)			Telefon	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
PLZ	Ort	Telefax		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**Bankverbindung (HzV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)**

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

**Notwendige Angaben des Hausarztes**

Die Teilnahmeerklärung gilt für den EK-HzV-Vertrag Bremen mit der jeweils in der nachfolgenden Übersicht angekreuzten Krankenkasse. Bei Auswahl sämtlicher Krankenkassen im ersten Kästchen nehme ich am jeweiligen EK-HzV-Vertrag Bremen mit jeder der in der Übersicht aufgeführten Krankenkassen teil.

Vertragsarzt- und Praxisarzt im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.

Ich versichere hiermit, dass alle hausärztlichen Mitglieder meiner BAG an dem EK-HzV-Vertrag Bremen teilnehmen.

Vertragssoftware bereits vorhanden.  Vertragssoftware noch nicht vorhanden (Teilnahmevoraussetzung ab 1. Abrechnungsquartal, §3 Abs.2f, zum Abrechnungsquartal vgl. §10 Abs.4).

Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung „**Psychosomatik**“ durch mich (Teilnahmevoraussetzung ab 31.12.2011 bzw. 6 Monate ab Beginn der Teilnahme am HzV-Vertrag, §3 Abs.2c).

Erbringung der Leistung „**Kleine Chirurgie**“ (Teilnahmevoraussetzung ab 31.12.2011 bzw. 6 Monate ab Beginn der Teilnahme am HzV-Vertrag, §3 Abs.2c).

Teilnahme am DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) (Teilnahmevoraussetzung spätestens ab 31.12.2012, §3 Abs. 2d); für Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma.

Gewährleistung des Zugangs, jedenfalls der Behandlung behinderter Patienten.

Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „**Sonografie**“ liegen in meiner Person vor (**Anlage 3**).

liegt bei einem hausärztlich tätigen Arzt innerhalb meiner BAG/des MVZ vor.

**VERAH-Zertifikat** zur Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH liegt vor (VERAH, **Anhang 3 zu Anlage 3**).

**\* Bei Vertragsbeitritt nach diesem Datum habe ich 6 Monate ab meinem Vertragsbeitritt Zeit, die Qualifikation nachzuweisen.**

**Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung**

1. Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. Mir ist bekannt, dass der –HÄV das Rechenzentrum 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 SGBV erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.

- Ich verpflichte mich zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.
- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten (Name, Adresse, etc.) werden von dem HÄV sowie zur Durchführung des EK-HzV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.
- Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem EK-HzV-Vertrag erhalten die in der Übersicht aufgeführten Krankenkassen Name, Vorname, HÄVG-ID, LANR, BSNR im Rahmen des HzV-Arztverzeichnisses (§ 4 Abs. 4) mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten im Rahmen der HzV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 und **Anlage 3**).
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der jeweiligen Krankenkassen und des HÄV veröffentlicht.

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit den Ersatzkassen in Bremen gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V  
**Anlage 5 unpersonalisiert**

<p>2. Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten und die von mir an das Rechenzentrum gemäß <b>Anlage 3</b> für die HzV-Abrechnung übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden vom HÄV und das von ihm beauftragte Rechenzentrum auch zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der HzV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 und <b>Anlage 3</b>) verarbeitet und genutzt.</p>
<b>HÄVG als Erfüllungsgehilfe gem. § 2 Abs. 5</b>
Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, Kundenservice: 02203 - 57 56 1111 / von 9.00 bis 17.00 Uhr
<b>Verwaltungskostenpauschale (§ 14)</b>
Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 des EK-HzV-Vertrages Bremen mit der jeweiligen Krankenkasse beträgt für Mitglieder des HÄV je Quartal 3 % des HzV Vergütungsanspruches (§ 14 Abs. 2 des EK-HzV-Vertrages). Für Nicht-Mitglieder des HÄV beträgt die Verwaltungskostenpauschale je Quartal weitere 0,5 % des HzV Vergütungsanspruches (§ 14 Abs. 2 des EK-HzV-Vertrages). Der HÄV ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale mit dem HzV-Vergütungsanspruch des Hausarztes gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Bitte beachten Sie, dass bei einer BAG, in der ein hausärztlicher Kollege nicht Mitglied des HÄV ist, für die gesamte BAG der erhöhte Verwaltungskostensatz anfällt.
<b>Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ</b>
<b>Hiermit beantrage ich gemäß § 4 Abs. 1 als Hausarzt bzw. im MVZ tätiger Hausarzt verbindlich meine Teilnahme am EK-HzV-Vertrag Bremen mit in der Übersicht aufgeführten Krankenkassen, wie angekreuzt. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten des EK-HzV-Vertrages Bremen, an dem ich durch meine Auswahl teilnehme, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</b>
<p><b>1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als HAUSARZT nach dem EK-HzV-Vertrag Bremen informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• meine Vertragsteilnahme erst mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt (§ 4 Abs. 3);</li><li>• ich meine vertraglichen Pflichten als HAUSARZT insbesondere zur Erbringung besonderer HzV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5), zur Entgegennahme und Weiterleitung von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen Versicherte (§ 6 Abs. 3), zur Information der HÄV über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HzV relevant sind (§ 4 Abs. 4) sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;</li><li>• ich vertraglich verpflichtet bin, die für die hausärztliche Versorgung geltenden berufsrechtlichen und vertragsärztlichen Verpflichtungen, insbesondere die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die in den Bundesmantelverträgen vereinbarten Verpflichtungen einzuhalten, soweit im HzV-Vertrag nichts Abweichendes vereinbart ist (§ 3 Abs.5 lit. K);</li><li>• meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 durch Kündigung beendet werden kann;</li><li>• ich selbst meine Teilnahme an dem EK-HzV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde fristlos schriftlich oder per Telefax durch Erklärung gegenüber dem HÄV kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den HÄV berechtigt (Faxnummer s. oben);</li><li>• sich gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit <b>Anlage 3</b> mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die jeweilige Krankenkasse richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 12 Abs. 1). Die Möglichkeit von Schadenersatzansprüchen bei Doppelabrechnungen von HzV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen gemäß § 12 Abs. 2 ist mir bekannt;</li><li>• die HÄVG für den HÄV die von der Krankenkasse geleistete HzV-Vergütung gemäß § 12 Abs. 2 entgegennimmt und an mich 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 0,5 % für Nicht-Mitglieder, siehe Regelung zu BAG) habe ich zur Kenntnis genommen;</li><li>• mein Anspruch auf Auszahlung der jeweiligen HzV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt;</li><li>• die Regelung der HzV-Vergütung nach der <b>Anlage 3</b> zunächst bis zum 31. Dezember 2014 gilt und durch Einigung der jeweiligen Krankenkasse und des HÄV nach Maßgabe des § 10 Abs. 5 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 des EK-HzV-Vertrages Bremen nach § 10 Abs. 7.</li><li>• Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (<b>Anhang 1 zu Anlage 3</b>) führen können; <b>ich stimme einer von dem HÄV und der Krankenkasse bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;</b></li><li>• mein Anspruch auf den Zuschlag „Rationale Pharmakotherapie“ der Höhe nach veränderlich ist (vgl. <b>Anhang 4 zu Anlage 3</b>);</li><li>• sich die Behandlungsleitlinien und Behandlungspfade gemäß der <b>Anlage 2</b> ändern können; <b>ich stimme einer Anpassung bereits jetzt zu;</b></li><li>• die Laufzeit des EK-HzV-Vertrages Bremen sich nach § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus diesem EK-HzV-Vertrag Bremen ausscheide;</li><li>• <b>Vertragsänderungen</b> gemäß dem in § 17 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.</li></ul>
<p><b>2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>die Vergütungspflicht der jeweiligen Krankenkasse und meine Pflichten nach § 3 Abs. 3 bis 5 frühestens mit dem in § 10 Abs. 4 genannten Zeitpunkt beginnen. Meine Verpflichtung zur Entgegennahme von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen Versicherte von Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (§ 6 Abs. 3), besteht ab meiner Vertragsteilnahme (§ 4 Abs. 3).</b></li></ul>
<p><b>3. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• der HÄV meine Teilnahme an der HzV organisiert und für mich die Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der jeweiligen Krankenkasse vornimmt. Er ist daher gemäß § 2 Abs. 3 im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung des EK-HzV-Vertrages Bremen zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und zur Vornahme und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für sämtliche HzV-Partner und gegenüber sämtlichen HzV-Partnern des jeweiligen EK-HzV-Vertrages Bremen berechtigt und vorgesehen. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;</li><li>• der HÄV sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen nach Maßgabe des EK-HzV-Vertrages Bremen der HÄVG bedient und diese, soweit nicht ausdrücklich im HzV-Vertrag etwas anderes bestimmt ist (vgl. § 14 Abs. 2), 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 HÄV 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;</li><li>• bei einem Ausscheiden der HÄVG diese nach Maßgabe von § 16 Abs. 6 ersetzt werden kann und der HÄV bis zu dem Vertragsbeitritt eines neuen Erfüllungsgehilfen die Aufgaben der HÄVG nach dem HzV-Vertrag wahrnimmt.</li></ul>
<p><b>4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 und 2 zum Zeitpunkt meines Vertragsbeitritts erfülle, insbesondere</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• über die erforderliche Praxisausstattung (Blutdruckmessgerät, Blutzuckermessgerät, Langzeitblutdruckmessung, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, zertifiziertes Arztinformationssystem, Computerfax/Faxgerät) verfüge, und über eine onlinefähige IT und Internetanbindung in der Praxis verfüge, sobald hierzu eine einschlägige bundesweite Regelung getroffen ist. Der Zeitpunkt wird mir mitgeteilt;</li><li>• meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.</li></ul>
<p>Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des EK-HzV-Vertrages Bremen.</p>

Übersicht der teilnehmenden Krankenkassen	
<input type="checkbox"/>	Ja, ich nehme an dem EK-HzV-Vertrag Bremen mit <u>allen</u> der in der nachfolgenden Übersicht aufgeführten Krankenkassen teil. Ein Ankreuzen sämtlicher in der nachfolgenden Übersicht aufgeführten Krankenkassen ist zusätzlich nicht erforderlich.
<input type="checkbox"/>	Ich möchte nur an dem EK-HzV-Vertrag Bremen mit den in der nachfolgenden Übersicht angekreuzten Krankenkassen teilnehmen.
<input type="checkbox"/>	BARMER GEK
<input type="checkbox"/>	DAK-Gesundheit
<input type="checkbox"/>	KKH-Kaufmännische Krankenkasse
<input type="checkbox"/>	HEK-Hanseatische Krankenkasse

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ

--

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

--

Nachname

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

Vorname

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

LANR

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

BSNR

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