

**Vertrag über die
Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V**
in der Fassung der 3. Änderungsvereinbarung inkraft ab 1. Januar 2015

zwischen

1. BKK Landesverband Mitte
Siebstr. 4
30171 Hannover
(vertreten durch den Vorstand)

einerseits (*Vertragspartner zu 1.*)

und

2.

Deutscher Hausärzteverband
- Landesverband Braunschweig e. V. -
Fasanenstraße 22
38102 Braunschweig
(vertreten durch den Landesvorsitzen-
den)

Deutscher Hausärzteverband
- Landesverband Niedersachsen e. V. -
Berliner Allee 22
30175 Hannover
(vertreten durch den Landesvorsitzen-
den)

Der BVKJ Service GmbH in Abstimmung mit dem Berufsverband
der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands e.V. (BVKJ)
- Landesverband Niedersachsen -
Friedrich-Ebert-Straße 44a, 26954 Nordenham
(vertreten durch den Landesvorsitzenden)

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN),
Berliner Allee 22
30175 Hannover
(vertreten durch den Vorstand),

andererseits (*Vertragspartner zu 2.*)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Präambel..... | 3 |
| § 1 Gegenstand und Zielsetzung | 4 |
| § 2 Geltungsbereich..... | 4 |
| § 3a Aufgabenwahrnehmung für die dem Vertrag beigetretenen Betriebskrankenkassen | 5 |
| § 3b Aufgabenwahrnehmung der Vertragspartner zu 2. | 5 |
| § 4 Vertragssausschuss | 5 |
| § 5 Schlichtungsstelle | 6 |
| § 6 Beginn und Ende der Teilnahme von Ärzten | 7 |
| § 7 Qualitätsanforderungen an teilnehmende Ärzte..... | 8 |
| § 8 Besondere Aufgaben der teilnehmenden Ärzte | 11 |
| § 9 Teilnahme des Versicherten | 14 |
| § 10 Beginn und Ende der Teilnahme von Versicherten..... | 15 |
| § 11 Information des Versicherten | 15 |
| § 12 Mitwirkung der teilnehmenden Versicherten | 15 |
| § 13 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen | 16 |
| § 14 Vergütungen für besondere Aufgaben | 16 |
| § 15 Vertragscontrolling | 18 |
| § 16 Vertragsverletzungen..... | 18 |
| § 17 Datenschutz..... | 19 |
| § 18 Laufzeit, Kündigung und Schriftform | 19 |
| § 19 Salvatorische Klausel..... | 20 |
| Liste der Anlagen | 20 |

Präambel

Die hausärztliche Versorgung ist ein unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Für viele Patienten ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner im Umgang mit der Erkrankung, bei der Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie, bei der Gesundheitsberatung und -förderung sowie für die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.

Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte sind gleichberechtigt bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung. Im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen betreuen Kinder- und Jugendärzte in der hausarztzentrierten Grundversorgung die Kinder und Jugendlichen nach pädiatrischen Grundsätzen, Hausärzte nach allgemeinmedizinischen Grundsätzen.

Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte tragen dafür Sorge, dass die Versorgungsrealität und die bestehenden Arzt-Patienten-Beziehungen in der Verteilung der Betreuung durch die beteiligten Arztgruppen dadurch nicht verändert werden. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen bleiben unberührt. In diesem Sinne werden beide Arztgruppen im Sinne dieses Vertrages als Hausärzte bezeichnet.

Die Versicherten der an diesem Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen (nachstehend BKK genannt) haben gemäß § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf Unterstützung durch ihre Krankenkasse, insbesondere zur Orientierung und Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Durch diese hausarztzentrierte Versorgung wird eine besondere Betreuung gewährleistet.

Die Vertragspartner setzen vor diesem Hintergrund die konkreten gesetzlichen Vorgaben des § 73 b SGB V (GKV-WSG) einer hausarztzentrierten Versorgung um. Ziel dieses Vertrages ist es, die hausärztliche Versorgung für Versicherte der BKK durch Zusammenarbeit mit engagierten und besonders qualifizierten Hausärzten hinsichtlich Qualität, Serviceleistungen und Koordinierung zu verbessern.

Abschnitt I Struktur und Organisation

§ 1 Gegenstand und Zielsetzung

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V in Niedersachsen für die am Vertrag teilnehmenden BKK.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte übernehmen die Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten und verantworten die wirtschaftliche, qualitativ hochwertige sowie serviceorientierte Behandlung. Dadurch werden Wirtschaftlichkeitspotenziale, z. B. im Bereich der Arzneimitteltherapie, vermeidbarer Krankenhausaufenthalte und allen anderen nachgelagerten Versorgungsbereichen erschlossen. Die Vertragspartner werden laufend Maßnahmen zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität realisieren.
- (3) Die Ziele dieses Vertrages sollen insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:
 - innovatives Vergütungssystem, das wirtschaftliche und qualitätsorientierte Handlungsweisen fördert (pay for performance = p4p, (vgl. §§ 4 Abs.5, 14 Abs. 6))
 - individuelle Begleitung der teilnehmenden Versicherten durch den gesamten Versorgungsprozess.
- (4) Die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen dieses Vertrages werden durch ein zwischen den Vertragspartnern abgestimmtes Vertragscontrolling begleitet.
- (5) Der Vertrag wird entsprechend der Entwicklung der Versorgung kranker Menschen und den Erkenntnissen aus dem Vertragscontrolling dieses Vertrages weiterentwickelt.
- (6) Des Weiteren regelt dieser Vertrag die Vergütung der teilnehmenden Ärzte sowie sämtliche Module der operativen Umsetzung dieses Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 - a) zugelassene Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte und Gemeinschaften dieser Ärzte (angestellte Ärzte) sowie
 - b) Hausärzte und Kinder und Jugendärzte in zugelassenen fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen sowie in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren,

die die Anforderungen nach § 7 dieses Vertrags erfüllen (im Folgenden zusammengefasst als Ärzte bezeichnet) und ihren Arztsitz in Niedersachsen haben.

- (2) Diese Vereinbarung gilt für Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem Vertragspartner zu 1. ihren Beitritt erklärt haben *. Mit der Teilnahme erklärt die BKK voll umfänglich, die Vertragsregelungen gegen sich gelten zu lassen.
- (3) Weiter gilt die Vereinbarung für alle Versicherten der BKK nach Abs. 2, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag gemäß § 9 bei einem an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt erklärt haben.
- (4) Versorgungsregion ist der Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

* Protokollnotiz: Die Vertragspartner zu 2. behalten sich vor, gegen die Betriebskrankenkassen ein Schiedsverfahren einzuleiten, die bis zum 15.09.2010 den Beitritt zum Vertrag nicht erklärt haben,.

§ 3a Aufgabenwahrnehmung für die dem Vertrag beigetretenen Betriebskrankenkassen

- (1) Die aus dieser Vereinbarung für die dem Vertrag beigetretenen Betriebskrankenkassen resultierenden Rechte und Pflichten ergeben sich aus den §§ 9, 10, 11, 12, 14, 16 und 17.
- (2) Änderungen dieser Rechte und Pflichten erfolgen nach einvernehmlicher Festlegung im Vertragsausschuss durch den Vertragspartner zu 1. durch Vertragsänderung oder -ergänzung.

§ 3b Aufgabenwahrnehmung der Vertragspartner zu 2.

- (1) Die aus dieser Vereinbarung für die Vertragspartner zu 2. resultierenden Rechte und Pflichten ergeben sich aus den §§ 6, 7, 8, 14 und 16.
- (2) Änderungen dieser Rechte und Pflichten erfolgen nach einvernehmlicher Festlegung im Vertragsausschuss der Vertragspartner zu 2. durch Vertragsänderung oder -ergänzung.

§ 4 Vertragssauschuss

- (1) Zur vertragsbegleitenden Steuerung richten die Partner dieses Vertrages bei Bedarf einen Vertragsausschuss ein. Die Besetzung erfolgt paritätisch zu den Vertragspartnern 1 und 2. Auf Anregung eines Vertragspartners können externe Berater ohne Stimmrecht an den Sitzungen teilnehmen.

- (2) Der Vertragsausschuss hat die Kompetenz, Entscheidungen über die Vertragsumsetzung zu treffen. Im Vertragsausschuss erzielte Ergebnisse sind für die Vertragspartner bindend. Die Notwendigkeit von Vertragsänderungen kann im Vertragsausschuss beschlossen und vorbereitet werden. Die Entscheidung wird von den Vertragspartnern getroffen.
- (3) Der Vertragsausschuss hat eine Geschäftsordnung (Anlage 7).
- (4) Der Vertragsausschuss tagt mindestens einmal pro Halbjahr. Der Vertragsausschuss kann bedarfsabhängig auch außerhalb der regelmäßigen Tagungen auf Wunsch eines Vertragspartners einberufen werden. Die Sitzungen erfolgen unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Spätestens 14 Tage vor den Sitzungen liegt den Vertragspartnern der Entwurf einer Tagesordnung vor. Die Besprechungsergebnisse werden schriftlich protokolliert und von beiden Vertragspartnern unterschrieben.
- (5) Der Vertragsausschuss ist zuständig für die im Rahmen des Vertrages auftretenden Grundsatzfragen, insbesondere für die
 - Begleitung der praktischen Umsetzung und Bewertung der laufenden Erkenntnisse;
 - Anpassung und Weiterentwicklung der Vergütungsbestandteile, insbesondere p4p (vgl. §§ 1 Abs.3, 14 Abs. 6)
 - Evaluierung/Vertragscontrolling, Beobachtung des Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten, Auswertung, Berichterstattung und Veröffentlichung der Ergebnisse;
 - Erstellung und Etablierung eines Berichtswesens;
 - Weiterentwicklung des Vertrages.
- (6) Die Aufwendungen für Mitglieder im Vertragsausschuss trägt der entsendende Vertragspartner.

§ 5 Schlichtungsstelle

Die Vertragspartner richten eine Schlichtungsstelle ein, deren Tätigkeit einer möglichen Einschaltung der staatlichen Gerichte vorgeschaltet werden soll. Das Schlichtungsverfahren stellt allerdings keine zwingende Prozessvoraussetzung für die Inanspruchnahme gerichtlichen Rechtsschutzes dar. Die Vertragspartner treffen die hierzu erforderlichen Regelungen in der Geschäftsordnung der Schlichtungsstelle (Anlage 8).

Abschnitt II Teilnahme von Ärzten

§ 6 Beginn und Ende der Teilnahme von Ärzten

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist gegenüber der KVN schriftlich zu beantragen (Anlage 3 – Teilnahmeerklärung Arzt). Mit dem Antrag ist der Nachweis der persönlichen und sächlichen Anforderungen gemäß § 7 dieses Vertrages zu führen. Mit dem Antrag werden die Inhalte dieses Vertrages vom Arzt akzeptiert, die Verpflichtung zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben erklärt und die KVN mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere der Abrechnung der Zusatzvergütungen nach diesem Vertrag auf Basis der für die Honorarabrechnung vertragsärztlicher Leistungen gültigen Vorgaben beauftragt und die Zustimmung zur Veröffentlichung des Vertragsteilnehmer mit Namen und Praxisanschrift im Internet erteilt. Wenn und soweit bereits eine Teilnahme an einem anderen hausarztzentrierten Versorgungsvertrag genehmigt wurde und die Voraussetzungen nach dieser Vereinbarung nachgewiesen wurden, reicht eine schriftliche Teilnahmeerklärung aus.
- (3) Die KVN überprüft die Richtigkeit der vom Arzt gemachten Angaben und führt darüber eine Übersicht.
Die KVN entscheidet im Auftrag der Vertragspartner über die Teilnahme des Arztes und teilt diesem die Entscheidung schriftlich mit. Das Schreiben beinhaltet den Vertragsteilnahmebeginn sowie ggf. die Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß §§ 7 und 8. Erfüllt der Arzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. 4, ist die Abgabe eines neuen Teilnahmeantrages des Arztes erforderlich.
- (4) Ärzte, die eine Teilnahme an diesem Vertrag erklären und die zu Beginn noch nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllen, müssen diese innerhalb des Folgequartals nach Antragstellung gegenüber der KV Niedersachsen nachweisen.
- (5) Der BKK LV erhält das Recht alle Unterlagen nach Absatz 2 und 3 einzusehen.
- (6) Die Teilnahme des Arztes ist grundsätzlich nach Antragseingang bei der KVN, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem die Nachweise nach Abs. 2 vollständig bei der KVN vorliegen, möglich.
- (7) Der Arzt kann den Antrag auf Teilnahme schriftlich gegenüber der KVN widerrufen. Die Widerrufsfrist (Zugang bei der KVN) beträgt drei Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung.
- (8) Eine Kündigung der Teilnahme eines Arztes ist frühestens nach Ablauf von vier Quartalen seit Beginn der Teilnahme möglich. Die Kündigung erfolgt schriftlich gegenüber der KVN mit einer Frist von acht Wochen zum Ende des Quartals.

- (9) Die Teilnahme eines Arztes an diesem Vertrag endet durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 7 oder durch Beschluss nach § 16 dieses Vertrages zum Ende des Quartals. In diesem Fall ist der Arzt durch die KVN im Namen der Vertragspartner auszuschließen. Die BKK kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.
- (10) Der Arzt kann bei Erfüllen der Teilnahmevoraussetzungen erneut seine Teilnahme gemäß Absatz 2 zum nächsten Quartalsbeginn beantragen.
- (11) Bei Ausschluss des Arztes nach § 16 ist eine erneute Teilnahme frühestens nach einem Jahr möglich. Bei besonders schwerwiegenden Verstößen kann der Vertragsausschuss den Arzt auf Dauer von der Teilnahme ausschließen.
- (12) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVN.
- (13) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte führt die KVN im Auftrag der BKK ein Verzeichnis. Die KVN stellt die aktuellen Fassungen dieses Verzeichnisses der BKK bei Bedarf in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 7 Qualitätsanforderungen an teilnehmende Ärzte

- (1) Zu den persönlichen Qualitätsanforderungen gehören:
 - a) Teilnahme als Vertragsarzt im Rahmen der hausärztlichen oder hausärztlich-pädiatrischen Versorgung in Niedersachsen.
 - b) Verpflichtung zur Erfüllung der Aufgaben nach § 8 dieses Vertrages.
 - c) Die Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 Psychotherapie-Vereinbarung.
 - d) An der **hausärztlichen** Versorgung teilnehmende Ärzte (Hausärzte) müssen die regelmäßige Teilnahme an durch die Ärztekammern zertifizierten Fortbildungen nachweisen. Je Jahr der Teilnahme sind mindestens 12 Fortbildungspunkte nachzuweisen, aus den insbesondere für diesen Vertrag relevanten Themenbereichen:

Patientenzentrierte Gesprächsführung

Psychosomatische Grundversorgung

Psychiatrische Erkrankungen

Schmerztherapie

Geriatric

und bedarfsabhängig aus Themenbereichen, die jährlich verbindlich vom Vertragsausschuss festgelegt werden und die Ziele des Vertrages unterstützen.

An der **hausärztlichen-pädiatrischen** Versorgung teilnehmende Ärzte (Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin) und müssen die regelmäßige Teilnahme an durch die Ärztekammern zertifizierten Fortbildungen nachweisen. Je Jahr der Teilnahme sind mindestens 12 Fortbildungspunkte nachzuweisen, aus den insbesondere für diesen Vertrag relevanten Themenbereichen:

Patientenzentrierte Gesprächsführung

Psychosomatische Grundversorgung

Psychiatrische Erkrankungen

Schmerztherapie

Entwicklungs- und Sprachstörungen im Kindes- und Jugendalter

Allergie, Asthma, Neurodermitis im Kindes- und Jugendalter

Sozialpädiatrie und AD(H)S

und bedarfsabhängig aus Themenbereichen, die jährlich verbindlich vom Vertragsausschuss festgelegt werden und die Ziele des Vertrages unterstützen.

Die Landesverbände des Deutschen Hausarztverbandes und des bvkj bieten im Rahmen der Fortbildung gem. d) entsprechende Maßnahmen an.

- e) Anwendung evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien für die hausärztliche bzw. kinder- und jugendärztliche Praxis.
- f) Teilnahme an Angeboten zur Pharmakotherapieberatung oder Teilnahme an Qualitätszirkeln zu pharmakologischen Themen. Die Vertragspartner stimmen die Angebote einvernehmlich ab.
- g) Die Durchführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen der teilnehmenden Hausarztpraxis bzw. Kinder- und Jugendarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 SGB V.
- h) Nachweis der Ausbildung des Praxispersonals in Kenntnissen der Notfallversorgung und Reanimation.
- i) Leistungsdokumentationen müssen 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 Bundesminis-

teriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung (ICD 10) verschlüsselt werden. Die Diagnoseangaben müssen geeignet sein für die Gewinnung belastbarer Daten zur Umsetzung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Die jeweils aktuellen Richtlinien auf Bundesebene sind zu berücksichtigen.

- j) zeitnahe Übermittlung der zur Durchführung der Aufgaben der BKK erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere im Zusammenhang mit diesem Vertrag.
 - k) Integration der BKK-Gesundheitsangebote und spezifischen Beratungsleistungen in die Behandlungskonzepte.
 - l) Unterstützung und Dokumentation im Rahmen der Prämien- und Bonusprogrammen der BKK.
 - m) Sicherstellung eines wirtschaftlichen Überweisungs- und Verordnungsverhaltens sowie Vermeidung von Doppeluntersuchungen.
- (2) Zu den sächlichen Qualitätsanforderungen gehören:
- a) Einführung eines Praxis-Datenverarbeitungs-Systems, welches 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.
 - b) Vorhaltung und Nutzung der technischen Voraussetzungen zur Kommunikation mit E-Mail und/oder Telefax, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.
 - c) Vorhaltung und Nutzung der technischen Voraussetzungen zur elektronischen Einschreibung von Versicherten über das KVN-Portal.
 - d) Vorhaltung einer apparativen Mindestausstattung:
 - Hausärzte:
 - 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
 - Kinder- und Jugendärzte:
 - Qualitätskontrolliertes Blutzucker-Messgerät
 - Akutlabor
 - Spirometrische Lungenfunktionstestung (ggf. in Kooperation mit anderen Praxen)
 - Oto-, Laryngoskop

- Notfall-Arztkoffer als Ein- oder Zweikoffer-System
 - Babywaage
 - Hörtestgerät (Audiometer)
 - Materialien zur Entwicklungsdiagnostik
- e) Die Ausstattung der teilnehmenden Arztpraxen mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem) .
- f) Sicherstellung des Praxiszugangs für behinderte Patienten.
- h) Angebot von besonderen Sprechstunden für Arbeitnehmer nach Vereinbarung.

§ 8 Besondere Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

- (1) Die besonderen Aufgaben der teilnehmenden Ärzte sind nachfolgend geregelt.
- (2) Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich:
- a) die Versicherten der BKK über die Inhalte und Ziele des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren und auf Wunsch in die hausarztzentrierte Versorgung einzuschreiben. Diese Einschreibung erfolgt arztseitig mittels der Teilnahmeerklärung Versicherte (Anlage 1). Vor Einschreibung von Kindern wird den Erziehungsberechtigten das Informationsblatt gem. Anlage 11 ausgehändigt und erläutert.
 - b) im Behandlungsfall durch aktive Steuerung Doppeluntersuchungen zu vermeiden.
 - c) die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen vorzunehmen, auch in der Form, dass durch die Arztpraxis auf Wunsch des Patienten in medizinisch erforderlichen Fällen entsprechende Termine direkt mit dem Mit- bzw. Weiterbehandler zeitnah vereinbart werden.
 - d) einen aktiven Austausch mit Ärzten bzw. anderen Leistungserbringern bei Mit- bzw. Weiterbehandlung, insbesondere auch bei stationärer Einweisung, zu führen.
 - e) die Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt für alle Patienten kostenfrei sicher zu stellen.
 - f) die Dokumentation durchzuführen, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,

- g) Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten einzuleiten oder durchzuführen. Präventionsangebote der BKK sind zu berücksichtigen und aktiv zu unterstützen,
 - h) zur aktiven Beteiligung an sowie Unterstützung und Förderung von Verträgen der BKK (z. B. nach §§ 73 c, 140a, 43, 111 und 137 f SGB V). Der Vertragsausschuss legt die Umsetzung im Einzelnen fest.
 - i) zur zeitnahen Übermittlung der zur Durchführung der Aufgaben der BKK erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere im Zusammenhang mit diesem Vertrag.
- (3) Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich im Rahmen der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln
- a) die in den Leitlinien genannten Wirkstoffe zu beachten, soweit sie vorhanden sind,
 - b) insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und auf eine Auswahl aus den preisgünstigsten Mitteln zu achten.
- (4) Der teilnehmende Arzt
- a) bezieht die weiter- oder mitbehandelnde Facharztebene leitliniengerecht mit ein.
 - b) prüft bei erforderlichen Operationen unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen, ob eine ambulante Operation medizinisch möglich ist.
 - c) nimmt erforderliche Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung gezielt unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen vor.
 - d) erklärt sich 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).
 - e) informiert den Patienten bei Erscheinen in der Praxis auf Wunsch über die voraussichtliche Wartezeit.
- (5) Die Beratungsangebote der BKK werden im Einvernehmen der Vertragspartner aktiv und kooperativ zur Verbesserung der Versorgungsqualität unterstützt und die Steuerungsansätze zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie zur erfolgreichen Umsetzung dieses Vertrages genutzt.
- (6) Für eingeschriebene Versicherte ist ein Sprechstundenangebot, insbesondere am Abend oder am Wochenende, sicherzustellen. Bei Urlaub und Krankheit ist eine Vertretungsregelung durch einen ebenfalls an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt oder einen eigenen Praxisvertreter zu schaffen.

- (7) Der Arzt verpflichtet sich, die Daten der Teilnahmeerklärungen der Versicherten tagesaktuell zu erfassen.
- (8) Im Falle der Beendigung seiner Teilnahme an diesem Vertrag, hat der Arzt die BKK sowie die bei ihm eingeschriebenen Patienten unverzüglich zu informieren.
- (9) Der Arzt verpflichtet sich zur Übermittlung von Daten im Rahmen des zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Vertragscontrollings.
- (10) Sofern ein Hausarzt im Rahmen der bestehenden Arzt-Patienten-Beziehung ein chronisch krankes Kind in die hausarztzentrierte Versorgung einschreibt, ist seitens dieses Hausarztes sicherzustellen, dass dieses Kind grundsätzlich mindestens 1 bis 2 x im Jahr, im Bedarfsfall auch häufiger, einem Kinder- und Jugendarzt vorgestellt wird. Eine Erläuterung hierzu ist als Anlage 10 Teil der Vereinbarung. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinder- und Jugendarztes, u. a. zu Früherkennungsuntersuchungen bleibt unberührt.

Abschnitt III Teilnahme des Versicherten

§ 9 Teilnahme des Versicherten

- (1) Die Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der BKK gemäß § 2 Absatz 3 dieses Vertrages.
- (3) Der Versicherte wählt einen an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist im Rahmen einer persönlichen Inanspruchnahme gegenüber diesem zu erklären. Mit dieser Erklärung werden die Regeln dieses Vertrags akzeptiert und der Arzt gewählt (Anlage 1a – Einschreibung). Der Arzt verpflichtet sich, das Original der Teilnahmeerklärung des Versicherten innerhalb von 7 Arbeitstagen per Post oder Telefax an die zuständige BKK zu übermitteln. Er nimmt das Original oder eine Kopie zu seinen Unterlagen. Der Versicherte hat Anspruch auf eine mit einem Arztstempel versehene Version der Erklärung für seine Unterlagen. Der Arzt übermittelt die notwendigen Daten der Teilnahmeerklärung soweit möglich tagesaktuell im KVN-Portal. Die KVN leitet diese Daten an die BKK weiter. Einzelheiten der Datenerfassung und Datenübermittlung sind in Anlage 2 geregelt.
- (4) Mit der Teilnahmeerklärung erteilt der Versicherte die schriftliche Einwilligung zu Datensammlung und -austausch durch den Arzt gem. § 73 Abs. 1b SGB V. Der Arzt soll auf Grund der schriftlichen Einwilligung des Versicherten bei Leistungserbringern, die seinen Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben.
- (5) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Augen -, Frauen -, Kinder - und Jugendärzte nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Arzt in Anspruch zu nehmen. Bei Notfällen oder bei urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Arztes soll grundsätzlich ein niedergelassener Hausarzt in Anspruch genommen werden. Dieser sollte möglichst ebenfalls an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Die teilnehmenden Versicherten sollen eine Krankenhausbehandlung nur auf Verordnung des Arztes oder des auf Überweisung in Anspruch genommenen Facharztes in Anspruch nehmen.
- (6) Die BKK schließt eine gleichzeitige Teilnahme an anderen Hausarztverträgen aus.
- (7) Versicherte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, benötigen zum Wirksamwerden ihrer Teilnahme die Unterschrift ihres gesetzlichen Vertreters. Bei Versicherten unter 18 Jahren kann der Erziehungsberechtigte zusätzlich unterschreiben.

§ 10 Beginn und Ende der Teilnahme von Versicherten

- (1) Mit der Einschreibung wird der betreuende Arzt gewählt. Es gilt eine Widerrufsfrist der Einschreibung von vier Wochen.
- (2) Die Einschreibung erfolgt mit dem Quartal des Einschreibungstages, frühestens ab 01.10.2010.
- (3) Die Wahlentscheidung des Versicherten kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gegenüber dem betreuenden Arzt geändert werden. Eine Fortsetzung der Teilnahme an diesem Vertrag ist dann nur möglich, wenn der Versicherte unverzüglich einen neuen Arzt wählt, der ebenfalls an diesem Vertrag teilnimmt. Ein Wechsel des betreuenden Arztes ist nur zu einem Quartalswechsel möglich.
- (4) Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Beitritt schriftlich gegenüber der BKK widerrufen und scheidet zum Ende des dann laufenden Quartals aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Im Übrigen gilt eine Widerrufsfrist von vier Wochen zum Quartalsende.
- (5) Die Teilnahme eines Versicherten endet mit Wegfall der Teilnahmevoraussetzung oder dem Ende der Mitgliedschaft in der BKK.
- (6) Die Teilnahme des Versicherten endet, wenn die Teilnahme des von ihm gewählten Arztes an diesem Vertrag endet.
- (7) Die BKK informiert den Versicherten und den Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus der hausarztzentrierten Versorgung.

§ 11 Information des Versicherten

Die BKK informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise, insbesondere durch ihre Mitgliederzeitschriften umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung. Dabei wird insbesondere informiert über

- die Rechte und Pflichten des Vertrages,
- die teilnehmenden Ärzte,
- die kassenindividuellen Versorgungsangebote,
- die Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung und
- die vereinbarten besonderen persönlichen und sächlichen Anforderungen an die teilnehmenden Ärzte.

§ 12 Mitwirkung der teilnehmenden Versicherten

- (1) Der gewählte Arzt soll nur aus wichtigem Grund gewechselt werden. Als wichtiger Grund gilt insbesondere:
 - a) Umzug

- b) Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Arzt.
- (2) Verstößt der Versicherte gegen die Verpflichtung gemäß Abs. 1, kann die BKK eine der folgenden Maßnahmen aussprechen:
- a) Schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - b) Beendigung der Teilnahmeberechtigung.

Abschnitt IV Vergütung

§ 13 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt grundsätzlich nach Maßgabe des EBM, bestehender Sonderverträge und des jeweils gültigen Honorarvertrages. Zusätzliche Honoraransprüche für besondere Aufgaben sind in § 14 dieses Vertrages geregelt.

§ 14 Vergütungen für besondere Aufgaben

- (1) Für die Information, Beratung, Einschreibung und Ausgestaltung des hausärztlichen Versorgungsgeschehens bei eingeschriebenen Patienten erhält der Arzt die nachfolgend definierten Vergütungen:

| | | | |
|---|--|---------|-------|
| Einschreibevergütung | Einmal bei Einschreibung und vollständiger Übermittlung der Einschreibedaten | 13,50 € | 99300 |
| Vertragsmanagementpauschale | Kontaktunabhängige quartalsweise Vergütung ab dem Quartal der Einschreibung, je Versicherten | 5,50 € | 99301 |
| Betreuungspauschale 1 (C1) (ICD Katalog Anlage 4, 3 A) | Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von Indikationen aus dem Katalog der Anlage 4, 3 A, je Indikation | 3,00 € | 99302 |
| Betreuungspauschale 2 (C2) (ICD Katalog Anlage 4, 3 B) | Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch | 5,00 € | 99303 |

| | | | |
|--|--|--------|-------|
| | notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von Indikationen aus dem Katalog der Anlage 4, 3 B, je Indikation | | |
| Betreuungspauschale 3 (C3) (ICD Katalog Anlage 4, 3 C) | Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von Indikationen aus dem Katalog der Anlage 4, 3 C, je Indikation | 9,00 € | 99304 |

- (2) Die Betreuungspauschalen C1, C2 und C3 sind kumuliert je Versicherten und Quartal nur bis zu einem maximalen Betrag von 15,00 € (99299) vergütungsfähig.
- (3) Die Auszahlung und Finanzierung der vorgenannten Vergütungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Regelleistungsvolumen.
- (4) Der Arzt rechnet die Leistungen im Rahmen der regulären Abrechnung mit der KVN ab. Die KVN ist berechtigt die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.
- (5) Die KVN wird die abgerechneten Leistungen dieses Vertrages quartalsweise außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung über das Formblatt 3 (Konto 408 bis in Ebene 6) der BKK in Rechnung stellen.
- (6) Inhalte und Vergütungen, die sich aus Regelungen von „pay for performance“ ergeben, werden in Anlage 5 geregelt. Die Vertragspartner oder der Vertragsausschuss legt die Anlage 5 jährlich bis zum 30.11. eines Jahres für das Folgejahr fest.
- (7) Inhalte und Umsetzung von Datenlieferungen, deren Formate und Lieferungszeitpunkte werden in den Anlagen 2 und 9 geregelt.

Abschnitt V Vertragsumsetzung

§ 15 Vertragscontrolling

- (1) Die Partner dieses Vertrages stimmen darin überein, dass ein Vertragscontrolling zur Ermittlung der medizinischen und finanziellen Auswirkungen dieser neuen Versorgungsform erforderlich ist. Um aussagefähige Ergebnisse zu erhalten, sollen die Auswertungen sowohl die erbrachten ärztlichen Leistungen als auch die verordneten Leistungen beinhalten. Es ist dabei ein Abgleich mit Zeiträumen vor dem Beginn dieses Vertrages als auch ein direkter anonymisierter Vergleich mit nicht teilnehmenden Ärzten und Versicherten möglich.
- (2) Weitergehende Einzelheiten des Vertragscontrollings werden zwischen den Vertragspartnern gesondert geregelt.

§ 16 Vertragsverletzungen

- (1) Es werden wirksame Maßnahmen festgelegt, die dann greifen, wenn die an der Durchführung dieser hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Ärzte gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.
- (2) Verstößt der teilnehmende Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - a) schriftliche Aufforderung durch die KVN, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - b) keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für nach dieser Vereinbarung abgerechnete Leistungen,
 - c) auf begründeten Antrag kann ein Widerruf der Teilnahme und Abrechnungsgenehmigung durch die KVN erfolgen, wobei eine erneute Teilnahme am Vertrag erst nach Ablauf einer individuell durch die Vertragspartner festzusetzenden Frist möglich ist,
 - d) hält der Arzt die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann er von der Teilnahme durch Widerruf auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich.
- (3) Dem Arzt ist vor der Verhängung der Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.

§ 17 Datenschutz

- (1) Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist von den an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten als auch von den Vertragspartnern zu gewährleisten.
- (2) Die Vertragspartner sind wechselseitig verpflichtet, über sämtliche schutzbedürftigen Tatsachen, Vorgänge, Informationen, Materialien und sonstigen Gegenstände aus dem Geschäftsbereich des Vertragspartners, die ihnen und ihren Mitarbeitern in Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren, insbesondere Informationen über sämtliche Vorgänge vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.
- (3) Die Einhaltung aller zu beachtenden datenschutzrechtlichen Vorschriften (insbesondere der Sozialdatenschutz und die Verpflichtungen aus § 203 StGB) obliegt den Vertragspartnern für ihren Zuständigkeitsbereich.
- (4) Die Vertragspartner haben darauf hinzuwirken, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise eingeschaltet werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 wie eigene Verpflichtungen erfüllen. Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig, wenn sie Dritte mit der Erfüllung des Vertrages beauftragen wollen.
- (5) Die Verpflichtung der Vertragspartner, ihrer Mitarbeiter sowie Beauftragter oder in anderer Weise eingeschalteter Dritter zur Geheimhaltung gemäß Abs. 1 und zur Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften nach den vorstehenden Bestimmungen besteht auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses.

§ 18 Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01. Juli 2010 in Kraft. Die Erklärung zur Teilnahme von Ärzten und Versicherten an diesem Vertrag ist erst mit dem Beginn des Wirkbetriebes wirksam. Der Beginn des Wirkbetriebes dieser Vereinbarung ist der 01. Oktober 2010.
- (2) Die Kündigungsfrist des Vertrages beträgt 3 Monate zum Jahresende und ist frühestens zum 31.12.2012 möglich.
- (3) Es besteht ein Sonderkündigungsrecht aus wichtigem Grund. Als wichtiger Grund gelten gesetzliche Änderungen, die eine Fortführung dieses Vertrages sowie das Erreichen der Ziele dieses Vertrages unmöglich machen (insbesondere: Änderung/ Wegfall des § 73b SGB V).
- (4) Die Vertragspartner verpflichten sich, diesen Vertrag bei Änderung oder Wegfall des § 73b SGB V ab Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen, unabhängig von den definierten Kündigungsfristen, den jeweiligen gesetzlichen Erfordernissen anzupassen.

- (5) Die Regelungen der Absätze 2 bis 4 gelten auch für die am Vertrag teilnehmenden BKK.
- (6) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.

§ 19 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.

Liste der Anlagen

- Anlage 1a: Teilnahmeerklärung Versicherter
Anlage 1b: Informationen zum Datenschutz
Anlage 2: Technische Anlage
Anlage 3: Teilnahmeantrag des Arztes
Anlage 4: Indikationslisten

Anlage 5: Behandlung von Versicherten Behandlung mit leichten bis mittelschweren Depressionen **inkraft ab 1. Januar 2015**
Anhänge 1 bis 4

- Anlage 6: z.Z. nicht besetzt
Anlage 7: Geschäftsordnung des Vertragsausschusses
Anlage 8: Geschäftsordnung der Schlichtungsstelle
Anlage 9: Datenschutzvereinbarung
Anlage 10: Aufstellung der chronischen Erkrankungen gemäß § 8 Abs. 10
Anlage 11: Informationsblatt für Erziehungsberechtigte

Anlage 12: Früherkennung von Hautveränderungen **inkraft ab 1. Januar 2015**

Hannover, den 19.07.2010

Deutscher Hausärzteverband - Landesverband Braunschweig e. V. -,

Deutscher Hausärzteverband - Landesverband Niedersachsen e. V. -,

BVKJ Service GmbH in Abstimmung mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugend-
ärzte Deutschlands e.V. (BVKJ) - Landesverband Niedersachsen -

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

BKK LV Mitte
Landesvertretung Niedersachsen