

Teilnahmeerklärung HAUSARZT

zum Vertrag zur Durchführung einer besonderen Versorgung gemäß § 140 SGB V i.V.m. Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V der AOK in Baden-Württemberg

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) 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 IVP-Vertrag.



Zu richten an:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Kölner Straße 18
70376 Stuttgart

Oder einfach per Fax oder E-Mail

0711- 21747 699

(Je nach Telefonanbieter können Kosten entstehen.)

E-Mail: haevgpostfach@hausarzt-bw.de

Angestellte Ärzte sind bei Teilnahme am Versorgungsnetz in Anlage 8 „Aufnahmeantrag als Versorgungsnetz“ aufzuführen.

Stammdaten

☐ Einzelpraxis ☐ BAG ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft ☐ ÜBAG

LANR

BSNR

BSNR gültig ab (TT.MM.JJJJ)

Praxisname (falls vorhanden)

Titel

Nachname

Vorname

Straße & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)

Telefon

PLZ

Ort

Telefax

E-Mail

Bankverbindung (IVP-Vergütungsanspruch wird auf das folgende Konto überwiesen)

Kontoführendes Institut

BIC

Kontoinhaber

IBAN

Notwendige Angaben des Hausarztes

- ☐ Teilnahme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit der AOK nachgewiesen
- ☐ Qualifikation „Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Katheters“ (keine Vertragsvoraussetzung)
- ☐ Geriatrische oder palliative Weiterbildung vorhanden bzw. erfolgt noch (keine Vertragsvoraussetzung – aber Vertragsziel)

IK-Nummern der Pflegeeinrichtungen, die ich im Rahmen des IVP-Vertrags als Mitglied eines Versorgungsnetzes gemäß § 7 Abs. 1 betreue

IK-Nr. Pflegeeinrichtung

IK-Nr. Pflegeeinrichtung

IK-Nr. Pflegeeinrichtung

IK-Nr. Pflegeeinrichtung

IK-Nr. Pflegeeinrichtung

IK-Nr. Pflegeeinrichtung

Managementgesellschaft

Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG), Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Kundenservice: 0711/ 21747 600 von 9:00 bis 17:00 Uhr

Verwaltungskostenpauschale (§ 21)

Die an den Hausärzterverband und MEDI für die Durchführung der Abrechnung des IVP-Vergütungsanspruchs zu zahlende **Verwaltungskostenpauschale** gemäß § 21 des IV-Pflegeheim-Vertrages beträgt 3% des IVP-Vergütungsanspruches (§ 15 Abs. 1). Für Nicht-Mitglieder des Hausärzterverbandes und MEDI wird eine Verwaltungskostenpauschale von weiteren 2 % des IVP-Vergütungsanspruches erhoben. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch die Managementgesellschaft vom Auszahlungsbetrag des IVP-Vergütungsanspruches einbehalten.

Folgende Datenverarbeitungsvorgänge durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung sind mir bekannt:

- Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG und dem Hausärzterverband sowie durch die HÄVG Rechenzentrum GmbH ausschließlich zur Durchführung des IV-Pflegeheim-Vertrages und auf Grundlage der Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b), i.V.m. § 73b SGB V. verarbeitet.
- Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem IV-Pflegeheim-Vertrag erhalten die in Anlage 1 Ziffer V. Abs. 2 des IV-Pflegeheim-Vertrages genannten Empfänger Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse bzw. deren beauftragter Dienstleister weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (§ 4 Abs. 4)
- Auch zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 15 und 16 des IVP-Vertrages hat die HÄVG 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 IVP-Vertrages erbrachten Leistungen (dokumentierten Diagnose-, Verwaltungs- und Leistungsdaten (§§ 15 und 16 und Anlage 6 des IVP-Vertrages)) einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.
- Die Krankenkasse informiert meine eingeschriebenen Pflegeheimpatienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem IV-Pflegeheim-Vertrag.
- Die Information zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 bis 18 und Art. 20 DSGVO im IV-Pflegeheim-Vertrag und der Datenschutzanlage (Anlage 1, Abschnitt V) habe ich zur Kenntnis genommen.

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag (§ 7 Abs. 1 bzw. § 7 Abs. 3). Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch soweit diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine Rechte und Pflichten als HAUSARZT informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
 - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax/ E-Mail erfolgen;
 - ich meine vertraglichen Pflichten als HAUSARZT insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 5 Abs. 1), zur Erbringung besonderer IVP-Leistungen (§ 7 Abs. 2 bis 8) sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten unter den Voraussetzungen des § 11 beendet werden kann;
 - ich selbst meine Vertragsteilnahme gemäß § 11 mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen kann;
 - sich gemäß § 15 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 6 (Vergütung und Abrechnung) mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der IVP-Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen den Abrechnungsdienstleister richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss (§ 15 Abs. 9).
 - die Managementgesellschaft das von der AOK gemäß § 16 geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskostenpauschale gemäß § 21 auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale habe ich zur Kenntnis genommen;
 - die Anlage 6 (Vergütung und Abrechnung) bis zum 31. Dezember 2022 vereinbart ist und durch Einigung von AOK, HÄVG und MEDIVERBUND nach Maßgabe des in § 15 Abs. 2 beschriebenen Verfahrens geändert werden kann; wenn sich diese Änderung nicht ausschließlich zu meinen Gunsten auswirkt und ich damit nicht einverstanden bin, habe ich ein Sonderkündigungsrecht nach § 11 Abs. 2 Satz 2;
 - die Laufzeit des Vertrages sich nach § 15 richtet, wenn ich nicht vorzeitig aus dem Vertrag ausscheide.
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 7 zum Vertragsbeginn erfülle und meine Erklärung zu „Notwendige Angaben des HAUSARZTES“ (s.o.) zutrifft. Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

(bei MVZ: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.)

[illegible]

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

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

[illegible]

Nachname

[illegible][illegible]

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

Teilnahmeerklärung Pflegeheimträger und gemeinsamer Aufnahmeantrag mit den HZV-Ärzten als Versorgungsnetz IVP

Dieser Aufnahmeantrag (Anlage 8) besteht aus einem Teil A – der Teilnahmeerklärung des Pflegeheimträgers und einem Teil B – dem Aufnahmeantrag als Versorgungsnetz IVP gem. § 9 Integrierte Versorgung Pflegeheim.

Teil A: Teilnahmeerklärung Pflegeheimträger

Hiermit erklärt der unterzeichnende Pflegeheimträger seine Teilnahme an dem Vertrag Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP) vom 12.01.2011 gegenüber der AOK Baden-Württemberg und den Vertragspartnern für die nachstehend aufgeführten Pflegeheimen.

1. Der Pflegeheimträger ist umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur IV Pflegeheim informiert.
2. Dem Pflegeheimträger ist insbesondere bekannt,
 - dass für die Pflegeeinrichtung ein Versorgungsvertrag für eine vollstationäre Einrichtung nach § 72 SGB XI vorliegen muss. Falls dieser Vertrag nicht vorliegt oder wegfällt, ist die Teilnahme am IVP-Vertrag nichtig.
 - dass die Teilnahme freiwillig ist
 - dass die Teilnahme mit dem Tag des Zugangs der Teilnahmeerklärung bei der AOK Baden-Württemberg und mit der Bestätigung der AOK Baden-Württemberg beginnt
 - dass die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gegenüber der AOK Baden-Württemberg erklärt werden kann
 - dass der Pflegeheimträger bei Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o.g. Vertrag ausgeschlossen werden kann
 - welche Teilnahmevoraussetzungen vorliegen müssen
 - welche vertraglichen Pflichten laut o. g. Vertrag zu erfüllen sind.
3. Der Pflegeheimträger erklärt, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme und zur Umsetzung der vorgenannten Aufgaben gemäß des o. g. Vertrages in den Pflegeheimen erfüllt werden und die AOK Baden-Württemberg unverzüglich darüber informiert wird, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden.
4. Der Pflegeheimträger erklärt über die Punkte 1, 2 und 3 hinaus,
 - dass vertraglich vorgesehene Pflichten und Aufgaben, insbesondere zur Fortbildung und Qualitätssicherung erfüllt werden.
5. Der Pflegeheimträger verpflichtet sich,
 - bei den unterschiedlichen Tätigkeiten die für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten und
 - bei der Erhebung von Patientendaten bei Dritten (§ 73 Abs. 1 b SGB V) bzw. bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die schriftliche Einwilligung des Patienten bzw. des Betreuers einzuholen, den Patienten ausreichend über Form, Zweck und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zu unterrichten.
6. Der Pflegeheimträger ist mit der Veröffentlichung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen im Teilnehmerverzeichnis einverstanden und erklärt sich mit der Weitergabe des Teilnehmerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner und Patienten bzw. Pflegeheimbewohner einverstanden.

Der Pflegeheimträger verpflichtet sich zur Einhaltung aller Regelungen des o.g. Vertrages in seinen Pflegeeinrichtungen, auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Pflegeheimträger

Teil B: Gemeinsamer Aufnahmeantrag Versorgungsnetz IVP (Pflegeheimträger und HZV-Ärzte)

1. Die Teilnahmeerklärung HAUSARZT (Anlage 5 IVP-Vertrag) ist gemeinsam mit dieser Bewerbung als Versorgungsnetz zur IVP bei der HÄVG zusätzlich einzureichen.
2. Die vorgenannten Teilnahmeerklärungen (Anlage 5 und Anlage 8 des IVP-Vertrags) haben nur dann Gültigkeit, sofern die Mindestbedingungen nach 3. erfüllt sind und die Zustimmung zum Beitritt durch die Vertragspartner des IVP-Vertrages nach Prüfung erfolgt ist. Erst die Zulassung zur IVP als Versorgungsnetz und die Teilnahme an IVP berechtigt zur Abrechnung von entsprechenden IVP-Vergütungen.
3. Voraussetzungen zum Beitritt IVP als Versorgungsnetz:
 - a) Perspektivisch soll die Betreuung von mindestens 10 AOK-Versicherten in einer Pflegeeinrichtung durch das teilnehmende Versorgungsnetz erreicht werden.
 - b) Das Pflegeheim wird von mindestens 2 HZV-Ärzten betreut und bildet damit das Versorgungsnetz IVP. Alternativ kann die Betreuung auch durch einen HZV-Arzt erfolgen, sofern dieser mindestens einen angestellten Arzt in seiner Praxis beschäftigt hat. Sofern der angestellte Arzt aus der Praxis ausscheidet, informiert der Arzt unverzüglich die HÄVG über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses und ggf. über die Nachfolge eines angestellten Arztes.
 - c) Die HZV-Ärzte haben sich einverstanden erklärt, ihre HZV-Patienten in die IVP einzuschreiben.
 - d) Mit diesem Antrag ist ein zwischen den Ärzten und der Pflegeeinrichtung abgestimmter Besuchs- und Vertretungsplan vorzulegen.
4. Nach abgeschlossener Prüfung der Vertragspartner erhält der HZV-Arzt ein Bestätigungsschreiben durch die HÄVG mit Startzeitpunkt des Versorgungsnetzes.
5. Die AOK Baden-Württemberg informiert die teilnehmenden Pflegeheime über den Startzeitpunkt des Versorgungsnetzes entsprechend.

Die nachstehend aufgeführte Pflegeeinrichtung und die nachstehenden HZV-Ärzte und ggf. weiterer angestellter Ärzte bilden gem. Anlage 4 IVP-Vertrag ein Versorgungsnetz und erklären sich bereit i. S. der IVP eng und kollegial zusammen zu arbeiten und bestätigen, die vorgenannten Punkte zu beachten und insbesondere die Mindestvoraussetzungen zu erfüllen.

Teilnehmende Pflegeeinrichtung des Versorgungsnetzes:

Name der Pflegeeinrichtung

Institutskennzeichen

Anzahl der Pflegeplätze

Anzahl AOK-Versicherte

Ansprechpartner

Anschrift Verwaltung

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel Pflege-
einrichtung

Teilnehmende HZV-Ärzte des Versorgungsnetzes:

Name, Vorname HZV-Arzt

LANR

BSNR

Anzahl der betreuten AOK-Versi-
cherten in der oben genannten
Pflegeeinrichtung

Davon bereits in die HZV einge-
schrieben

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel HZV-Arzt

Name, Vorname HZV-Arzt/ ange-
stellter Arzt

.....

LANR

.....

BSNR

.....

Anzahl der betreuten AOK-Versi-
cherten in der oben genannten
Pflegeeinrichtung

.....

Davon bereits in die HZV einge-
schrieben

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift und Stempel Arzt

.....

Name, Vorname HZV-Arzt/ ange-
stellter Arzt

.....

LANR

.....

BSNR

.....

Anzahl der betreuten AOK-Versi-
cherten in der oben genannten
Pflegeeinrichtung

.....

Davon bereits in die HZV einge-
schrieben

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift und Stempel Arzt

.....

Name, Vorname HZV-Arzt/ ange-
stellter Arzt

.....

LANR

.....

BSNR

.....

Anzahl der betreuten AOK-Versi-
cherten in der oben genannten
Pflegeeinrichtung

.....

Davon bereits in die HZV einge-
schrieben

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift und Stempel Arzt

.....