

Information zu Ihrer Teilnahme an den HzV-Verträgen mit den Betriebskrankenkassen in Bayern

Bitte beachten Sie:

Der Bayerische Hausärzteverband hat sowohl einen HzV-Vertrag mit der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft/ GWQ ServicePlus AG als auch mit der Bosch BKK abgeschlossen. Bei beiden Verträgen ist eine eigenständige Teilnahmeerklärung Vertragsbestandteil.


Die technische Umsetzung der beiden HzV-Verträge erfolgt in Ihrer Praxissoftware allerdings einheitlich mittels des gemeinsamen HzV-Moduls BKK HzV.

Zur Teilnahme am Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit den Betriebskrankenkassen in Bayern sind **beide** nachfolgend aufgeführten Teilnahmeerklärungen auszufüllen und bei der HÄVG AG einzureichen. Die Teilnahme an lediglich einem der beiden nachfolgenden HzV-Verträge ist aufgrund der gemeinsamen technischen Abbildung beider Verträge nicht möglich.

Weitere Informationen zum Vertrag finden Sie unter www.hausaerzteverband.de sowie www.hausaerztebayern.de. Bei Fragen steht Ihnen die HÄVG unter 0 22 03/57 56 11 11 gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr HzV-Service-Team

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V (HZV-Vertrag) mit den in der Anlage 9 des BKK-HzV-Vertrages in Bayern aufgeführten Krankenkassen</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>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 429 (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	Vorname*	Nachname*
Geburtsdatum (TTMMJJJJ)	LANR*	HÄVG-ID (falls vorhanden)
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)		
<input type="checkbox"/> Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben insbesondere zu den Stammdaten, 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)	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt
Straße & Hausnummer		Telefon
PLZ	Ort	Telefax
E-Mail		Mobil

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

Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten 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 lit. d)
 Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis
 Ich versichere hiermit, dass ich aktuell nicht an einem Hausarztvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung in meiner Region, an dem eine oder mehrere der hier vertretenden Kassen angehören, teilnehme.

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
Palliativmedizin: Teilnahme an der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV)	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	
Gesonderter Nachweis der Teilnahme am Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte (40 h)	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	

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
Sonografie Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
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)	<input type="checkbox"/>		

* 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	
<input type="text"/>	
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	

Ich nehme bereits an einem anderen HzV-Vertrag teil, für die Überweisung meiner Vergütung soll die gleiche Kontoverbindung verwendet werden. Wenn Sie an mehreren HzV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben zu Ihren Stammdaten vorliegen.

V. Verwaltungskostenpauschale
Die an den Hausärzterverband 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 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 (§ 15 Abs. 2).

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
<ul style="list-style-type: none"> • 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 beendet werden kann; • ich selbst meine Teilnahme an dem HzV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 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 § 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 nach § 10 Abs. 8 mir gegenüber auslösen kann.

2. HzV-Abrechnung und Vergütung
<ul style="list-style-type: none"> • 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 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 mit meiner HzV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 12 Abs. 3); 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 Hausärzterverband 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 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 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 § 10 Abs. 8; • Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß §§ 87 ff SGB V zu Änderungen des EBM-Ziffernkrankes (Anhang 1 zu Anlage 3) führen können; ich stimme einer von dem Hausärzterverband und der Krankenkasse nach billigem Ermessen bestimmten notwendigen Folgeanpassung des EBM-Ziffernkrankes bereits jetzt zu;

3. Teilnahmemanagement
<ul style="list-style-type: none"> der Hausärzterverband 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 rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 3. Er ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit; der Hausärzterverband sich zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 15 soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzterverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzterverband 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 Hausärzterverband 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 Hausärzterverband 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, <p>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.</p>
4. Datenverarbeitung
<p>Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Hausärzterverband 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 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 Hausärzterverband 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 Informationen 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 Datenschutzerklärung zum HZV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen und das dies bezügliche Merkblatt habe ich erhalten. <p><input type="checkbox"/> Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich bin derzeit kein Mitglied im Hausärzterverband und zahle den um 0,5 % erhöhten Verwaltungskostensatz</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband und deren Wirtschaftsgesellschaft, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IHF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit kostenlos über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.</p>

Unterschrift Vertragsarzt/ MVZ/ anstellender Arzt

(bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;
bei Anstellung Unterschrift des anstellenden Arztes erforderlich)

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG

--

--

Angaben gemäß „Stammdaten Arzt“

Nachname




--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Teilnahmeerklärung HAUSARZT zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der Bosch BKK (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>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln Oder einfach per Fax 01805- 00 24 25 429 (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"/>		
<input type="checkbox"/> Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil. Meine dort gemachten Angaben insbesondere zu den Stammdaten, 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"/>	Telefax <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>		Mobil <input type="text"/>
III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)		
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware bereits vorhanden (bitte auf dem beigefügten Formblatt angeben)		
<input type="checkbox"/> Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 lit. d)		
<input type="checkbox"/> Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis		
<input type="checkbox"/> Ich versichere hiermit, dass ich aktuell nicht an einem Hausarztvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung in meiner Region, an dem eine oder mehrere der hier vertretenden Kassen angehören, teilnehme.		
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
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
Langzeit-RR	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ
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
		<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
		<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	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Sonografie weiterer Organe oder Organteile	<input type="checkbox"/> durch meine Person	<input type="checkbox"/> durch Kollegen aus BAG / MVZ	<input type="checkbox"/> in Gerätegemeinschaft
Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH; gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)	<input type="checkbox"/>		

* 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	
<input type="text"/>	
BIC	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	

Ich nehme bereits an einem anderen HZV-Vertrag teil, für die Überweisung meiner Vergütung soll die gleiche Kontoverbindung verwendet werden. Wenn Sie an mehreren HZV-Verträgen teilnehmen ist sicher zu stellen, dass auch dort die gleichen Angaben zu Ihren Stammdaten vorliegen.

V. Verwaltungskostenpauschale

Die an den Hausärzteverband 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 Hausärzteverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 0,5 % von der HZV-Vergütung erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch den Hausärzteverband mit dem HZV-Vergütungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet (§ 14 Abs. 2).

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 Verscherteneinschreibung (§ 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 beendet werden kann;
- ich selbst meine Teilnahme am HZV-Vertrag gemäß § 5 Abs. 1 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 § 16 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem HZV-Vertrag ausscheide;
- Vertragsänderungen aufgrund der in den §§ 17 und 18 beschriebenen Verfahren möglich sind und dies ein Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 8 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 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 (§ 11a). Die Möglichkeit von Schadensersatzansprüchen der Krankenkasse bei Doppelabrechnungen von HZV-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 11a Abs. 1 ist mir bekannt; mir ist bekannt, dass die Krankenkasse berechtigt ist, Überzahlungen mit meiner HZV-Vergütung in dem auf eine Zahlungsaufforderung folgenden Quartalen zu verrechnen (§ 11a Abs. 3); 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 § 12 Abs. 2 entgegennimmt und die HÄVG gemäß § 12 Abs. 1 beauftragt hat, diese an mich weiterzuleiten, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 14 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 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 § 10 Abs. 8;
- 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-Ziffernkranzes 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 rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 4. 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 14 soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen darf. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, §§ 15 - 18 und 21. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;
- der Hausärzteverband befugt ist im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebene 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.

Zusatzformular zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HZV-Verträgen

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Informationen zur Teilnahme von angestellten Ärzten an den HZV-Verträgen. Füllen Sie dieses Formular vollständig aus, unterschreiben Sie es und fügen Sie es **Ihrer Teilnahmeerklärung Hausarzt** bei. Gemeinsam mit der Teilnahmeerklärung Hausarzt senden Sie dieses Formular per Fax an die HÄVG. Die Faxnummer finden Sie auf der Teilnahmeerklärung Hausarzt.

Zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sind alle im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V teilnehmende Ärzte berechtigt, die zugleich an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen (Hausärzte) oder gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bei diesen als Hausarzt angestellt sind.

Die Teilnahme von **Sicherstellungsassistenten und Weiterbildungsassistenten** nach § 32 Abs. 2 - 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) an den HZV-Verträgen ist **nicht möglich**.

Für angestellte Ärzte nach § 95 Abs. 9 SGB V ist die Teilnahme an folgenden HZV-Verträgen möglich:

AOK Bayern	BKK	EK Bayern (ohne TK)	Bosch BKK	SVLFG (LKK)	TK	IKK classic
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Persönliche Angaben des angestellten Arztes

Nachname

Vorname

LANR

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Privatanschrift: Straße & Hausnummer

PLZ

Ort

Notwendige Angaben des angestellten Arztes zur Teilnahme an den HZV-Verträgen (keine Teilnahme von Sicherstellungsassistenten möglich)

Ich bin nach § 95 Abs. 9 SGB V in der Praxis _____ tätig

BSNR:

und bin **nicht** nach § 32 Abs. 2 - 4 (Ärzte-ZV) als **Sicherstellungsassistent/in** angestellt.

Ergänzende Angaben des angestellten Arztes – Mitgliedschaft

Ich bin bereits Mitglied im Bayerischen Hausärzteverband.

Ich bin an einer Mitgliedschaft im Bayerischen Hausärzteverband interessiert - Bitte um Kontaktaufnahme.

Unterschrift

Datum (TT.MM.JJJJ)

Meldeformular Vertragssoftware



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

--	--	--	--	--	--	--	--

LANR

--	--	--	--	--	--	--	--

BSNR

--	--	--	--	--	--	--	--

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte kreuzen Sie die in Ihrer Praxis verwendete Vertragssoftware an:

<input type="checkbox"/>	Vertragssoftware-Hersteller	Vertragssoftware-Produkt
<input type="checkbox"/>	Abasoft GmbH	EVA
<input type="checkbox"/>	ABOMED GmbH	ABOMED
<input type="checkbox"/>	Apris Praxiscomputer GmbH	Apris
<input type="checkbox"/>	Äskulap	Äskulap
<input type="checkbox"/>	CoKom One GmbH	Praxis4More
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	ALBIS
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	COMPUMED M1
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	DATA VITAL
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	MEDISTAR
<input type="checkbox"/>	CompuGroup Medical Deutschland AG	TURBOMED
<input type="checkbox"/>	CROSSSOFT. GmbH	PRO X HZV
<input type="checkbox"/>	Data-AL GmbH	Data-AL
<input type="checkbox"/>	Dr. Steinbrecher, - Softwareentwicklung -	RST-MED Win
<input type="checkbox"/>	Dr.Eissing und Partner	MEDICUSplus
<input type="checkbox"/>	Duria eG	DURIA Classic
<input type="checkbox"/>	Examion GmbH	medibit
<input type="checkbox"/>	Frey ADV GmbH	QUINCY WIN
<input type="checkbox"/>	INDAMED GmbH	MEDICAL OFFICE
<input type="checkbox"/>	InterData Praxiscomputer GmbH	InterARZT
<input type="checkbox"/>	medatixx GmbH & Co. KG	x.comfort (medatixx)
<input type="checkbox"/>	medatixx GmbH & Co. KG	x.concept (medatixx)
<input type="checkbox"/>	medatixx GmbH & Co. KG	x.isynet
<input type="checkbox"/>	MediSoftware	PRAXISPROGRAMM
<input type="checkbox"/>	MEDIVERBUND AG	DOC.STAR
<input type="checkbox"/>	MEDYS GmbH	MEDYS
<input type="checkbox"/>	Neutz GmbH Systemhaus	Pro_Medico
<input type="checkbox"/>	PEGA Elektronik GmbH	PegaMed
<input type="checkbox"/>	Pharmatechnik GmbH & Co. KG	medi10
<input type="checkbox"/>	PRO MEDISOFT AG	PROFIMED
<input type="checkbox"/>	promedico	easymed
<input type="checkbox"/>	RS Datentechnik GmbH	PRISMA-HZV
<input type="checkbox"/>	S3 Praxiscomputer	S3- Win
<input type="checkbox"/>	T2med GmbH & Co KG	T2med
<input type="checkbox"/>	Schmidt Computersysteme	ARZT2000
<input type="checkbox"/>	Schwerdtner Medizin-Software GmbH	Q-MED
<input type="checkbox"/>	Softland GmbH	E.L.
<input type="checkbox"/>	zollsoft GmbH	Tomedo
<input type="checkbox"/>	Sonstige: Vertragssoftware-Hersteller	Vertragssoftware-Produkt

Unterschrift Vertragsarzt / ärztlicher Leiter MVZ

--

Stempel der Arztpraxis

--

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--