



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen



**DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND**
Landesverband Niedersachsen e.V.
Landesverband Braunschweig e.V.

**Bitte faxen Sie diesen Antrag ausgefüllt und unterschrieben an
Ihre KVN-Bezirksstelle**

Praxisstempel

ggf. weitere Informationen (z. B. Antrag des angestellten Arztes)

T e i l n a h m e e r k l ä r u n g H Z V A O K

Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V zwischen der AOK Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, dem Deutschen Hausärzteverband – Landesverband Niedersachsen e.V. - und dem Deutschen Hausärzteverband – Landesverband Braunschweig e.V. – (im Weiteren : HZV AOK)

Wichtige Hinweise:

- Sie haben die Möglichkeit, Ihren Teilnahmewunsch drei Wochen nach Eingang Ihrer Teilnahmeerklärung schriftlich zu widerrufen.
- Sollten Sie zu Beginn der Teilnahme am Vertrag HZV AOK noch nicht alle Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, müssen Sie diese innerhalb des auf das Quartal der Antragstellung folgenden Quartals gegenüber der KVN nachweisen.

Ich beantrage die Teilnahme an der HZV AOK und akzeptiere die Inhalte des Vertrages. Gleichzeitig verpflichte ich mich zur Wahrnehmung der in § 8 HZV AOK beschriebenen Aufgaben und beauftrage die KVN mit der Durchführung des Vertrages HZV AOK, insbesondere der Abrechnung der Zusatzvergütungen auf Basis der für die Honorarabrechnung vertragsärztlicher Leistungen gültigen Vorgaben und der Übertragung der im Rahmen der Patenteneinschreibung durch mich erfassten Diagnosedaten auf die jeweiligen Abrechnungsscheine der Versicherten.

Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen (Bitte ankreuzen):

- Ich verfüge über die Genehmigung zur Psychosomatischen Grundversorgung nach Nrn. 35100 und 35110 EBM.
oder
- Ich verfüge noch nicht über die Genehmigung zur Psychosomatischen Grundversorgung nach Nrn. 35100 und 35110 EBM, werde den Erwerb der Qualifikation jedoch innerhalb eines Jahres nach Teilnahmebeginn an der HZV AOK beginnen, dies der KVN nachweisen und den Qualifikationserwerb spätestens nach Ablauf von 3 Jahren nach Teilnahmebeginn an der HZV AOK abschließen.
- Ich halte die nachfolgend aufgeführte apparative Mindestausstattung vollständig vor.

Sollten Sie die nachfolgend aufgeführte apparative Mindestausstattung noch nicht vollständig vorhalten, kreuzen Sie bitte nur die bereits jetzt in Ihrer Praxis verfügbare Mindestausstattung an:

- EKG mit 12-Kanal-Aufzeichnung
- Langzeit-RR-Monitoring (ggf. in Kooperation mit anderen Praxen)
- Qualitätskontrolliertes Blutzucker-Messgerät
- Akutlabor
- Spirometrische Lungenfunktionstestung (ggf. in Kooperation mit anderen Praxen)
- Oto- und Laryngoskop
- Notfall-Arztkoffer als Ein- oder Zweikoffer-System

Nachweis der weiteren Teilnahmevoraussetzungen (Bitte ankreuzen):

(Sollten Sie einzelne Voraussetzungen noch **nicht** erfüllen, kreuzen Sie diese bitte nicht an. In diesem Fall müssen Sie die noch fehlenden Teilnahmevoraussetzungen im Folgequartal nachweisen)

- Ich stimme der Veröffentlichung meines Vor- und Zunamens, ggf. Titel, der Praxisanschrift einschl. Telefon- und Faxnummer sowie der Praxisöffnungszeiten in den Teilnehmerverzeichnissen zur HZV AOK zu.
- Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Teilnahme an durch die Ärztekammern zertifizierten Fortbildungen in einem Umfang von mindestens 12 Fortbildungspunkten pro Jahr aus den insbesondere für diesen Vertrag relevanten Themenbereichen Patientenzentrierte Gesprächsführung, Psychosomatische Grundversorgung, Psychiatrische Erkrankungen, Schmerztherapie, Geriatrie und bedarfsabhängig aus weiteren jährlich von den Vertragspartnern verbindlich festgelegten Themenbereichen.
- Ich werde evidenzbasierte und zugleich praxiserprobte Leitlinien für die hausärztliche Praxis anwenden.
- Ich werde an Angeboten zur Pharmakotherapieberatung oder an Qualitätszirkeln zu pharmakologischen Themen teilnehmen.
- Ich führe ein einrichtungsinternes, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenes, indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement mit Dokumentation weniger, aber aussagekräftiger Qualitätsindikatoren ein.
- Mein Praxispersonal verfügt über Kenntnisse der Notfallversorgung und Reanimation.
- Meine Leistungsdokumentationen werden entsprechend der vertraglich getroffenen Vergütungsregelungen und Diagnoseangaben nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung (ICD 10) verschlüsselt. Die Diagnoseangaben sind für die Gewinnung belastbarer Daten zur Umsetzung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) geeignet. Die jeweils aktuellen Richtlinien auf Bundesebene werden von mir berücksichtigt.
- Ich übermittle zeitnah die zur Durchführung der Aufgaben der AOKN erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere im Zusammenhang mit dem Vertrag HZV AOK.
- Ich integriere die AOK-Gesundheitsangebote und spezifischen Beratungsleistungen in die Behandlungskonzepte.
- Ich unterstütze die Prämien- und Bonusprogramme der AOKN. Dies schließt die für den Patienten notwendigen Bestätigungen / Angaben (z.B. im Bonusheft) ein.
- Ich beteilige mich aktiv sowie unterstütze und fördere Verträge der AOKN nach § 73 c, §§ 140a , § 43 und § 137f SGB V.
- Ich stelle ein wirtschaftliches Überweisungs- und Verordnungsverhalten sicher und vermeide Doppeluntersuchungen.
- Ich beteilige mich an der Optimierung der ambulanten med. Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen.
- Ich führe ein Praxis-Datenverarbeitungs-System ein bzw. verfüge bereits über eines, das die elektronische Führung der Patientenakten, die Speicherung der Befunddaten, die elektronische Abrechnung und ein Einbestellsystem (z.B. Termine zu den gesetzlichen Früherkennungs-Maßnahmen, nach der Impfvereinbarung mit der AOKN vorgesehenen Wiederholungsimpfungen) sicherstellt.
- Ich halte die technischen Voraussetzungen zur Kommunikation mit E-Mail und/oder Telefax vor und nutze sie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.
- Ich halte die technischen Voraussetzungen zur elektronischen Einschreibung von Versicherten über das KVN – Portal vor und nutze diese.
- Meine Praxis nutzt ein nach BMV-Ä zertifiziertes Arztinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem).
- Ich stelle den Praxiszugang für behinderte Patienten sicher.
- Ich biete ein besonderes Sprechstundenangebot für Arbeitnehmer (z.B. am Abend oder am Wochenende) an.