Teilnahmeerklärung HAUSARZT
zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der GWQ in Baden-Württemberg (HZV-Vertrag)

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 Paragrafen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.

Die Einschreibung von Versicherten von weiteren Betriebskrankenkassen ist zusätzlich durch die Teilnahme am „BKK VAG“ HZV-Vertrag möglich.

Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Kölner Straße 18
70376 Stuttgart

Oder einfach per Fax oder E-Mail

0711- 21747 699
(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)

E-Mail: haevgpostfach@hausarzt-bw.de

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

Frau Herr

Titel | Vorname | Nachname

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

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR | Gültig ab (TTMMJJJJ)

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ ÜBAG ☐ Praxisgemeinschaft

Praxisname (falls vorhanden)

Straße & Hausnummer | Telefon

PLZ | Ort | Telefax

E-Mail

Mobil

III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)

☐ Zulassung und Vertragsarztsitz im entsprechenden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
☐ Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)
☐ Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 2 Abs. 2 lit. i)

Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen:

Sonografie Abdomen ☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ in Gerätegemeinschaft

Sonografie Schilddrüse ☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ ☐ in Gerätegemeinschaft

Psychosomatik ☐ durch meine Person

Belastungs-EKG ☐ durch meine Person ☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ

☐ **Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)**

☐ **Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä**

☐ **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.

IV. HZV-Vergütung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (Angestellte Ärzte Kontodaten des Arbeitgebers)

Kontoführendes Institut

BIC

Kontoinhaber

IBAN

V. Verwaltungskostenpauschale

Die an den Hausärzteverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** 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).

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. 3);
- 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), 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;
- 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 kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzteverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 17 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;
- 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.

2. 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 § 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.
- 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).
- 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;
- 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. 5;
- 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-Zifferkranzes bereits jetzt zu;

3. Teilnahmemanagement

- der Hausärzteverband 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 rechtgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 3. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband 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 zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband berechtigt, ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 16 – 19 und 22. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband befugt ist im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztliche 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.

4. 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 Hausärzteverband sowie durch die HÄVG RZ GmbH ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b), Art. 6 Abs. 3 lit. b) i.V.m. §§ 73b, 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Art. 9 Abs. 2 lit. b), f) und h) i.V.m. Art. 6 Abs.3 lit. b) DSGVO sowie § 295 und § 295a SGB V, § 80 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse bzw. deren beauftragter Dienstleister weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§ 4 Abs. 4) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV- Abrechnung (§§ 10 bis 15 und Anlage 3).
  Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages hat der Hausärzteverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO 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 Krankenkasse informiert meine HZV-Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem HZV-Vertrag.
- Die Information zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art. 18 und Art. 20 DSGVO im HZV-Vertrag und der Datenschutzanlage habe ich zur Kenntnis genommen.

☐ **Ja, ich bin Mitglied im Hausärzteverband und/oder MEDI e. V. und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale**

☐ **Nein, ich bin derzeit weder Mitglied im Hausärzteverband noch bei MEDI e. V. und zahle den um 2 % erhöhten Verwaltungskostensatz**

☐ **Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzteverband e.V. (Hausärzteverband, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzteverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.**

Unterschrift Vertragsarzt/ärztin
(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

Angaben gemäß „Stammdaten“

Nachname

Vorname

LANR