

# Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung der KV Sachsen

|   |   |
|---|---|
| <b>Vertragspartner</b>                                  | <b>BKK-VAG Ost</b>  |
| <b>Vertragsbeginn</b>                                   | 01.01.2008  |
| <b>Welche Ärzte/angestellte Ärzte können teilnehmen</b> | Hausärzte   |
| <b>Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes an:</b>        | KV Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle, Abteilung Qualitätssicherung          |
| <b>Teilnahme ab wann möglich:</b>                       | ab Quartal der Abgabe der Teilnahmeerklärung und Betätigung durch die KVS |

## 1. Qualitätsanforderungen- Zugangsvoraussetzungen

|  |   |
|--|---|
| Erfüllung Fortbildungsverpflichtung § 95d SGB V  |   |
| strukturierte <b>hausärztliche Fortbildung im Rahmen von Qualitätszirkeln und/ oder anerkannten Fortbildungsveranstaltungen</b> zu folgenden Inhalten: | mindestens 1 Fortbildung:                           |
| - patientenzentrierte Gesprächsführung   | <input type="checkbox"/> <b>oder</b>                |
| - psychosomatische Grundversorgung   | <input type="checkbox"/> <b>oder</b>                |
| - Palliativmedizin   | <input type="checkbox"/> <b>oder</b>                |
| - allgemeine Schmerztherapie   | <input type="checkbox"/> <b>oder</b>                |
| - Geriatrie bzw. Kinder- und Jugendmedizin   | <input type="checkbox"/> <b>oder</b>                |
| - DMP-orientiert   | <input type="checkbox"/>                            |
| Teilnahme an strukturierten Veranstaltungen/QZ zu <b>Arzneimitteltherapie</b>  | <input type="checkbox"/>                            |
| Teilnahme an strukturierten QZ zur <b>hausärztl. Praxis</b>  |   |
| Einsatz evidenzbasierter Leitlinien  | <input type="checkbox"/>                            |
| Einführung QM-System gemäß Richtlinie des G-BA   | <input type="checkbox"/>                            |
| Teilnahme an psychosom.atischer Grundversorgung *  |   |
| Zusatzweiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie  |   |
| Genehmigung zur Abrechnung von Akupunkturleistungen  |   |
| Kinderarzt   |   |
| Teilnahme am elektronischen DMP (eDMP)   | <input type="checkbox"/> <b>Diabetes mel. Typ 2</b> |
| Teilnahme an weiteren eDMP   | <input type="checkbox"/>                            |
| Berücksichtigung der Leitlinien bei DMP  |   |
| Berücksichtigung der Grundsätze des Arzneimittelmanagements  |   |

\* (Nachqualifikation innerhalb von 3 Jahren möglich, dabei muss der Nachweis des Beginns innerhalb 1 Jahres nach Vertragsteilnahme gegenüber der KV Sachsen erbracht werden)

### sachliche Mindestausstattung:

|  |                          |
|--|--------------------------|
| funktionstüchtiges Faxgerät                          | <input type="checkbox"/> |
| elektronische Kommunikation - E-Mail                 |                          |
| Praxis-Datenverarbeitungssystem                      | <input type="checkbox"/> |
| - elektronische Führung Patientenakten               | <input type="checkbox"/> |
| - Recallsystem (für Impfen, Früherkennungsmaßnahmen) | <input type="checkbox"/> |
| - Speicherung von Befunddaten                        | <input type="checkbox"/> |
| - elektronische Abrechnung                           |                          |

### apparative Mindestausstattung:

|  |                          |
|--|--------------------------|
| EKG  | <input type="checkbox"/> |
| Belastungs-EKG (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)      |                          |
| Akutlabor  | <input type="checkbox"/> |
| Lungenfunktionstest (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) | <input type="checkbox"/> |
| Blutdruckmessung   |                          |
| Blutzuckermessung  |                          |
| behindertenfreundlicher Praxiszugang (soweit baulich zumutbar)   | <input type="checkbox"/> |

## 2. Nachweispflicht (fachliche/sächliche Voraussetzung)

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| zu Beginn der Teilnahme am Vertrag |   |
| 1 Jahr nach Teilnahme am Vertrag   | x |

# Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung der KV Sachsen

|  |  |
|--|--|
| <b>Vertragspartner</b>   | <b>BKK-VAG Ost</b>   |
| <b>3. Häufigste Fragen</b>   |  |
| <b>Welche Patienten sind teilnahmeberechtigt?</b>  | Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres   |
| <b>Wohin müssen die Einschreibebögen der Patienten versandt werden?</b>                              | BKK Hausarztzentrierte Versorgung<br>PF1455<br>39004 Magdeburg   |
| <b>Bis wann müssen die Einschreibebögen der Patienten versandt werden?</b>                           | unverzüglich   |
| <b>Verfügt der Patient über eine "Hausarzt-Card" oder einen Aufkleber für die Versichertenkarte?</b> | der Versicherte erhält von seiner BKK einen separaten Nachweis, welcher dokumentiert, dass er an der HVZ teilnimmt   |
| <b>Welche Abrechnungsnummern zum Vertrag gibt es?</b>  | 91100B, 91102B   |
| <b>Was hat der Vertreter bei eingeschriebenen Patienten zu beachten?</b>                             | Der vertretende Arzt rechnet die erbrachten Leistungen ausschließlich nach EBM ab. Die vertragspezifischen Abrechnungsnummern dürfen nicht angesetzt werden. |
| <b>Mit welcher Frist kann der Vertrag durch den Arzt gekündigt werden?</b>                           | 4 Wochen zum Quartalsende  |