

Teilnahmeerklärung HAUSARZT

zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Techniker Krankenkasse vom 01.11.2014 (HzV-Vertrag)



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 hausärztlich tätiger Arzt im MVZ die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnen lassen.

Bei Teilnahme eines angestellten Arztes müssen die Stammdaten des anstellenden Arztes oder der anstellenden Institution ebenfalls angegeben werden.

Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich, soweit nicht anders bezeichnet, auf den HzV-Vertrag.

Per Fax an die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) als Dienstleistungsgesellschaft für den Hausärzterverband e.V. (nachfolgend: Hausärzterverband)

0180 - 500 24 25 445

(Max. EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Stammdaten Arzt (Pflichtangaben)

Einzelpraxis	MVZ	LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)
BAG	Angestellt			
Titel		Nachname		Vorname
Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)				Telefon
Email				
PLZ	Ort		Telefax	

Stammdaten des anstellenden Arztes oder der anstellenden Institution

Einzelpraxis	MVZ	LANR	BSNR	Gültig ab (TT.MM.JJJJ)
BAG				

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

Kontoinhaber
IBAN
BIC

Notwendige Angaben des Hausarztes – Teilnahmevoraussetzungen (gem. § 3 des HzV-Vertrages)

Vertragssoftware bereits vorhanden	Vertragssoftware noch nicht vorhanden (Teilnahmevoraussetzung, vgl. § 3 Abs. 2 c)	
Fortbildung „Geriatrisches Assessment“ durch mich. (Teilnahmevoraussetzung * soweit angeboten § 3 Abs. 2 e); gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte		
Teilnahme an allen DMP (Asthma, COPD, Diabetes Mellitus Typ II sowie KHK) (Teilnahmevoraussetzung vgl. § 3 Abs. 2 f); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma		
Abdominelle Sonografie	durch meine Person	durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)
Schilddrüsen Sonografie	durch meine Person	durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)
Belastungs-EKG	durch meine Person	durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)
Langzeitblutdruckmessung	durch meine Person	durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)
* Ich habe nach Vertragsbeitritt 12 Monate Zeit, die Qualifikation/Fortbildung nachzuweisen.		

Ergänzende Angaben des Hausarztes - Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistung/en (Anlage 3)

Hautkrebscreening 01745/01746	durch meine Person	durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau 01730	durch meine Person	durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Psychosomatik 35100/35110	durch meine Person	
Langzeit-EKG	durch meine Person	durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)
ein VERAH-Zertifikat zur Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis liegt vor (VERAH, Anhang 4 zu Anlage 3) (Vorlage des Zertifikates auf Anfrage möglich)		

HÄVG (§ 2 Abs. 4)

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Kundenservice: 02203 - 57 56 1111

Verwaltungskostenpauschale (§ 14)

Die Verwaltungskostenpauschale mit der TK beträgt für Mitglieder des Hausärzterverbandes je Quartal 3 % des HzV-Vergütungsanspruches gegenüber der TK. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes beträgt die Verwaltungskostenpauschale je Quartal weitere 0,5 % des HzV-Vergütungsanspruches gegenüber der TK. Die HÄVG ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale mit dem HzV-Vergütungsanspruch des Hausarztes gegenüber der TK zu verrechnen.

Einwilligung in Datenverarbeitung

- Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden; 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 der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Abrechnungsdienstleister des Hausärzterverbandes sowie zur Durchführung des HzV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.
 - Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag erhält die TK Name, Vorname, HÄVG-ID, LANR, BSNR im Rahmen des HzV-Arztverzeichnisses (§ 4 Abs. 3 des HzV-Vertrages) mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten im Rahmen der HzV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 des HzV-Vertrages und Anlage 3).
 - Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie ggf. weitere von mir für diesen Zweck bereitgestellte Daten (E-Mail-Adresse) werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der TK und des Hausärzterverbandes veröffentlicht.
 - Die TK informiert die HzV-Versicherten, die mich als HAUSARZT gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag.

2. Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten und die von mir an das Rechenzentrum gemäß **Anlage 3** für die HzV-Abrechnung übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der HÄVG und dem von ihr beauftragten Rechenzentrum gemäß **Anlage 3** auch zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der HzV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 des HzV-Vertrages und **Anlage 3**) verarbeitet und genutzt. Die Beauftragung und Einwilligung zu dieser Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt im Rahmen einer gesonderten Datenschutzvereinbarung nach Maßgabe der gesetzlichen Datenschutzvorschriften.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes

Hiermit beantrage ich gemäß § 4 Abs. 1 des HzV-Vertrages als Hausarzt bzw. MVZ verbindlich meine Teilnahme am HzV-Vertrag. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten des HzV-Vertrages, 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

- meine Vertragsteilnahme erst mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/Email) beginnt (§ 4 Abs. 2 des HzV-Vertrages);
- 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 des HzV-Vertrages), zur Entgegennahme und Weiterleitung von Teilnahmeerkklärungen der Versicherten (§ 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 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.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der **Anlage 3** sowie die Informationen zum Teilnahmestatus des Versicherten gem. **Anlage 4** zur Verfügung stellt.
- der Hausärzterverband sich vorbehält, den Abrechnungsnachweis und den Informationsbrief Patiententeilnahmestatus nur noch in elektronischer Form an den HAUSARZT zu übermitteln. Dies wird den teilnehmenden HAUSÄRZTEN rechtzeitig mitgeteilt. Sollten HAUSÄRZTE dennoch weiterhin die Dokumente auf postalischem Wege erhalten wollen, kann der Hausärzterverband dafür eine Bearbeitungsgebühr verlangen.
- ich vertraglich verpflichtet bin, die für die hausärztliche Versorgung geltenden berufsrechtlichen und vertragsärztlichen Verpflichtungen, insbesondere die Richtlinien des GBA sowie die in den Bundesmantelverträgen enthaltenen Verpflichtungen, auch im Rahmen der HzV einzuhalten (§ 3 Abs. 5 lit. I) des HzV-Vertrages;
- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 des HzV-Vertrages durch Kündigung 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 durch Erklärung gegenüber dem Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer s. oben);
- 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 abgerechneten Leistungen gegen die TK richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 11 Abs. 5 des HzV-Vertrages). Überzahlte Beträge werden mit nachfolgenden Honorarforderungen fortlaufend verrechnet. Im Rahmen dieses bestehenden Dauerschuldverhältnisses ist der Eintritt der Verjährung gehemmt (§ 205 BGB); gemäß § 11 Abs. 3 und 4 des Vertrages Doppel- und Fehlabrechnungen sowie durch mich veranlasste (z. B. Laborleistungen) gegenüber der KV abgerechnete Leistungen, die bereits Bestandteil des HzV-Ziffernkranzes sind, zu Schadensersatzansprüchen der TK führen können.
- Ansprüche, die mir gegenüber im Korrekturanforderungsverfahren geltend gemacht wurden, frühestens 12 Monate nach Ende meiner Vertragsteilnahme verjähren;
- die HÄVG für den Hausärzterverband die von der TK geleistete HzV-Vergütung gemäß § 3 Abs. 1 der **Anlage 3** entgegennimmt und an mich weiterleitet, in dem 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, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
- mein Anspruch auf Auszahlung der jeweiligen HzV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt;
- die Vergütungsregelungen nach der **Anlage 3** gemäß § 10 Abs. 6 des HzV-Vertrages zunächst bis zum 30.06.2020 vereinbart sind und durch Einigung zwischen der TK und dem Hausärzterverband nach Maßgabe des in § 10 a 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 des HzV-Vertrages nach § 10 a Abs. 4 des HzV-Vertrages;
- mein Anspruch auf den Zuschlag „Rationale Pharmakotherapie“ der Höhe nach veränderlich ist; die Kriterien für die Veränderung bestimmen die TK und der Hausärzterverband nach billigem Ermessen (vgl. Anhang 3 zu Anlage 3);
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (**Anhang 1 zu Anlage 3**) führen können; **ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der TK bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;**
- sich die Behandlungsleitlinien gemäß der **Anlage 2** ändern können; **ich stimme einer Folgeanpassung bereits jetzt zu;**
- die Laufzeit des HzV-Vertrages sich nach § 15 des HzV-Vertrages richtet;
- **Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsspruches gemäß § 15 Abs. 4** sowie gemäß dem in § 17 des HzV-Vertrages beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht auslösen kann.

2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass

- der Hausärzterverband meine Teilnahme an der HzV organisiert und für mich die Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der TK vornimmt. Er ist daher gemäß § 2 Abs. 4 des HzV-Vertrages im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung des HzV-Vertrages 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 HzV-Vertrages berechtigt und vorgesehen. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzterverband sich gemäß § 2 Abs. 4 des HzV-Vertrages zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen nach Maßgabe des HzV-Vertrages der HÄVG bedient und diese, soweit nicht ausdrücklich im HzV-Vertrag etwas anderes bestimmt ist (vgl. § 14 Abs. 2 des HzV-Vertrages), 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 berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15, 17, 18 des HzV-Vertrages. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- ich verpflichtet bin, Anfragen und Erklärungen im Zusammenhang mit der Durchführung dieses HzV-Vertrages, auch soweit Sie die außergerichtliche Geltendmachung von Rechtsansprüchen gegen die TK betreffen, ausschließlich an den Hausärzterverband soweit in diesem HzV-Vertrag und seinen Anlagen geregelt an die HÄVG zu richten;
- bei einem Ausscheiden der HÄVG die Dienstleistungsgesellschaft nach Maßgabe von § 15 Abs. 6 des HzV-Vertrages ersetzt werden kann und der Hausärzterverband bis zu dem Vertragsbeitritt einer neuen Dienstleistungsgesellschaft die Aufgaben der Dienstleistungsgesellschaft nach dem HzV-Vertrag wahrnimmt.
- der zuständige Landesverband sich an die entsprechende Kassenärztliche Vereinigung wenden kann, um die von mir in dieser Erklärung mitgeteilten Angaben zu Teilnahmevoraussetzungen zu überprüfen. Ich willige darin ein, dass die KV Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen betreffen, an den entsprechenden Landesverband oder deren beauftragten Erfüllungsgehilfen erteilt.
- die von mir fälschlicherweise über die entsprechende Kassenärztliche Vereinigung abgerechneten HzV-Leistungen gemäß **Anlage 3** i.V.m. **Anhang 1 zu Anlage 3** für HzV-Versicherte im Rahmen der KV-Abrechnung abgelehnt bzw. gestrichen werden können.

3. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 und 2 des HzV-Vertrages zum Zeitpunkt meines Vertragsbeitritts erfülle, insbesondere

- über die erforderliche Praxisausstattung (Blutdruckmessgerät, Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, zertifiziertes Arztinformationssystem, Computerfax/Faxgerät, Online-Anbindung - sobald hierzu eine Regelung getroffen ist) verfüge,
- meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HzV-Vertrages. Ich versichere, dass alle darin enthaltenen Angaben sachlich richtig und vollständig sind.

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ/Anstellender Arzt

(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich; bei Anstellung Unterschrift des angestellten und anstellenden Arztes erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ

Angaben gemäß „Stammdaten Arzt“

Nachname

Vorname

LANR

BSNR

Meldeformular Vertragssoftware



Stammdaten Arzt

HÄVG-ID	LANR	BSNR
Nachname		Vorname

Bitte kreuzen Sie die in Ihrer Praxis verwendete Vertragssoftware an:

Vertragssoftware-Hersteller	Vertragssoftware-Produkt
Abasoft GmbH	EVA
ABOMED GmbH	ABOMED
Apris Praxiscomputer GmbH	Apris
Äskulap	Äskulap
CoKom One GmbH	Praxis4More
CompuGroup Medical Deutschland AG	ALBIS
CompuGroup Medical Deutschland AG	COMPUMED M1
CompuGroup Medical Deutschland AG	DATA VITAL
CompuGroup Medical Deutschland AG	MEDISTAR
CompuGroup Medical Deutschland AG	TURBOMED
CROSSSOFT. GmbH	PRO X HZV
Data-AL GmbH	Data-AL
Dr. Steinbrecher - Softwareentwicklung	RST-MED Win
Dr. Eissing und Partner	MEDICUSplus
Duria eG	DURIA Classic
Examion GmbH	medibit
Frey ADV GmbH	QUINCY WIN
INDAMED GmbH	MEDICAL OFFICE
InterData Praxiscomputer GmbH	InterARZT
medatixx GmbH & Co. KG	x.comfort (medatixx)
medatixx GmbH & Co. KG	x.concept (medatixx)
medatixx GmbH & Co. KG	x.isynet
MediSoftware	PRAXISPROGRAMM
MEDIVERBUND AG	DOC.STAR
MEDYS GmbH	MEDYS
Neutz GmbH Systemhaus	Pro_Medico
PEGA Elektronik GmbH	PegaMed
Pharmatechnik GmbH & Co. KG	medi10
PRO MEDISOFT AG	PROFIMED
promedico	easymed
RS Datentechnik GmbH	PRISMA-HZV
S3 Praxiscomputer	S3- Win
Schmidt Computersysteme	ARZT2000
Schwerdtner Medizin-Software GmbH	Q-MED
Softland GmbH	E.L.
T2med GmbH & Co KG	T2med
zollsoft GmbH	Tomedo
Sonstige: Vertragssoftware-Hersteller	Vertragssoftware-Produkt

Unterschrift Vertragsarzt/ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)