

<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der GWQ in Ba-Wü (HZV-Vertrag)</p> <p><b>Bitte beachten Sie:</b> 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> <p>Die Einschreibung von Versicherten von weiteren Betriebskrankenkassen ist zusätzlich durch die Teilnahme am „BKK VAG“ HZV-Vertrag möglich.</p>	<div style="text-align: right;">    </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><b>01805- 00 24 25 517</b> (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
<b>I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)</b>	
Frau Herr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Titel <input type="text"/>	Vorname* <input type="text"/>
Nachname* <input type="text"/>	
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) <input type="text"/>	LANR* <input type="text"/>
HÄVG-ID (falls vorhanden) <input type="text"/>	
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden) <input type="text"/>	
<b>II. Praxisanschrift / Betriebsstätte</b>	
BSNR <input type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ	
Straße & Hausnummer <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
Telefax <input type="text"/>	
E-Mail <input type="text"/>	
Mobil <input type="text"/>	
<b>III. Teilnahmevoraussetzungen &amp; ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)</b>	
<input type="checkbox"/> Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigegeführten Formblatt angeben) <input type="checkbox"/> Teilnahme an <b>DMP</b> (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 2 Abs. 2 lit. i)	
<b>Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:</b>	
<b>Sonografie Abdomen</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<b>Sonografie Schilddrüse</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ <input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
<b>Psychosomatik</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<b>Belastungs-EKG</b>	<input type="checkbox"/> durch meine Person <input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
<input type="checkbox"/> Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)	
<input type="checkbox"/> Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä	
<input type="checkbox"/> Qualitätsmanagementsystem liegt bereits vor [besondere Qualitätsanforderung der HZV gemäß § 3 Abs. 3 d)]	
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.	

<b>IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)</b>	
<b>Kontoführendes Institut</b>	
<input type="text"/>	
<b>BIC</b>	<b>Kontoinhaber</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>IBAN</b>	
<input type="text"/>	
<b>V. Verwaltungskostenpauschale</b>	
Die an den Hausärzteverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende <b>Verwaltungskostenpauschale</b> gemäß § 15 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes oder des MEDI Baden-Württemberg e. V. wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzteverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 15 Abs. 1).	
<b>VI. Vertragsbedingungen</b>	
<b>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</b>	
<b>1. HZV-Teilnahme</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax/ E-Mail) beginnt (§ 4 Abs. 3);</li> <li>• mir vertragsrelevante Mitteilungen auch per E-Mail oder in mein Postfach im Arztportal zugestellt werden können.</li> <li>• ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HZV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5), zur Versicherteneinschreibung (§ 6), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HZV relevant sind (§ 4 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;</li> <li>• meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 des HZV-Vertrages beendet werden kann;</li> <li>• 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 kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzteverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);</li> <li>• die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 17 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;</li> <li>• Vertragsänderungen aufgrund der in dem § 18 und 19 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 5 c mir gegenüber auslösen kann.</li> </ul>	
<b>2. HZV-Abrechnung und Vergütung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mir der Hausärzteverband postalisch oder über <a href="http://www.arztportal.net">www.arztportal.net</a> die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus der bei mir eingeschriebenen Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;</li> <li>• 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). Mir ist bekannt, dass die Verjährungsfrist mit Zugang meines Abrechnungsnachweises in dem der HZV-Vergütungsanspruch ausgewiesen ist, beginnt.</li> <li>• ich Überzahlungen zurückzahlen und zu viel erhaltene Abschlagszahlungen erstatten muss (§ 12). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 12 Abs. 1 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 gemäß § 12 Abs. 3 zu verrechnen (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).</li> <li>• der Hausärzteverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 13 Abs. 1 entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 13 Abs. 3 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;</li> <li>• die <b>Anlage 3</b> (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. 5;</li> <li>• 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 und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;</li> </ul>	

