

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Techniker Krankenkasse (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>	 <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p>  <p>DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND</p>
	<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 25 445 (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>

I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)

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"/>		

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 <input type="text"/>	Gültig ab (TTMMJJJJ) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt	
Straße & Hausnummer <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>

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

Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen*:

Akupunktur	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Allergologie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Behandlung diabetischer Fuß	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Chirotherapie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
CW-Doppler-Verfahren hirnversorg. / extremitätenversorg. Gefäße	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hausärztlich Geriatisches Basisassessment	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Hautkrebsscreening	<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 Kollegen aus BAG / MVZ	
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Langzeit-RR	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Praxisgröße von min. 500 Scheinen	<input type="checkbox"/>		

Proktoskopie/Rektoskopie	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Psychosomatik	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie Abdomen	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Sonografie Schilddrüse	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Sonografie Uro-Genitalorgane	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> 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 Hausärzterverband für die Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 14 Abs.1 des HZV-Vertrages beträgt 3% von der HZV-Vergütung. Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzterverband 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. 3 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 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 Hausärzterverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzterverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);
- die Laufzeit des HZV-Vertrages sich nach § 15 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsspruches gemäß §15 Abs. 4 sowie gemäß dem in § 17 des HZV-Vertrages beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht mir gegenüber auslösen kann.

2. HZV-Abrechnung und Vergütung

- mir der Hausärzterverband 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 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 (§ 11 Abs. 5 des HZV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppel- oder Fehlabbrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11 Abs. 3 und 4 des HZV-Vertrages ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen, Erstattungsansprüche und einen durch Doppel- oder Fehlabbrechnung entstandenen und festgestellten Schaden mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 11 Abs. 6 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. Während meiner Teilnahme an der HZV ist der Lauf der Verjährungsfrist für vorgenannte Ansprüche gehemmt.
- der Hausärzterverband die von der Krankenkasse geleistete HZV-Vergütung gemäß § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages entgegennimmt und das Rechenzentrum gemäß § 11 Abs. 1 des HZV-Vertrages beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 des HZV-Vertrages 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 § 10 a 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 a Abs. 4 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 Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu;

3. Teilnehmemanagement



Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID	LANR	BSNR
«HÄVG ID»	«LANR»«FG_CODE»	«TUELLEBSNR»
Titel	Nachname	Vorname
«TITEL»		«VORNAME»

Hiermit bestätige ich...

... das Vorhalten und die Nutzung digital unterstützter Angebote zum Shared Decision Making

... das Vorliegen folgender Infrastrukturmerkmale*:

<input type="checkbox"/> Qualitätssiegel nachhaltige Praxis	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)		
<input type="checkbox"/> Bereitstellung online buchbarer Termine	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)	Provider	
<input type="checkbox"/> Teilnahme am VorsorgePlaner + Elektronische Kommunikation per KIM	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)		
	KIM-Adresse		
<input type="checkbox"/> Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)	Provider	
<input type="checkbox"/> Einsatz des Impfmanagement-Systems (PVS-Modul)	Liegt vor seit (TT.MM.JJJJ)	Provider	

* Die Selbstauskunft darf erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen gemäß Anhang 6 zu Anlage 3 erfüllt sind:

- Zu „Qualitätssiegel nachhaltige Praxis“: Vorhalten eines gültigen Qualitätssiegels Nachhaltige Praxis e. V. durch das Aqua-Institut.
- Zu „Bereitstellung online buchbarer Termine“: Bereitstellung einer relevanten Anzahl von online buchbaren Terminen je Monat durch einen dieser Provider: Betty24, Cgm life eServices, docCirrus, doctena, Doctolib, Dubidoc, eTermio, Jameda, Medorganizer, Samedi, Termin-Modul der PraxisApp „Meine hausärztliche Praxis“, Terminiko/Terminico, Terminland, Termed, arzt-direkt (Tomedo), x.webtermin. Sollte Ihr Anbieter nicht dabei sein, geben Sie diesen bitte an. Wir prüfen, ob er die Kriterien erfüllt.
- Zu „Teilnahme am Vorsorgeplaner + Elektronische Kommunikation per KIM“: Mit der Angabe verpflichtet sich der HAUSARZT, Patienten, die einen Rückrufwunsch zu einem Vorsorge- oder Impftermin dokumentieren, innerhalb von zwei Arbeitstagen maximal zweimal anzurufen und einen Termin zu vereinbaren. Die Liste mit den Rückrufwünschen erreicht die Praxen über das reguläre KIM-Postfach des PVS. Zusätzlich erklärt der HAUSARZT mit der Angabe dieses Punktes, Arztbriefe und andere Dokumente im digitalen Format über die KIM-Schnittstelle der TI mit anderen Leistungserbringern auszutauschen.

- Zu „Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS“: Der HAUSARZT hält in der Praxis ein PVS-Modul zur AMTS vor. In diesem werden alle Arzneimittelverordnungen strukturiert erfasst und in die jeweilige elektronische Patientenakte übertragen. Bei jeder Änderung und/oder Neuverordnung eines Arzneimittels wird automatisiert auf die Risiken der Arzneimittelverordnung geprüft. Dem HAUSARZT wird dann im PVS angezeigt, dass ein Risiko im Sinne der Arzneimitteltherapiesicherheit vorliegen könnte. Das AMTS-Modul verfügt mindestens über folgende Funktionen: Interaktions-Check, Prüfung auf Doppelmedikation, eine Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen (PIM) bspw. PRISCUS-Liste. Zugelassene Provider: ABDamed², THERAFOX PRO, IFAP, MMI-AMTS-Service.
- Zu „Einsatz des Impfmanagement-Systems (PVS-Modul)“: Der HAUSARZT hält in der Praxis ein digital gestütztes Impfmanagementsystem vor. In diesem werden Impfungen strukturiert erfasst und in die jeweilige elektronische Patientenakte übertragen, sofern technisch möglich und das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt. Das Impfmanagement-Modul verfügt mindestens über folgende Funktionen: Überprüfung des Impfstatus nach STIKO-Indikationen, automatische Erstellung von Impfplänen, integriertes Patienteninformationssystem (Merkblätter, Atteste, Aufklärung), Integration aller marktgängigen Impfstoffe sowie Lagerhaltung und Rezeptschreibung. Zugelassene Provider: ImpfDocNE, X.Impfen.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Stempel der Arztpraxis