

Anlage 1 „Teilnahmeerklärung Arzt“

zum „Vertrag zur Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b Abs. 4 S. 1 SGB V zwischen Hausärzterverband Sachsen-Anhalt und der Techniker Krankenkasse und der von den Vertragspartnern beauftragten Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt“

Absender mit lebenslanger Arztnummer

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Koordinierungsstelle für das Hausarztprogramm
Postfach 1664
39006 Magdeburg

Fax: (0391) 627 87 6348

Teilnahmeerklärung des Hausarztes zum Vertrag zur Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b Abs. 4 S. 1 SGB V zwischen Hausärzterverband Sachsen-Anhalt und der Techniker Krankenkasse und der von den Vertragspartnern beauftragten Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o.g. Hausarztvertrages informiert.
2. Ich erfülle folgende Teilnahmevoraussetzungen:
 - Teilnahme an mindestens zwei hausärztlich geprägten strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)
 - Nutzung einer arztunterstützenden Software bei der Verordnung, Überweisung und Behandlung der Versicherten, soweit diese zur Verfügung steht
 - Ausstattung mit einem nach BMV-Ä oder BMV-Ä/Ersatzkassen zertifizierten Arzt-informationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
 - apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, auch in Kooperation mit anderen Ärzten)
 - Computerfax oder Faxgerät
3. Mir ist insbesondere bekannt,
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist.
 - dass über meine Teilnahme die jeweiligen Vertragspartner entscheiden.
 - dass meine Teilnahme frühestens zum Beginn des Quartals bestätigt wird, in dem meine Teilnahmeerklärung bei der KVSA eingegangen ist.
 - dass eingeschriebene Versicherte sich verpflichtet haben, ambulante fachärztliche Behandlung nur auf Überweisung durch den gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Hiervon ausgenommen sind die direkte Inanspruchnahme eines niedergelassenen Facharztes für Frauenheilkunde, Augenheilkunde und Notfälle, bei denen die vorherige Einschaltung des Hausarztes nicht angezeigt ist.
 - dass eingeschriebene Versicherte sich verpflichtet haben, grundsätzlich Termine für Arztbesuche vorab zu vereinbaren. Im Falle der Terminvereinbarung soll die Wartezeit auf in der Regel maximal 30 Minuten begrenzt werden. Längere Wartezeiten können durch Notfälle und unvorhergesehene Umstände eintreten.
 - dass bei akuten Behandlungsfällen eine taggleiche Behandlung sicherzustellen ist und Termine spätestens für den übernächsten Tag zu vergeben sind.
 - bei Bedarf ein Angebot einer Früh- oder Abendterminsprechstunde für Werktage (ab 7 Uhr oder bis 20 Uhr) oder einer Samstagsterminsprechstunde für berufstätige HzV-Versicherte gegeben wird.
 - dass ich in medizinisch notwendigen Fällen die Vermittlung von zeitnahen Facharztterminen bei durch mich veranlasste Überweisungen unterstütze.
 - welche vertraglichen Verpflichtungen ich als Hausarzt zu erfüllen habe, insbesondere:
 - a) Wahrnehmung der Lotsenfunktion z.B. durch Vermeidung von nicht notwendigen Doppeluntersuchungen, Förderung ambulanter Operationen, Prüfung der Einschaltung eines Facharztes vor Krankenhauseinweisung;
 - b) Berücksichtigung der für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien;
 - c) Aktive Information der Patienten über den Vertrag;

- d) Aktive Mitwirkung bei der Versorgungssteuerung (z.B. Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Krankengeldtage sowie Heil - und Hilfsmittelmanagement);
 - e) Grundsätzliche Verordnung von zentral beschafften Arzneimittel, soweit die TK hierzu besondere Verträge mit den Anbietern geschlossen hat;
 - f) Unterstützung der Steuerungsaktivitäten der TK durch zeitnahes Bearbeiten von Anfragen;
 - g) Berücksichtigung und Förderung der Selektivverträge der TK, soweit ich darüber informiert wurde;
 - h) Im Vertretungsfall Information der Patienten über einen mich vertretenden Hausarzt, der ebenfalls an o.g. Vertrag teilnimmt;
 - i) Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedürfnisse einer Hausarztpraxis zugeschnittenen Qualitätsmanagements, entsprechend den Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung über die KVSA erhalte.
 - dass ich die besonderen Qualitätsanforderungen zu erfüllen und die Nachweise gegenüber der KVSA zu erbringen habe, soweit diese nicht vorliegen, insbesondere:
 - a) Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung gemäß § 95 d SGB V;
 - b) Teilnahme an Qualitätszirkeln und mindestens jährlich zwei IhF-zertifizierten Fortbildungen.
 - dass die Einschreibung von Versicherten in diesen Vertrag Einfluss auf die Regelleistungsvolumen (RLV) bzw. qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) ab 01.01.2011 haben wird.
 - dass ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o.g. Hausarztvertrag ausgeschlossen werden kann.
 - dass ich ein Kündigungsrecht nach dem o.g. Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende habe.
4. Ich erkläre ferner, dass ich die von Patienten unterschriebene Teilnahmeerklärung an diesem Hausarztvertrag entgegennehme und sie unterschrieben innerhalb einer Woche an die KVSA zur Erfassung und Weitergabe an die TK sende.
5. Ich bin mit der Veröffentlichung folgender personenbezogener Angaben durch die TK und durch den Hausärzterverband Sachsen-Anhalt e.V. in einem von der KVSA geführten Teilnehmerverzeichnis einverstanden:
- mein Name, Vorname, Praxistelefonnummer und meine Praxisanschrift,
 - meine Fachgruppe sowie
 - die lebenslange Arztnummer und die Betriebsstättennummer.
- Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des Teilnehmerzeichnisses an die Vertragspartner und die teilnehmenden Patienten einverstanden.
- Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit Widerruf der Einwilligung ist eine Teilnahme am Vertrag nicht mehr möglich.

Datum:

 Name, Vorname und Unterschrift niedergel. (anstellender) Arzt
 Ermächtigter Arzt (§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV) / MVZ

 Stempel Arzt / BAG / MVZ

Datum:

 Name, Vorname und Unterschrift angestellter Hausarzt

 Stempel des angestellten Arztes

Wichtig: Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss jedes Mitglied der BAG eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!