




| | | | |
|--|-----|--|------|
| Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der IKK classic in Thüringen (HzV-Vertrag) | |    | |
| <p>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 auf den HzV-Vertrag.</p> | | <p>Per Fax an die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft (nachfolgend: HÄVG) für den Hausärzteverband Thüringen e.V. (Hausärzteverband)</p> <p>01805- 00 24 25 - 431 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min)</p> | |
| Stammdaten Arzt | | | |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> BAG | | LANR | BSNR |
| | | | |
| Gültig ab (TT.MM.JJJJ) | | | |
| Titel | | Nachname | |
| | | | |
| Vorname | | | |
| | | | |
| Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift) | | Telefon | |
| | | | |
| PLZ | Ort | Telefax | |
| | | | |
| Bankverbindung (HzV-Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen) | | | |
| Kontoinhaber | | | |
| | | | |
| IBAN | | | |
| | | | |
| BIC | | | |
| | | | |
| Notwendige Angaben des Hausarztes | | | |
| <input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden <input type="checkbox"/> Vertragssoftware noch nicht vorhanden (Teilnahmevoraussetzung ab dem 1. Abrechnungsquartal, § 3 Abs. 2 f) | | | |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme am DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) (Teilnahmevoraussetzung spätestens 12 Monate nach Teilnahmebeginn gemäß Anlage 2) | | | |
| <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagementsystem liegt bereits vor (besondere Qualitätsanforderung der HzV gemäß § 3 Abs. 3 d) | | | |
| Vergütungsrelevante Angaben (keine Teilnahmevoraussetzung): | | | |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „ Abdominelle Sonographie “ liegt in meiner Person vor (Anlage 3) | | | |
| <input type="checkbox"/> liegt bei einem hausärztlich tätigen Arzt innerhalb meiner BAG/des MVZ vor | | | |
| <input type="checkbox"/> Qualifikation und entsprechende Ausstattung zur Erbringung der Leistung „ Schilddrüsenultraschall “ liegt in meiner Person vor (Anlage 3) | | | |
| <input type="checkbox"/> liegt bei einem hausärztlich tätigen Arzt innerhalb meiner BAG/des MVZ vor | | | |
| <input type="checkbox"/> Abrechnungsgenehmigung zur „ Psychosomatik “ liegt in meiner Person vor | | | |
| <input type="checkbox"/> Abrechnungsgenehmigung zum „ Hautkrebscreening “ liegt in meiner Person vor | | | |
| <input type="checkbox"/> liegt bei einem hausärztlich tätigen Arzt innerhalb meiner BAG/des MVZ vor | | | |
| <input type="checkbox"/> Abrechnungsgenehmigung zur „ Krebsfrüherkennung Frauen “ liegt in meiner Person vor | | | |
| <input type="checkbox"/> liegt bei einem hausärztlich tätigen Arzt innerhalb meiner BAG/des MVZ vor | | | |
| <input type="checkbox"/> ein VERAH-Zertifikat zur Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH in der hausärztlichen Praxis liegt vor (VERAH, Anhang 3 zu Anlage 3 ; sofern VERAH vorhanden, Gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH inkl. VERAH-Urkunde erforderlich) | | | |
| HÄVG (§ 2 Abs. 4) | | | |
| HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln, 02203 - 57 56 1111 | | | |
| Verwaltungskostenpauschale (§ 15) | | | |
| Die an den Hausärzteverband für die Durchführung der Abrechnung der HzV-Vergütung zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 15 Abs.1 des HzV-Vertrages beträgt 3% (inkl. gesetzl. USt.) von der HzV-Vergütung (§ 15 Abs. 1). Für Nicht-Mitglieder des Hausärzteverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HzV-Vergütung (inkl. gesetzlicher USt.) erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch die HÄVG vom Auszahlungsbetrag der HzV-Vergütung einbehalten (§ 15 Abs. 2). | | | |
| Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung | | | |
| Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem: | | | |
| Ich bin durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Mir ist bekannt, dass der Hausärzteverband das Rechenzentrum mit der Abrechnung meiner Leistungen nach diesem HzV-Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V beauftragt hat. Ich bin gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses HzV-Vertrages erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der maßgeblichen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Ich verpflichte mich die vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen Versicherter (§ 6 Abs. 3) mindestens zehn Jahre in der Arztpraxis aufzubewahren. Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten (Name, Adresse, etc.) werden von der HÄVG (sie ist Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes) zur Durchführung des HzV-Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die IKK erhält Name, Vorname, HÄVG-ID, LANR, BSNR vor Bestätigung der Vertragsteilnahme zur Prüfung meiner Teilnahme am DMP. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag erhält die IKK sämtliche vorgenannten Daten im Rahmen des HzV-Arztverzeichnisses (§ 4 Abs. 3) mit Ausnahme der von mir angegebenen Bankverbindung sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten im Rahmen der HzV-Abrechnung (§§ 11 bis 15 und Anlage 3). Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer werden in einem Verzeichnis auf der Internetseite der IKK und des Hausärzteverbandes veröffentlicht. Die IKK informiert die HzV-Versicherten, die mich als HAUSARZT gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an dem HzV-Vertrag. | | | |

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich als Hausarzt bzw. MVZ verbindlich meine Teilnahme am HzV-Vertrag (§ 4 Abs. 1). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem HzV-Vertrag, 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**
 - die Teilnahme für Versicherte der IKK freiwillig ist; Versicherte der IKK, die sich gegen eine Teilnahme am HzV-Vertrag entschieden haben, bei Terminvergaben gegenüber teilnehmenden Versicherten der IKK sowie der Versicherten anderer Krankenkassen nicht benachteiligt werden dürfen;
 - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme (auch per Telefax) bei mir beginnt (§ 4 Abs. 2);
 - ich meine vertraglichen Pflichten als Hausarzt insbesondere zur Erbringung besonderer HzV-Leistungen (§ 3 Abs. 2 bis 5), zur Versicherteneinschreibung (§ 6 Abs. 3), zur Information der HÄVG über Änderungen, die für meine Teilnahme an der HzV sowie die Abrechnung und Auszahlung relevant sind (§ 4 Abs. 3), sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nach der Berufsordnung bzw. den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe;
 - mir der Hausärzteverband über www.arztportal.hausaerzteverband.de die Abrechnungsnachweise nach Maßgabe der Anlage 3 sowie die Informationen zum Teilnahmestatus des Versicherten gem. Anlage 4 zur Verfügung stellt;
 - meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 beendet werden kann;
 - ich selbst meine Teilnahme an dem HzV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende oder fristlos aus wichtigem Grunde schriftlich oder per Telefax durch Erklärung gegenüber dem Hausärzteverband kündigen kann. Die HÄVG ist zur Entgegennahme der Kündigungserklärung für den Hausärzteverband berechtigt (Faxnummer siehe oben);
 - sich gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit **Anlage 3** mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der HzV-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die IKK richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 13 Abs. 1). Im Rahmen dieses bestehenden Dauer-schuldverhältnisses ist der Eintritt der Verjährung gehemmt (§205 BGB);
 - dass eine Doppelabrechnung von HzV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu einem Schadensersatzanspruch führen kann (§ 13 Abs. 2);
 - die HÄVG für den Hausärzteverband die von der IKK geleistete HzV-Vergütung gemäß § 14 Abs. 3 weiterleitet, in dem 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 0,5 % für Nicht-Mitglieder) habe ich zur Kenntnis genommen;
 - die Vergütungsregelungen nach den §§ 1 bis 3 der **Anlage 3** zunächst bis zum 31. Dezember 2015 vereinbart sind und durch Einigung der IKK und des Hausärzteverbandes nach Maßgabe des in § 11 Abs. 6 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;
 - 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 IKK vereinbarten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkranzes bereits jetzt zu.**
 - Mein Anspruch auf den Zuschlag „Rationale Pharmakotherapie“ auf die Pauschale P2 der Höhe nach veränderlich ist; die Kriterien für die Veränderung bestimmen die IKK und der Hausärzteverband (vgl. **Anhang 2 zu Anlage 3**);
 - sich die Behandlungsleitlinien gemäß der **Anlage 2** ändern können; **ich stimme einer Anpassung bereits jetzt zu.**
 - die Laufzeit des **HzV-Vertrages** sich nach § 17 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HzV-Vertrag ausscheide;
 - **Vertragsänderungen** auf Grund eines Schiedsverfahrens **und** gemäß dem in § 18 beschriebenen Verfahren möglich sind (vgl. Sonderkündigungsrecht des Hausärzteverbandes in § 18).
- 2. Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass**
 - die Vergütungspflicht der IKK und meine Pflichten nach § 3 Abs. 3 bis 5 erst mit dem in § 11 Abs. 6 bestimmten Zeitpunkt, **spätestens jedoch am 1. April 2014 bzw. bei meiner späteren Vertragsteilnahme ab diesem Zeitpunkt beginnen. Meine Verpflichtung zur Entgegennahme von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen Versicherter (§ 6 Abs. 3) besteht ab meiner Vertragsteilnahme (§ 4 Abs. 2).**
- 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 IKK vornimmt. Er ist daher gemäß § 2 Abs. 3 in dem dort geregelten Umfang im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HzV-Vertrages zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und zur Vornahme und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für sämtliche HzV-Partner im Sinne von § 1 Abs. 6 und gegenüber sämtlichen HzV-Partnern berechtigt und vorgesehen. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
 - sich der Hausärzteverband zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung nach Maßgabe des HzV-Vertrages der HÄVG bedient und diese, soweit nicht ausdrücklich im HzV-Vertrag etwas anderes bestimmt ist (vgl. § 15 Abs. 2), 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 rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband und gegenüber dem Hausärzteverband berechtigt und vorgesehen; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 16, 17, 18, 19 und 22. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
 - der Hausärzteverband zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen gemäß §§ 11 bis 15 des HzV-Vertrages nach § 295a SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X ein in **Anlage 3** benanntes Rechenzentrum beauftragt;
 - bei einem Ausscheiden der HÄVG die HÄVG nach Maßgabe von § 17 Abs. 7 ersetzt werden kann und bis zu dem Vertragsbeitritt eines neuen Erfüllungsgehilfen der Hausärzteverband die Aufgaben der HÄVG nach dem HzV-Vertrag wahrnimmt;
 - der Hausärzteverband sich an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KV) 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 Hausärzteverband oder dessen beauftragten Erfüllungsgehilfen erteilt.
- 4. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 und 2 zum Vertragsbeginn erfülle und während der gesamten Vertragsteilnahme erfüllen werde, insbesondere**
 - über die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung); onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arztinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) verfüge,
 - meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des Hausarztes“ (s.o.) zutrifft.

Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen (verbindliche Selbstauskunft) sind Bestandteil des HzV-Vertrages. Eine, wenn auch nur teilweise, falsche Selbstauskunft kann eine Vertragspflichtverletzung darstellen, die einen Schadensersatzanspruch der HzV-Vertragspartner begründen kann.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|---|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Unterschrift Vertragsarzt/MVZ | Datum (TT.MM.JJJJ) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td></tr></table> | | | | | | | Stempel der Arztpraxis/MVZ | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nachname <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | Vorname <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LANR <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td></tr></table> | | | | | | | BSNR <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td><td style="width: 30px; height: 20px;"> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Meldeformular Vertragssoftware



Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Nachname

Vorname

Bitte kreuzen Sie die in Ihrer Praxis verwendete Vertragssoftware an:

| Vertragssoftware-Hersteller | Vertragssoftware-Produkt |
|--|--------------------------|
| Abasoft GmbH | EVA |
| ABOMED GmbH | ABOMED |
| Apris Praxiscomputer GmbH | Apris |
| Äskulap | Äskulap |
| CoKom One GmbH | Praxis4More |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | ALBIS |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | COMPUMED M1 |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | DATA VITAL |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | MEDISTAR |
| CompuGroup Medical Deutschland AG | TURBOMED |
| CROSSSOFT GmbH | PRO X HZV |
| Data-AL GmbH | Data-AL |
| Dr. Steinbrecher - Softwareentwicklung | RST-MED Win |
| Dr. Eissing und Partner | MEDICUSplus |
| Duria eG | DURIA Classic |
| Examion GmbH | medibit |
| Frey ADV GmbH | QUINCY WIN |
| INDAMED GmbH | MEDICAL OFFICE |
| InterData Praxiscomputer GmbH | InterARZT |
| medatixx GmbH & Co. KG | x.comfort (medatixx) |
| medatixx GmbH & Co. KG | x.concept (medatixx) |
| medatixx GmbH & Co. KG | x.isynet |
| MediSoftware | PRAXISPROGRAMM |
| MEDIVERBUND AG | DOC.STAR |
| MEDYS GmbH | MEDYS |
| Neutz GmbH Systemhaus | Pro_Medico |
| PEGA Elektronik GmbH | PegaMed |
| Pharmatechnik GmbH & Co. KG | medi10 |
| PRO MEDISOFT AG | PROFIMED |
| promedico | easymed |
| RS Datentechnik GmbH | PRISMA-HZV |
| S3 Praxiscomputer | S3-Win |
| Schmidt Computersysteme | ARZT2000 |
| Schwerdtner Medizin-Software GmbH | Q-MED |
| Softland GmbH | E.L. |
| zollsoft GmbH | Tomedo |
| Sonstige: Vertragssoftware-Hersteller | Vertragssoftware-Produkt |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Unterschrift Vertragsarzt/ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJJJ)