Teilnahmeerklärung Hausarzt
zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der AOK Bayern
(HzV-Vertrag AOK Bayern)

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) oder im Angestelltenverhältnis in einer Praxis muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ bzw. vom Arbeitgeber unterzeichnet werden.)
Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich – soweit nicht anders benannt - auf den HzV-Vertrag nebst seinen Anlagen.

Per Fax an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (nachfolgend: HÄVG) für den Bayerischen Hausärzteverband (nachfolgend: BHÄV)

01805 - 00 24 25 552

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

Persönliche Daten (*Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr

Titel | Vorname* | Nachname*

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) | LANR* | HÄVG-ID (falls vorhanden)

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)

☐ Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben zu den Stammdaten, zur Praxisanschrift und Betriebsstätte sollen auch für die Teilnahme an diesem HZV-Vertrag verwendet werden. (Wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben zu Ihren Stammdaten vorliegen!)

Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR | Gültig ab (TT.MM.JJJJ)

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Angestellter Arzt

Straße & Hausnummer (**Betriebsstätte/Praxisanschrift**) | Telefon

PLZ | Ort | Telefax

E-Mail | Mobil

Notwendige Angaben des Hausarztes – Teilnahmevoraussetzungen (gem. § 5 des HzV-Vertrages)

☐ Apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, ggf. hinreichende apparative Ausstattung zur Behandlung und Vorsorge von Kindern unter 15 Jahren, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät).
☐ Vertragssoftware vorhanden (vgl. § 5 Abs. 1f)
☐ Gewährleistung eines behindertengerechten Zugangs zur Praxis bzw. einer Versorgung von Behinderten durch die Praxis (vgl. § 5 Abs. 1e)
☐ Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung **Psychosomatik** durch mich (vgl. § 5 Abs. 1c)
☐ Fortbildung **geriatrisches Assessment** durch mich; nicht erforderlich bei teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten (vgl. § 5 Abs. 1c)
☐ Bestätigung/Genehmigung der KVB über die bestehenden Registrierungen an allen hausärztlich relevanten **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma, (vgl. § 5 Abs. 1d i.V.m. Anlage 2).)

Mir ist bekannt, dass alle Teilnahmevoraussetzungen nach § 5 Abs. 1 grundsätzlich bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung erfüllt sein müssen. Für die Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung Psychosomatik und die Fortbildung geriatrisches Assessment gelten Übergangsfristen von 12 Monaten ab Erhalt der Teilnahmebestätigung. Während der Teilnahme sind alle Teilnahmevoraussetzungen nach § 5 insbesondere eine aktive Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma) zu erfüllen (vgl. § 5 Abs. 1d i.V.m. Anlage 2).

Ergänzende Angaben des Hausarztes – Qualifikation bzw. entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistung/en (Anlage 3):

Akupunktur (30790, 30791)	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Behandlung diabetischer Fuß (02311)	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (0005D)	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Chirotherapie (30201)	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Langzeit-EKG (03322)	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Abdominelle Sonografie (33042)	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Sonografie Schilddrüse (33012)	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg./ extremitätenversorg. Gefäße (EBM 33060/ 33061)	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Hautkrebsscreening (01745 / 01746)	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
VERAH-Zertifikat zur Betreuung chronisch kranker Patienten liegt vor (VERAH gem. **Anhang 3** zu **Anlage 3** gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)		☐

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin alle HzV-Leistungen in der Regel persönlich zu erbringen, sofern ich über die Qualifikation und Praxisausstattung verfüge.

Bankverbindung (HzV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen - Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)

Kreditinstitut

BIC

Kontoinhaber

IBAN

☐ Ich nehme bereits an einem anderen HzV-Vertrag teil, für die Überweisung meiner Vergütung soll die gleiche Kontoverbindung verwendet werden. Wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben zu Ihren Stammdaten vorliegen.

Erfüllungsgehilfe gemäß (§ 1 Abs. 5, § 2 Abs. 3) des BHÄV ist die HÄVG

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

Verwaltungskostenpauschale (§ 16)

Die an den Hausärzteverband für die Durchführung der Abrechnung der HzV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 16 Abs.1 des HzV-Vertrages beträgt 3% von der HzV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des BHÄV wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HzV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzteverband mit dem HzV-Vergütungsanspruch des Hausarztes verrechnet und einbehalten (§ 16 Abs. 2).

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

HzV-Teilnahme

- meine Vertragsteilnahme mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 4);
- 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 (§ 5 Abs. 3), zur Versicherteneinschreibung (§ 3 Abs. 3 und 4), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HzV relevant sind (§ 5 Abs. 4), 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;
- der sog. "HzV-Online-Key" ab Vertragsteilnahme unter anderem zur Vermeidung von Kosten aus sog. nichtvertragsgemäßer Inanspruchnahme verbindlich zu verwenden ist (§ 9 Abs. 5a) und ich gemäß § 1 Abs. 9 der Anlage 10 des HzV-Vertrages für die Ausstattung mit einer onlinefähigen Informationstechnik unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorgaben (insbesondere des Art. 32 Abs. 1 DSGVO) verantwortlich bin.
- ich im Vertretungsfall (Urlaubs- und Krankheitsfall) verpflichtet bin, einen oder mehrere HzV-Vertretungsärzte gegenüber dem BHÄV, der AOK Bayern und den bei mir eingeschriebenen Versicherten zu benennen.
- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 3 bis Abs. 5 beendet werden kann;
- ich selbst meine Teilnahme an dem HzV-Vertrag gemäß § 6 Abs. 1 mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende oder aus wichtigem Grunde mit einer Frist von zwei Wochen schriftlich oder per Telefax gegenüber dem BHÄV kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den BHÄV berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- die Laufzeit des HzV-Vertrages sich nach § 21 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HzV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund der in den § 18 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.

HzV-Abrechnung und Vergütung

- mir der Hausärzteverband postalisch oder über www.arztportal.net die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
- sich gemäß § 12 Abs. 1 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 AOK Bayern richtet und dieser Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt (§ 12 Abs. 2). Die in **§ 15** enthaltene Vergütungsbegrenzungsklausel (Vergütungsobergrenze) habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit dem Ende des Quartals beginnt, in dem ich die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht habe;
- ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 13). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der AOK Bayern bei Doppel- und Fehlabrechnungen von HzV-Leistungen gegenüber der KVB gemäß § 13 Abs. 2 in Verbindung mit § 249 ff80 Abs. 1 BGB (Schadensersatz) ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die AOK Bayern berechtigt ist, Überzahlungen, Erstattungsansprüche und einen durch Doppel- und Fehlabrechnung entstandenen und festgestellten Schaden mit meiner HzV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 13 Abs. 4); 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 BHÄV die von der AOK Bayern geleistete HZV-Vergütung gemäß § 14 Abs. 1 entgegennimmt und das Rechenzentrum gemäß § 14 Abs. 3 beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 16 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale (3 % für Mitglieder, weitere 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
- die **Anlage 3** (Vergütung und Abrechnung) durch Einigung der Vertragspartner nach Maßgabe des in § 12 Abs. 5 und 6 beschriebenen Verfahrens geändert werden können. Wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Widerspruchsrecht nach § 18 Abs. 2;
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des HzV-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem BHÄV und der AOK Bayern nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des HzV-Zifferkranzes bereits jetzt zu;
- die von mir fälschlicher Weise über die KVB abgerechneten HzV-Leistungen können gemäß Anlage 3 i.V.m. Anhang 1 zu Anlage 3 für HzV-Versicherte im Rahmen der KVB-Abrechnung abgelehnt bzw. gestrichen werden

Teilnahmemanagement

- der BHÄV meine Teilnahme an der HzV organisiert und für mich die Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der AOK Bayern 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 rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der AOK Bayern im Sinne von § 2 Abs. 3. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der BHÄV sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des BHÄV zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den BHÄV berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 6 Abs. 3 bis 5, 17 - 21. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der BHÄV befugt ist im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der KVB zu prüfen. Die KVB darf entsprechende Auskünfte an den BHÄV 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.

Datenverarbeitung

Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem BHÄV sowie durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HzV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HzV-Vertrag erhält die AOK Bayern Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag erhält die AOK Bayern weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HzV-Arztverzeichnis (§7 Abs. 1d) sowie die von mir als Hausarzt dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HzV-Abrechnung (§§ 12 bis 16 und **Anlage 3**).
  Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 12 bis 16 des HzV-Vertrages hat der BHÄV nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X die HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler Straße 2, 51149 Köln 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 einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.
- Mein Name, Praxisanschrift und Telefon-/Faxnummer werden zum Zwecke der Hausarzt-Suche in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht.
- Die AOK Bayern informiert meine HzV-Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem HzV-Vertrag.
- Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO im HzV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum HzV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

☐ **Ja, ich bin Mitglied im Hausärzteverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale**

☐ **Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzteverband und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz**

☐ Ich möchte vom Bayerischen Hausärzteverband e.V. und seiner Wirtschaftsgesellschaft, der HSW GmbH, sowie vom Deutschen Hausärzteverband e.V. und seiner Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH und dem IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V. weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.

Unterschrift Vertragsarzt / MVZ / Anstellender Arzt
(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;
bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

Datum (TTMMJJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ

Angabe gemäß „Persönlicher Daten“

Nachname

Vorname

LANR