Anlage 5

Teilnahmeerklärung HAUSARZT
zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der IKK classic (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 Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.

IKKclassic | Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband | Hausarzt Zentrierte Versorgung

Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Abt. Vertragsdatenmanagement
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Oder einfach per Fax

01805- 00 24 25 431
(EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

I. 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 insbesondere zur Praxisanschrift, Betriebsstätte, den vorliegenden Qualifikationen und der Kontoverbindung (siehe Punkte II. bis IV.) 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 vorliegen!)**

II. Praxisanschrift / Betriebsstätte

BSNR | Gültig ab (TTMMJJJJ)

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Angestellter Arzt

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
☐ Teilnahme an allen hausärztlich relevanten **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 d)
☐ Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis

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
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hautkrebsscreening	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Psychosomatik	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hausärztlich Geriatrisches Basisassessment	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Chirotherapie	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Elektrotherapie	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Langzeit-EKG	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Langzeit-RR	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Belastungs-EKG	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	☐ in Gerätegemeinschaft
Kleine Chirurgie	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ	

Behandlung diabetischer Fuß	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Sonografie Uro-Genitalorgane	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Akupunktur	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Proktoskopie/Rektoskopie	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	☐ durch meine Person	☐ durch Kollegen aus BAG / MVZ
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	☐	
Allergologie	☐ 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)	☐	

* ***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 Hausärztinnen- und Hausärzteverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 15 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3 % von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärztinnen- und Hausärzteverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 15 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. 4 des HZV-Vertrages), zur Versicherteneinschreibung (§ 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 Hausärztinnen- und Hausärzteverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärztinnen- und 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 den §§ 18 und 19 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.

2. HZV-Abrechnung und Vergütung

- mir der Hausärztinnen- und 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 § 11 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 (§ 11 Abs. 2 des HZV-Vertrages). 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 (§ 13 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 13 Abs. 2 des HZV-Vertrages 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 zu verrechnen (§ 13 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 Hausärztinnen- und Hausärzteverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 14 Abs. 1 des HZV-Vertrages entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages 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 § 11 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 § 11 Abs. 8 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 Hausärztinnen- und Hausärzteverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Zifferkranzes bereits jetzt zu;

3. Teilnahmemanagement

- der Hausärztinnen- und 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 des HZV-Vertrages. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärztinnen- und Hausärzteverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen einschließlich der Abrechnung gemäß §§ 11 bis 15 des HZV-

Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärztinnen- und Hausärzteverband 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 Hausärztinnen- und 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 Hausärztinnen- und 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,
- ich verpflichtet bin die vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen Versicherter (§ 6 Abs. 3) mindestens zehn Jahre in der Arztpraxis aufzubewahren.
- Mir ist bekannt, dass die Teilnahme für Versicherte freiwillig ist; Versicherte, die sich gegen eine Teilnahme am HzV-Vertrag entschieden haben, bei Terminvergaben gegenüber teilnehmenden Versicherten am Hausarztprogramm, sowie der Versicherten anderer Krankenkassen nicht benachteiligt werden dürfen;
- der Hausärztinnen- und Hausärzteverband sich an die Kassenärztliche Vereinigung wenden kann, um die von mir in dieser Erklärung mitgeteilten Angaben zu Teilnahmevoraussetzungen und Qualifikationen zu überprüfen. Ich willige darin ein, dass die KV Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen und Qualifikationen betreffen, an den Hausärztinnen- und Hausärzteverband oder dessen beauftragten Erfüllungsgehilfen erteilt.

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.

VII. 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 Hausärztinnen- und Hausärzteverband sowie von der Krankenkasse und ihrem Dienstleister ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet, wie in Anlage 10 beschrieben. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband und die HÄVG verarbeiten die Daten auch zu werblichen, in Anlage 10 benannten Zwecken.
- 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 weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§ 4 Abs. 3 HZV-Vertrag) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 11 bis 15 des HZV-Vertrages und **Anlage 3**).
- Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 11 bis 15 des HZV-Vertrages hat der Hausärztinnen- und Hausärzteverband nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 3 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, 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 die HÄVG 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.
- 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 Hausärztinnen- und Hausärzteverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale**

☐ **Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärztinnen- und Hausärzteverband und zahle den um 2 % erhöhten Verwaltungskostensatz**

☐ **Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Hausärztinnen- und Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (Hausärztinnen- und Hausärzteverband und dessen Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH) weitere Informationen ggf. auch Werbung per E-Mail erhalten. Ich kann den Informationen der jeweiligen Gesellschaften jederzeit widersprechen bzw. 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/BAG

Angaben gemäß „Persönliche Angaben“

Nachname

Vorname

LANR