

**KVN**Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

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

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 B K K – H a u s a r z t**

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

#### **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 BKK noch nicht alle Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, müssen Sie diese innerhalb des auf das Quartal der Antragstellung folgenden Quartals gegenüber der KVN nachweisen. In diesem Fall streichen Sie bitte die (noch nicht erfüllte) Teilnahmevoraussetzung.

Ich beantrage die Teilnahme an der HZV BKK und akzeptiere die Inhalte des Vertrages. Gleichzeitig verpflichte ich mich zur Wahrnehmung der in §§ 7 und 8 HZV BKK beschriebenen Aufgaben und beauftrage die KVN mit der Durchführung des Vertrages HZV BKK, insbesondere der Abrechnung der Zusatzvergütungen auf Basis der für die Honorarabrechnung vertragsärztlicher Leistungen gültigen Vorgaben.

Die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages HZV BKK weise ich wie folgt nach:

- Ich stimme der Veröffentlichung meines Vor- und Zunamens, ggf. Titel, der Praxisanschrift einschl. Telefon- und Faxnummer sowie der Praxisöffnungszeiten in den Teilnahmeverzeichnissen zur HZV BKK zu.
- Ich verfüge über die Genehmigung zur Psychosomatischen Grundversorgung nach Nrn. 35100 und 35110 EBM.
- 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 wende evidenzbasierte und zugleich praxiserprobte Leitlinien für die hausärztliche Praxis an.
- Ich nehme an Angeboten zur Pharmakotherapieberatung oder an Qualitätszirkeln zu pharmakologischen Themen teil.

- Ich führe ein einrichtungswirtschaftliches, auf die besonderen Bedingungen meiner Hausarztpraxis zugeschnittenes, indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 SGB V 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.
- Ich übermittle zeitnah die zur Durchführung der Aufgaben der BKK erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere im Zusammenhang mit dem Vertrag HZV BKK.
- Ich integriere die BKK-Gesundheitsangebote und spezifischen Beratungsleistungen in die Behandlungskonzepte.
- Ich unterstütze die Prämien- und Bonusprogramme der BKK und nehme die notwendige Dokumentation vor.
- Ich stelle ein wirtschaftliches Überweisungs- und Ordnungsverhalten sicher und vermeide Doppeluntersuchungen.
- 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 dem BKK-Landesverband 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 erkläre mich bereit, für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen die Wartezeit auf in der Regel 30 Minuten zu begrenzen. (Bei Auftreten von Notfällen sind diese bevorzugt zu behandeln).
- Ich biete nach Vereinbarung besondere Sprechstunden für Arbeitnehmer an.
- Ich halte die nachfolgend aufgeführte apparative Mindestausstattung vollständig vor.
  - 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-, Laryngoskop
  - Notfall-Arztkoffer als Ein-oder Zweikoffer-System

---

Datum

Unterschrift