

Teilnahmeerklärung Arzt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
 Mitgliederservice Sonderverträge
 Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
 E-Mail: mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de
 Fax: 069 24741-68805



KASSENÄRZTLICHE
 VEREINIGUNG
 HESSEN



Persönliche Angaben *(bitte in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)*

- Arzt (zugelassen) Arzt (angestellt in Praxis) Arzt (angestellt in MVZ) Arzt (ermächtigt)

Name (teilnehmender Arzt)	Vorname (teilnehmender Arzt)
Name (anstellender Arzt oder anstellendes MVZ)	Vorname (anstellender Arzt)
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Betriebsstättennummer	Lebenslange Arztnummer
Telefonnummer	Faxnummer
E-Mail-Adresse	

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen und der Pflichten der teilnehmenden Ärzte nach §§ 6 und 7 des Vertrages beantrage ich meine Teilnahme an dem Vertrag zur hausärztlichen Versorgung in Hessen.

(1) Erklärungen zur Teilnahmevoraussetzung *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- Ich verfüge über die Genehmigung zur Psychosomatischen Grundversorgung.
- Ein VERAH, NāPa - Zertifikat bzw. der Nachweis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ zur Betreuung chronisch Kranker durch einen Versorgungsassistenten in der hausärztlichen Praxis liegt vor.
- Ich halte die nachfolgend aufgeführte Mindestapparative Ausstattung vollständig vor:
 - EKG mit 12-Kanal-Aufzeichnung
 - Langzeit-RR-Monitoring (ggfs. in Kooperation mit anderen Arztpraxen)
 - Qualitätskontrolliertes Blutzuckermessgerät
 - Akutlabor
 - Spirometrische Lungenfunktionsprüfung (ggfs. in Kooperation mit anderen Arztpraxen)
 - Notfall-Arztkoffer als Ein- oder Zweikoffersystem

(2) Erklärungen zu weiteren Teilnahmevoraussetzungen und Verpflichtungen

- Ich stimme der Veröffentlichung meines Vor- und Zunamens ggf. Titel, der Praxisanschrift einschl. Telefon- und Faxnummer in den Teilnahmeverzeichnissen zur HzV (Internet) zu.
- Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Teilnahme an durch die Ärztekammern zertifizierten Fortbildungen in einem Umfang von mindestens 250 Fortbildungspunkten innerhalb von 5 Jahren, vorzugsweise aus den 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 Leitlinien für die hausärztliche Praxis anwenden.
- Ich werde an Angeboten zur Pharmakotherapieberatung oder an Qualitätszirkeln zu pharmakologischen Themen teilnehmen.

AOK - Hausarztvertrag

- ✓ 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.
 - ✓ Ich integriere die AOK-Gesundheitsangebote und spezifischen Beratungsleistungen in die Behandlungskonzepte (z.B. Pflegeberatung der AOK Hessen)
 - ✓ Ich unterstütze die Prämien- und Bonusprogramme der AOK Hessen. Dies schließt die für den Patienten notwendigen Bestätigungen / Angaben (z.B. im Bonusheft) ein.
 - ✓ Ich beteilige mich aktiv, sowie unterstütze und fördere Verträge der AOK Hessen nach §§ 73 c, 140a-d (a.F.), 140a (n.F.), 43 und 137f SGB V.
 - ✓ Ich stelle ein wirtschaftliches Überweisungs- und Ordnungsverhalten sicher und vermeide Doppeluntersuchungen.
 - ✓ Ich beteilige mich an der Optimierung der ambulanten med. Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen.
 - ✓ Ich berücksichtige die QSR-Berichte bei Einweisungen in das Krankenhaus.
 - ✓ 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 AOK Hessen vorgesehene 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 die von der KVH zur Verfügung gestellten EDV-Lösung 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.
- (3) Mit meiner Unterschrift erkläre ich das Vorliegen der unter Nr. 1 und 2 definierten Teilnahmevoraussetzungen und die Erfüllung der Verpflichtungen.
- (4) Sobald die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen und/oder ich die Verpflichtungen nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KV Hessen anzeigen. Die Anzeigenverpflichtung gegenüber der KV Hessen besteht auch bei Änderung der persönlichen Angaben.

Ort und Datum

Unterschrift des teilnehmenden/anstellenden Arztes/ ärztl. Leiters
des anstellenden MVZ und **Praxisstempel**

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines angestellten Arztes ist die Teilnahmeerklärung vom anstellenden Arzt bzw. ärztlichen Leiter des anstellenden MVZs zu unterschreiben.