Teilnahmeerklärung HAUSARZT

zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Techniker Krankenkasse vom 24.06.2011 (HzV-Vertrag)

Techniker Krankenkasse

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) muss ein hausärztlich tätiger Arzt im MVZ die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnen lassen.
Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich, soweit nicht anders bezeichnet, auf den HzV-Vertrag.

Per Fax an die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG) als Dienstleistungsgesellschaft für den Hausärzteverband e.V.(nachfolgend: Hausärzteverband)

0180 - 500 24 25 445

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

Stammdaten Arzt

☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ BAG

LANR | BSNR | Gültig ab (TT.MM.JJJJ)

Titel | Nachname | Vorname

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

Email

PLZ | Ort | Telefax

Bankverbindung (HzV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Notwendige Angaben des Hausarztes – Teilnahmevoraussetzungen (gem. § 3 des HzV-Vertrages)

☐ Vertragssoftware bereits vorhanden ☐ Vertragssoftware noch nicht vorhanden (Teilnahmevoraussetzung, vgl. § 3 Abs. 2 c)
☐ Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung **Psychosomatik** durch mich (Teilnahmevoraussetzung *, vgl. § 3 Abs. 2 e)
☐ Qualifikation/Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistung **medizinischen Rehabilitation** durch mich (Teilnahmevoraussetzung ***** § 3 Abs. 2 e)
☐ Fortbildung „**Geriatrisches Assessment**" durch mich. (Teilnahmevoraussetzung ***** soweit angeboten § 3 Abs. 2 e); gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte
☐ Teilnahme an allen DMP (Asthma, COPD, Diabetes Mellitus Typ II sowie KHK) (Teilnahmevorrausetzung vgl. § 3 Abs. 2 f); Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma

Abdominelle Sonografie	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)
Schilddrüsen Sonografie	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)
Belastungs-EKG	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)
Langzeit-EKG	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)
Langzeitblutdruckmessung	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ bzw. in Gerätegemeinschaft (vgl. § 3 Abs. 2 d)

*** Ich habe nach Vertragsbeitritt 12 Monate Zeit, die Qualifikation/Fortbildung nachzuweisen.**

Ergänzende Angaben des Hausarztes - Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistung/en (Anlage 3)

Hautkrebsscreening 01745/01746	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ
Krebsfrüherkennungs-untersuchung Frau 01730	☐ durch meine Person	☐ durch einen Kollegen aus BAG / MVZ

☐ ein VERAH-Zertifikat zur Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis liegt vor (VERAH, **Anhang 4 zu Anlage 3**) (Vorlage des Zertifikates auf Anfrage möglich)

HÄVG (§ 2 Abs. 4)

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

Verwaltungskostenpauschale (§ 14)

Die Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 des HzV-Vertrages mit der TK beträgt für Mitglieder des Hausärzteverbandes je Quartal 3 % des HzV-Vergütungsanspruches gegenüber der TK (§ 14 Abs. 2 des HzV-Vertrages). Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes beträgt die Verwaltungskostenpauschale je Quartal weitere 0,5 % des HzV-Vergütungsanspruches gegenüber der TK (§ 14 Abs. 2 des HzV-Vertrages). Die HÄVG ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale mit dem HzV-Vergütungsanspruch des Hausarztes gegenüber der TK zu verrechnen.

Einwilligung in Datenverarbeitung

1. Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden; die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften:
- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten (Name, Adresse, etc.) werden von der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Abrechnungsdienstleister des Hausärzteverbandes sowie zur Durchführung des HzV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.
- Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag erhält die TK Name, Vorname, HÄVG-ID, LANR, BSNR im Rahmen des HzV-Arztverzeichnisses (§ 4 Abs. 4 des HzV-Vertrages) mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten im Rahmen der HzV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 des HzV-Vertrages und **Anlage 3**).
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie ggf. weitere von mir für diesen Zweck bereitgestellte Daten (E-Mail-Adresse) werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der TK und des Hausärzteverbandes veröffentlicht.
- Die TK informiert die HzV-Versicherten, die mich als HAUSARZT gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag.

2. Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten und die von mir an das Rechenzentrum gemäß **Anlage 3** für die HzV-Abrechnung übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der HÄVG und dem von ihr beauftragten Rechenzentrum gemäß **Anlage 3** auch zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der HzV-Abrechnung (§§ 10 bis

14 des HzV-Vertrages und **Anlage 3**) verarbeitet und genutzt. Die Beauftragung und Einwilligung zu dieser Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt im Rahmen einer gesonderten Datenschutzvereinbarung (**Anhang A** zu **Anlage 8**) nach Maßgabe der gesetzlichen Datenschutzvorschriften.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes

Hiermit beantrage ich gemäß § 4 Abs. 1 des HzV-Vertrages als Hausarzt bzw. MVZ verbindlich meine Teilnahme am HzV-Vertrag. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten des HzV-Vertrages, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als HAUSARZT nach dem HzV-Vertrag informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass

- meine Vertragsteilnahme erst mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) beginnt (§ 4 Abs. 2 des HzV-Vertrages);
- ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HzV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5 des HzV-Vertrages), zur Entgegennahme und Weiterleitung von Teilnahmeerklärungen der Versicherten (§ 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 zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
- ich vertraglich verpflichtet bin, die für die hausärztliche Versorgung geltenden berufsrechtlichen und vertragsärztlichen Verpflichtungen, insbesondere die Richtlinien des GBA sowie die in den Bundesmantelverträgen enthaltenen Verpflichtungen, auch im Rahmen der HzV einzuhalten (§ 3 Abs. 5 lit. j) des HzV-Vertrages;
- meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 des HzV-Vertrages durch Kündigung 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 durch Erklärung gegenüber dem Hausärzteverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzteverband berechtigt (Faxnummer s. oben);
- 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 abgerechneten Leistungen gegen die TK richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 12 Abs. 1 des HzV-Vertrages). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen bei Doppelabrechnungen von HzV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 12 Abs. 2 des HzV-Vertrages ist mir bekannt;
- die HÄVG für den Hausärzteverband die von der TK geleistete HzV-Vergütung gemäß § 11 Abs. 3 des HzV-Vertrages entgegennimmt und an mich weiterleitet, in dem 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;
- mein Anspruch auf Auszahlung der jeweiligen HzV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjährt;
- die Vergütungsregelungen nach der Anlage 3 frühestens am 01.10.2011 (vgl. § 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages) und zunächst bis zum 31.12.2014 vereinbart sind und durch Einigung zwischen der TK und dem Hausärzteverband 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 des HzV-Vertrages nach § 10 Abs. 6 des HzV-Vertrages; siehe außerdem die Regelung zur Anpassung von Pauschalen nach § 10 Abs. 6 lit. c) des HzV-Vertrages;
- ich eine entsprechende Mitteilung erhalte, sollte die Vergütungspflicht der TK - mein Vergütungsanspruch nach dem 01.10.2011 (vgl. § 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages) entstehen;
- mein Anspruch auf den Zuschlag „Rationale Pharmakotherapie“ der Höhe nach veränderlich ist; die Kriterien für die Veränderung bestimmen die TK und der Hausärzteverband nach billigem Ermessen (vgl. Anhang 3 zu Anlage 3);
- Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu **Anlage 3**) führen können; **ich stimme einer von dem Hausärzteverband und der TK bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Zifferkranzes bereits jetzt zu**;
- sich die Behandlungsleitlinien gemäß der **Anlage 2** ändern können; **ich stimme einer Folgeanpassung bereits jetzt zu**;
- die Laufzeit des HzV-Vertrages sich nach § 16 des HzV-Vertrages richtet;
- **Vertragsänderungen aufgrund eines Schiedsspruches gemäß § 16 Abs. 4** sowie gemäß dem in § 17 des HzV-Vertrages beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht auslösen kann.

2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass

- **die Vergütungspflicht der TK - mein Vergütungsanspruch und meine Pflichten nach § 3 Abs. 3 bis 5 sowie der §§ 10 bis 14 des HzV-Vertrages erst mit dem in § 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages bestimmten Zeitpunkt, bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt entstehen. Meine Verpflichtung zur Einschreibung von Versicherten (§ 6 Abs. 3 des HzV-Vertrages), die ihre Teilnahme an der HzV mir gegenüber freiwillig beantragen, besteht ab meiner Vertragsteilnahme (§ 4 Abs. 2 des HzV-Vertrages).**

3. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass

- der Hausärzteverband meine Teilnahme an der HzV organisiert und für mich die Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der TK vornimmt. Er ist daher gemäß § 2 Abs. 4 des HzV-Vertrages im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung des HzV-Vertrages zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und zur Vornahme und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für sämtliche HzV-Partner und gegenüber sämtlichen HzV-Partnern des HzV-Vertrages berechtigt und vorgesehen. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband sich gemäß § 2 Abs. 4 des HzV-Vertrages zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen nach Maßgabe des HzV-Vertrages der HÄVG bedient und diese, soweit nicht ausdrücklich im HzV-Vertrag etwas anderes bestimmt ist (vgl. § 14 Abs. 2 des HzV-Vertrages), in Wahrnehmung ihrer Funktion als Erfüllungsgehilfe tätig wird. Die HÄVG ist in Wahrnehmung dieser Funktion zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und zur Vornahme und als Adressat von rechtgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15, 16, 17 und 21 des HzV-Vertrages. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- ich verpflichtet bin, Anfragen und Erklärungen im Zusammenhang mit der Durchführung dieses HzV-Vertrages, auch soweit Sie die außergerichtliche Geltendmachung von Rechtsansprüchen gegen die TK betreffen, ausschließlich an den Hausärzteverband soweit in diesem HzV-Vertrag und seinen Anlagen geregelt an die HÄVG zu richten;
- bei einem Ausscheiden der HÄVG die Dienstleistungsgesellschaft nach Maßgabe von § 16 Abs. 6 des HzV-Vertrages ersetzt werden kann und der Hausärzteverband bis zu dem Vertragsbeitritt einer neuen Dienstleistungsgesellschaft die Aufgaben der Dienstleistungsgesellschaft nach dem HzV-Vertrag wahrnimmt.
- der zuständige Landeshausärzteverband sich an die entsprechende Kassenärztliche Vereinigung wenden kann, um die von mir in dieser Erklärung mitgeteilten Angaben zu Teilnahmevoraussetzungen zu überprüfen. Ich willige darin ein, dass die KV Auskünfte, die das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen betreffen, an den entsprechenden Landesverband oder deren beauftragten Erfüllungsgehilfen erteilt.

4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 und 2 des HzV-Vertrages zum Zeitpunkt meines Vertragsbeitritts erfülle, insbesondere

- über die erforderliche Praxisausstattung (Blutdruckmessgerät, Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, zertifiziertes Arztinformationssystem, Computerfax/Faxgerät, Online-Anbindung - sobald hierzu eine Regelung getroffen ist) verfüge,
- meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HzV-Vertrages. Ich versichere, dass alle darin enthaltenen Angaben sachlich richtig und vollständig sind.

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

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ

Nachname

Vorname

LANR

BSNR