

<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>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  <p>HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  <p>DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND</p> </div>
<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

Titel Vorname* Nachname*

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) LANR* HÄVG-ID (falls vorhanden)

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)

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 Gültig ab (TTMMJJJJ)

Einzelpraxis BAG MVZ Angestellter Arzt

Straße & Hausnummer Telefon

PLZ Ort Telefax

E-Mail Mobil

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 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 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;

Meldeformular Vertragssoftware



**HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG**

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Nachname

Vorname

Bitte kreuzen Sie die in Ihrer Praxis verwendete Vertragssoftware an:

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)

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)

<p><u>Selbstauskunft zum Innovationszuschlag Z1 im TK-HZV-Vertrag</u></p> <p>Wichtig: Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus</p>	<div style="text-align: center;">  HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG </div> <p>Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG) 01 80 5 - 00 24 25 445 (EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
---	--

Stammdaten Arzt		
HÄVG-ID <input style="width: 100%;" type="text"/>	LANR <input style="width: 100%;" type="text"/>	BSNR <input style="width: 100%;" type="text"/>
Titel <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nachname <input style="width: 100%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>

Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattungen*:

<input type="checkbox"/> TI-Dienst - VSDM (Versichertenstammdatenmanagement) (§ 291 Abs. 2b Satz 3 SGB V).....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> TI-Dienst - elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) und Qualifizierte Elektronische Signatur (QES).....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> Bereitstellung online buchbarer Termine.....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> Nutzung HzV-Online-Key und Arztportal.....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> Angebot einer Videosprechstunde.....	liegt vor seit _____
<input type="checkbox"/> Ab 01.04.2020: TI-Dienst - Versand elektronischer Arztbriefe (z.B. KV-Connect)	liegt vor seit _____

Alternative:

*Die Selbstauskunft darf erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Zu „TI-Dienst – VSDM“: Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 291 (2b) Satz 3 SGB V verpflichtet, je Quartal zu prüfen, ob ein Versicherungsverhältnis mit der TK besteht und damit eine Leistungspflicht vorhanden ist. Dabei soll der zur Anbindung an die TI erforderliche Konnektor auf dem jeweils neusten Stand sein (aktuellstes verfügbares Update); mindestens muss dieser ab dem 01.01.2021 ePa-fähig sein, d.h. eine Anbindung an eine elektronische Patientenakte nach § 291a SGB V Abs. 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V ermöglichen. In der Regelversorgung muss zur Dokumentation des Vorliegens der dafür technisch notwendigen Infrastruktur gegenüber der KV ein Prüfprotokoll vorgelegt werden, das die erfolgreiche Verbindung des für die Anbindung an die TI erforderlichen Konnektors in der Regelversorgung dokumentiert. Belegt dieses Prüfprotokoll eine erfolgreiche Verbindung und ist der erforderliche Konnektor ePa-fähig (ab 01.01.2021) bzw. auf dem aktuellsten Stand, darf die Selbstauskunft gegenüber der HÄVG erteilt werden. Das Protokoll ist auf Nachfrage vorzulegen.
- Zu „TI-Dienst elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) und Qualifizierte Elektronische Signatur (QES)“: Die Selbstauskunft gegenüber der HÄVG darf erteilt werden, wenn die folgenden Komponenten einwandfrei funktionieren: die notwendige Hardware, insbesondere eHBA, Kartenterminal für die qualifizierte elektronische Signatur und SMC-B-Karte. Alle dazu notwendigen Softwaremodule im Praxisverwaltungssystem. Anschluss über TI-Konnektor auf dem jeweils neusten Stand (aktuellstes verfügbares Update); mindestens muss dieser ab dem 01.01.2021 ePa-fähig sein.
- Zu „Bereitstellung online buchbarer Termine“: Der HAUSARZT stellt über einen Provider eine Möglichkeit zur Online-Terminbuchung für Patienten zur Verfügung. Die Auswahl des Providers trifft der jeweilige HAUSARZT. Die Provider müssen folgende Mindestanforderungen erfüllen: Buchung in Echtzeit, Terminbestätigung / -löschung per SMS oder E-Mail, Sicherstellung einer kollisionsfreien Buchung (außer auf Veranlassung des Arztes), Einhaltung der geltenden rechtlichen Vorschriften insbesondere der Regeln des Wettbewerbsrechtes, des SGB, des BDSG und der EU-DSGVO sowie das Arbeitsstättenrecht, der Datenaustausch zwischen der Kalenderressource und dem Webservice des OTB-Service-Anbieters muss verschlüsselt erfolgen, Vorhalten eines Backup- und Recovery-Verfahren. Die TK führt ein Verzeichnis von Providern, die diese Anforderungen erfüllen und an den TK-Ärztelführer angebinden sind. Wurde mindestens ein Termin online gebucht und liegen die technischen Voraussetzungen vor, kann die Selbstauskunft gegenüber der HÄVG erteilt werden.
- Zu „Angebot einer Videosprechstunde“: Es gelten die Anforderungen nach Anlage 31b BMV-Ä – Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Liegen die erforderlichen Voraussetzungen vor und wurde mindestens eine Videosprechstunde mit der TK, ggf. auch im Rahmen des „Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung“, abgerechnet, darf die Selbstauskunft gegenüber der HÄVG erteilt werden.
- Zu „Nutzung HZV-Online-Key und Arztportal“: Die Anmeldung und regelmäßige Nutzung des unter www.Arztportal.net erreichbaren Arztportals, sowie die verbindliche Nutzung des HOK zur ad-hoc-Prüfung, ob ein Versicherter HZV-Teilnehmer ist, und digitale Übertragung von Teilnehmereinschreibungen an das HÄVG Rechenzentrum, und digitale Übertragung von Abrechnungsdaten an das HÄVG Rechenzentrum regelhaft für jeden Fall.
- Zu „TI-Dienst - Versand elektronischer Arztbriefe (z.B. KV-Connect)“: Der Dienst soll den Austausch elektronischer Arztbriefe mit Fachärzten (z.B. eArztbrief) sowie eine sichere elektronische Kommunikation mit Versicherten (z.B. eNachricht) ermöglichen. Der Dienst muss für die Verwendung in der Telematikinfrastruktur durch die Gematik bestätigt worden sein; Abrufbar unter: <https://fachportal.gematik.de/spezifikationen/weitere-anwendungen/>. Folgende Module sind zu implementieren: alle zum Versand notwendigen Softwaremodule, die zum Versand notwendige Hardware, Anschluss über TI-Konnektor auf dem jeweils neusten Stand (aktuellstes verfügbares Update); mindestens muss dieser ab dem 01.01.2021 ePa-fähig sein. Aktuell erfüllt nur der Dienst KV-Connect die notwendigen Funktionen. Sollen die Anforderungen mit einem anderen Dienst als KV-Connect, zum Beispiel KOM-LE, erbracht werden, ist dieser Dienst zu benennen. Wurde mindestens ein elektronischer Arztbrief mit einem Facharzt ausgetauscht und mit der TK abgerechnet und eine elektronische Nachricht übertragen, sind die Voraussetzungen erfüllt. Damit kann die Selbstauskunft "Nutzung von KV-Connect oder einem Äquivalent" gegenüber der HÄVG erteilt werden.

<p>Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>	<p>Datum (TT.MM.JJJJ)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<p>Stempel der Arztpraxis/MVZ</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>
---	---	--