

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Knappschaft 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>	<div style="text-align: right;">    </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">   </div> <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 25 516 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>																				
I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)																					
<p>Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Titel <input type="text"/> Vorname* <input type="text"/> Nachname* <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/> LANR* <input type="text"/> HÄVG-ID (falls vorhanden) <input type="text"/></p> <p>EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input type="text"/></p>																					
II. Praxisanschrift / Betriebsstätte																					
<p>BSNR <input type="text"/> Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ</p> <p>Straße & Hausnummer <input type="text"/> Telefon <input type="text"/></p> <p>PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Telefax <input type="text"/></p> <p>E-Mail <input type="text"/></p> <p>Mobil <input type="text"/></p>																					
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HzV-Vertrages)																					
<p><input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg</p> <p><input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme an DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 e)</p> <p>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sonografie Abdomen</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td>Sonografie Schilddrüse</td> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen</td> <td><input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft</td> </tr> <tr> <td>Psychosomatik</td> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment</td> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ</td> </tr> <tr> <td>Kleine Chirurgie</td> <td><input type="checkbox"/> durch meine Person</td> <td><input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen</td> <td></td> </tr> </table> <p>Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) <input type="checkbox"/> (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)</p> <p><i>* mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt Welche dieser Angaben Teilnahmevoraussetzungen darstellen, entnehmen Sie bitte § 3 des HzV-Vertrages. Alle weiteren Angaben sind ggf. für die Abrechnung und Vergütung einzelner Leistungen / Zuschläge relevant..</i></p>		Sonografie Abdomen	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	Sonografie Schilddrüse	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft	Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person			Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment	<input type="checkbox"/> durch meine Person		<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	Kleine Chirurgie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen	
Sonografie Abdomen	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																		
Sonografie Schilddrüse	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft																		
Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person																				
Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment	<input type="checkbox"/> durch meine Person		<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ																		
Kleine Chirurgie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch einen Praxiskollegen																			

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V
zwischen dem Hausärzteverband Baden-Württemberg e. V., MEDI e. V. und der Knappschaft

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 Hausärzteverband und MEDI e. V. für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 14 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes oder von 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 (§ 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 Versicherungseinschreibung (§ 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 § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 16 und 17 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 § 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 dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals, in dem die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht wurde, beginnt.
- ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 12 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 12 Abs. 1 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 (§ 12 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 § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 12 Abs. 4 des HZV-Vertrages beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem 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 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. 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 § 10 Abs. 6c) 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 Hausärzteverband, MEDI e. V. und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;

3. Teilnehmernmanagement

- der Hausärzteverband und MEDI e. V. meine Teilnahme an der HZV organisiert 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 mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes und MEDI e. V. zur Abgabe und dem 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 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,

Hiermit erkläre ich ausdrücklich und verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeerklärung richtig und vollständig sind (Selbstauskunft).
Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.

