

Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

zwischen

1.

DAK-Gesundheit
Vertragsgebiet Niedersachsen/Bremen
Ellernstr. 40
30175 Hannover
(vertreten durch den Leiter des Vertragsgebiets Niedersachsen/Bremen)

einerseits (Vertragspartner zu 1.)

und

2.

Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Braunschweig e. V.
Ermlandweg 3
38518 Gifhorn
(vertreten durch den
Landesvorsitzenden)

Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Niedersachsen e. V.
Berliner Allee 20
30175 Hannover
(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	5
§ 3 Aufgabenwahrnehmung der Vertragspartner zu 2.....	5
§ 4 Vertragsausschuss	5
§ 5 Aufgaben der Hausarztverbände.....	6
§ 6 Beginn und Ende der Teilnahme von Hausärzten	7
§ 7 Qualitätsanforderungen an teilnehmende Hausärzte	8
§ 8 Besondere Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte	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.....	16
§ 13 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen	16
§ 14 Vergütungen für besondere Aufgaben.....	16
§ 15 Vertragscontrolling.....	18
§ 15 a Wirtschaftlichkeitsbetrachtung	18
§ 16 Vertragsverletzungen	18
§ 17 Datenschutz	19
§ 18 Laufzeit, Kündigung und Schriftform.....	20
§ 19 Salvatorische Klausel	20
Liste der Anlagen	21

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.

Die Versicherten der DAK-Gesundheit haben gemäß § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf Unterstützung durch ihre DAK-Gesundheit, insbesondere zur Orientierung und Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.

Durch diese hausarztzentrierte Versorgung wird eine besondere Betreuung gewährleistet, die sich in gemeinsam entwickelten und entsprechend dem Mehraufwand zu honorierenden Versorgungsmodulen darstellt.

Die Vertragspartner setzen vor diesem Hintergrund die konkreten gesetzlichen Vorgaben des § 73b SGB V einer hausarztzentrierten Versorgung um.

Ziel dieses Vertrages ist es, die hausärztliche Versorgung für Versicherte der DAK-Gesundheit 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 § 73b SGB V in Niedersachsen.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte übernehmen die Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten der DAK-Gesundheit und verantworten die wirtschaftliche, qualitativ hochwertige sowie serviceorientierte Behandlung. Dabei werden Wirtschaftlichkeitspotenziale, z. B. im Bereich der Arzneimitteltherapie 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
 - individuelle Begleitung der teilnehmenden Versicherten durch den gesamten Versorgungsprozess,
 - innovatives Vergütungssystem, das wirtschaftliche und qualitätsorientierte Handlungsweisen fördert.
- (4) Der Vertrag wird entsprechend der Entwicklung der Versorgung kranker Menschen und den Erkenntnissen dieses Vertrages weiterentwickelt.
- (5) Des Weiteren regelt dieser Vertrag die Vergütung der teilnehmenden Hausärzte sowie sämtliche Module der operativen Umsetzung dieses Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag richtet sich an
 - a) zugelassene Hausärzte und Gemeinschaften dieser Ärzte (auch angestellte Ärzte) sowie
 - b) Hausärzte in zugelassenen fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen sowie in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren,welche die Anforderungen nach § 7 dieses Vertrags erfüllen und ihre Hauptbetriebsstätte in Niedersachsen haben (im Folgenden zusammengefasst als Hausärzte bezeichnet).
- (2) Weiter gilt dieser Vertrag für alle Versicherte der DAK-Gesundheit, mit Wohnsitz in Niedersachsen (bzw. der Postleitzahlenbereiche nach Anlage 3) die ihre Teilnahme an diesem Vertrag bei einem an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt erklärt haben. Die Versorgungsrealität für Kinder und Jugendliche sowie die bestehenden Arzt-Patienten Beziehungen sollen nicht verändert werden.
- (3) Versorgungsregion ist der Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

§ 3 Aufgabenwahrnehmung der Vertragspartner zu 2.

- (1) Die aus diesem Vertrag für die Vertragspartner zu 2. resultierenden Rechte und Pflichten ergeben sich aus den §§ 6, 7, 8, 9, 14 und 16.
- (2) Änderungen dieser Rechte und Pflichten erfolgen nach einvernehmlicher Festlegung im Vertragsausschuss der Vertragspartner zu 2. durch Vertragsänderung oder –ergänzung.

§ 4 Vertragsausschuss

- (1) Zur vertragsbegleitenden Steuerung richten die Partner dieses Vertrages einen Vertragsausschuss ein. Die Besetzung erfolgt paritätisch durch die Vertragspartner 1. und 2., d. h. DAK-Gesundheit auf der einen Seite und dem Hausärzterverband LV Niedersachsen, dem Hausärzterverband LV Braunschweig und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) in der Summe auf der anderen Seite. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. 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 einvernehmlich getroffen.
- (3) Der Vertragsausschuss wird bedarfsabhängig auf Wunsch eines Vertragspartners einberufen. Die Sitzungen erfolgen unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Spätestens 14 Tage vor den Sitzungen soll den Vertragspartnern der Entwurf einer Tagesordnung vorliegen. Die Besprechungsergebnisse werden schriftlich protokolliert und zwischen den Vertragspartnern abgestimmt.
- (4) 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,
 - Weiterentwicklung des Vertrages.
- (5) Die Aufwendungen für Mitglieder im Vertragsausschuss trägt der entsendende Vertragspartner.

§ 5 Aufgaben der Hausarztverbände

Die Hausärzteverbände als Vertragspartner stellen insbesondere die Übernahme der folgenden Aufgaben zugunsten der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte zur Umsetzung des zwischen den Parteien geschlossenen Vertrages der hausarztzentrierten Versorgung sicher:

- a) Durchführung von ärztlichen Fortbildungen im Rahmen des Vertrages.
- b) Information über den Vertrag.
- c) Unterstützung der übrigen Vertragsparteien im Rahmen der Umsetzung.

Abschnitt II Teilnahme des Hausarztes

§ 6 Beginn und Ende der Teilnahme von Hausärzten

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist gegenüber der KVN schriftlich zu beantragen (Anlage 6). Mit dem Antrag ist der Nachweis der persönlichen und sächlichen Anforderungen gemäß § 7 dieses Vertrages zu führen. Soweit bereits die Teilnahme an einem vergleichbaren Hausarztvertrag erklärt wurde, kann auf den Nachweis verzichtet werden.
- (3) Mit dem Antrag werden die Inhalte dieses Vertrages vom Hausarzt 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.
- (4) 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 Hausarztes 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 Hausarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Abs. (5), ist die Abgabe eines neuen Teilnahmeantrages des Hausarztes erforderlich.
- (5) Hausärzte, die eine Teilnahme an diesem Vertrag erklären und zu Beginn noch nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllen, müssen diese innerhalb des Folgequartals nach Antragstellung gegenüber der KVN nachweisen. Für den Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gilt die Nachweisfrist gemäß § 7 Abs. 1 Buchstabe c) dieses Vertrages.
- (6) Die Teilnahme des Hausarztes beginnt nach Antragseingang bei der KVN, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem die Nachweise vollständig bei der KVN vorliegen.
- (7) Der Hausarzt kann den Antrag auf Teilnahme schriftlich gegenüber der KVN rückwirkend widerrufen. Die Frist zum Widerruf beträgt drei Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung (Zugang bei der KVN). In diesem Fall hat der Hausarzt keine Ansprüche auf Vergütung nach diesem Vertrag.

- (8) Eine Kündigung der Teilnahme eines Hausarztes 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 auch 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 DAK-Gesundheit kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an diesem Vertrag teilnehmende Hausärzte aufmerksam machen.
- (10) Der Arzt kann bei Erfüllen der Teilnahmevoraussetzungen erneut seine Teilnahme beantragen. Absatz (6) gilt entsprechend.
- (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) Die Teilnahme des Hausarztes endet durch Kündigung dieses Vertrages durch einen der Vertragspartner nach Maßgabe des § 18.
- (14) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte führt die KVN ein Verzeichnis. Die KVN stellt die aktuellen Fassungen dieses Verzeichnisses der DAK-Gesundheit in elektronischer Form entsprechend Anlage 9 dieses Vertrages zur Verfügung.

§ 7 Qualitätsanforderungen an teilnehmende Hausärzte

- (1) Zu den persönlichen Qualitätsanforderungen gehören:
 - a) Die Teilnahme als Vertragsarzt an der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen, mit Ausnahme der ausschließlich als Kinder- und Jugendärzte niedergelassenen Vertragsärzte.
 - b) Die Verpflichtung zur Erfüllung der Aufgaben nach § 8 dieses Vertrages.
 - c) Der Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 Psychotherapie-Vereinbarung;
 - Vertragsärzte, die zum Zeitpunkt der erstmaligen Teilnahme an diesem Vertrag nicht über diese Berechtigung verfügen, können innerhalb von 3 Jahren nach erstmaliger Teilnahme an diesem Vertrag eine Nachqualifikation durchführen; dabei muss der Nachweis gegenüber der KVN geführt werden, dass die Nachqualifikation innerhalb eines Jahres nach Teilnahmebeginn begonnen wurde.

- Sofern die Nachqualifikation innerhalb dieser Jahresfrist nicht begonnen wurde, wird die Vertragsmanagementpauschale (GONR 99301/99301P) bis zur Vorlage des erfolgreichen Fortbildungszertifikates bis zum Ende des ab Teilnahmebeginn laufenden Dreijahreszeitraumes ausgesetzt.
 - Sofern der Nachweis der Qualifikation innerhalb des Dreijahreszeitraumes vollständig vorliegt, wird die Pauschale ab dem Quartal, das auf den Nachweis der erfolgreich abgeschlossenen Nachqualifizierung folgt, wieder gezahlt.
 - Sofern der Nachweis der Qualifikation innerhalb des Dreijahreszeitraumes nicht vorgelegt werden kann, ist die Teilnahme an dem Vertrag zu beenden.
 - Sofern die Teilnahme eines Vertragsarztes am Hausarztvertrag durch eigene Kündigung oder fehlenden Nachweis nach Ende des Dreijahreszeitraumes beendet wurde, ist eine erneute Teilnahme nur möglich, wenn die Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung bereits zu Beginn der erneuten Teilnahme vollständig vorliegt.
- d) Die regelmäßige Teilnahme an - durch die Ärztekammern zertifizierten - Fortbildungen. Je Jahr der Teilnahme sind mindestens 12 Fortbildungspunkte - aus den insbesondere für diesen Vertrag relevanten Themenbereichen - nachzuweisen
- patientenzentrierte Gesprächsführung,
 - psychosomatische Grundversorgung,
 - psychiatrische Erkrankungen,
 - Schmerztherapie,
 - Palliativmedizin,
 - Geriatrie.

Und bedarfsabhängig aus Themenbereichen, die verbindlich vom Vertragsausschuss festgelegt werden können um die Ziele des Vertrages unterstützen.

- e) Die Anwendung evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien für die hausärztliche Praxis.
- f) Die Teilnahme an Angeboten zur Pharmakotherapieberatung oder die Teilnahme an Qualitätszirkeln zu pharmakologischen Themen. Die Vertragspartner stimmen die Angebote einvernehmlich ab.

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

- g) Die Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements mit Dokumentation weniger, aber aussagekräftiger Qualitätsindikatoren gemäß § 73b SGB V.
 - h) Der Nachweis der Ausbildung des Praxispersonals in Kenntnissen der Notfallversorgung und Reanimation.
 - i) Die 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 Bundesministeriums 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) Die zeitnahe Übermittlung der zur Durchführung der Aufgaben der DAK-Gesundheit erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere im Zusammenhang mit diesem Vertrag.
 - k) Die Integration der Gesundheitsangebote der DAK-Gesundheit und spezifischer Beratungsleistungen in die Behandlungskonzepte.
 - l) Die Unterstützung und deren Dokumentation im Rahmen der Prämien- und Bonusprogramme der DAK-Gesundheit. Die Regelungen des Gesamtvertrages sowie Regelungen in Sondervereinbarungen bleiben hiervon unberührt.
 - m) Aktive Unterstützung, Förderung und Information von eingeschriebenen Patienten über Verträge der DAK-Gesundheit nach §§ 140 a ff, § 43 und § 137 f SGB V, soweit diese bekannt sind.
 - n) Die Sicherstellung eines wirtschaftlichen Überweisungs- und Verordnungsverhaltens sowie die Vermeidung von Doppeluntersuchungen sowie in medizinisch notwendigen Fällen aktive Unterstützung der Vermittlung von zeitnahen Facharztterminen bei durch den Hausarzt veranlassten Überweisungen.
 - o) Die Optimierung der ambulanten med. Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen.
- (2) Zu den sächlichen Qualitätsanforderungen gehören:
- a) Die 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 Schutzimpf-RL vorgesehenen Wiederholungsimpfungen) sicherstellt.

- b) Die Vorhaltung und die Nutzung der technischen Voraussetzungen zur Kommunikation mit E-Mail und/oder Telefax, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.
- c) Die Vorhaltung und die Nutzung der technischen Voraussetzungen zur elektronischen Einschreibung von Versicherten über das KVN-Portal.
- d) Die Vorhaltung einer apparativen Mindestausstattung:
 - 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- und Laryngoskop,
 - Notfall-Arztkoffer als Ein- oder Zweikoffer-System.
- e) Die Ausstattung der teilnehmenden Arztpraxen mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem).
- f) Die Sicherstellung des Praxiszuganges für behinderte Patienten.
- h) Das Angebot von besonderen Sprechstunden für Arbeitnehmer (z.B. am Morgen oder Abend oder am Wochenende).

§ 8 Besondere Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

- (1) Die besonderen Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte sind nachfolgend geregelt.
- (2) Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich,
 - a) die Versicherten der DAK-Gesundheit 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 Versicherter.
 - 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 sicherzustellen,
 - f) erforderliche 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 DAK-Gesundheit zu berücksichtigen und aktiv zu unterstützen,
 - h) zur aktiven Unterstützung, Förderung und Information von eingeschriebenen Patienten über Verträge der DAK-Gesundheit nach §§ 140 a ff, § 43 und § 137 f SGB V, soweit diese bekannt sind.
 - i) zur zeitnahen Übermittlung von der zur Durchführung der Aufgaben der DAK-Gesundheit 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 Hausarzt
- a) bezieht die weiter- oder mitbehandelnde Facharztebene leitliniengerecht 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 Beratung der DAK-Gesundheit wird 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 einer einmal wöchentlichen Früh- (i. d. R. vor 8:00 Uhr) oder Abendterminsprechstunde (i. d. R. nach 18:00 Uhr) an Werktagen für berufstätige HzV-Versicherte mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage oder einer Samstagsterminsprechstunde 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 Hausarzt verpflichtet sich, die Daten der Teilnahmeerklärungen der Versicherten tagesaktuell zu erfassen und auf Anforderung der DAK-Gesundheit die Original-Teilnahmeerklärungen unverzüglich an diese zur Einsicht zu übersenden.
- (8) Im Falle der Beendigung seiner Teilnahme an diesem Vertrag, hat der Hausarzt die KVN, die DAK-Gesundheit sowie die bei ihm eingeschriebenen Patienten unverzüglich zu informieren.
- (9) Der Hausarzt verpflichtet sich, zur Übermittlung von Daten im Rahmen des zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Vertragscontrollings.

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 DAK-Gesundheit gemäß § 2 Absatz 2 dieses Vertrages.
- (3) Der Versicherte wählt einen an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist im Rahmen einer persönlichen Inanspruchnahme gegenüber diesem zu erklären. Mit dieser Erklärung (Anlage 1) werden die Regeln dieses Vertrages akzeptiert. Der Hausarzt nimmt die Originaleinschreibeerklärung zu seinen Unterlagen. Auf Anforderung der DAK-Gesundheit ist dieses Original unverzüglich an diese zu übersenden. Die Daten sind tagesaktuell in der entsprechenden Anwendung im KVN-Portal zu erfassen. Die KVN leitet diese Daten an die DAK-Gesundheit weiter. Der Versicherte erhält auf Wunsch eine mit einem Arztstempel versehene Kopie der Erklärung für seine Unterlagen.
- (4) Mit der Teilnahmeerklärung erteilt der Versicherte die schriftliche Einwilligung zu Datensammlung und -austausch durch den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V. Der Hausarzt soll aufgrund 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 Aufgaben des gewählten Hausarztes können auch durch andere Hausärzte derselben Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) erbracht werden, wenn die Praxisorganisation dies erfordert.
- (6) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Augen -, Frauen -, Kinder - und Jugendärzte nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Bei Notfällen oder bei urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Hausarztes 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 Hausarztes oder des auf Überweisung in Anspruch genommenen Facharztes in Anspruch nehmen.
- (7) Die DAK-Gesundheit schließt eine gleichzeitige Teilnahme an anderen Hausarztverträgen aus.

- (8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, benötigen zum Wirksamwerden ihrer Teilnahme die Unterschrift ihres gesetzlichen Vertreters.

§ 10 Beginn und Ende der Teilnahme von Versicherten

- (1) Die wirksame Einschreibung erfolgt mit dem Beginn des Quartals des Einschreibungstages. Der Versicherte kann seine Teilnahme mit einer Frist von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt einer entsprechenden Widerrufsbelehrung der DAK-Gesundheit in Textform, frühestens jedoch mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (2) Die Wahlentscheidung des Versicherten kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gegenüber dem betreuenden Hausarzt geändert werden. Eine Fortsetzung der Teilnahme an diesem Vertrag ist dann nur möglich, wenn der Versicherte unverzüglich einen neuen Hausarzt wählt, der ebenfalls an diesem Vertrag teilnimmt. Ein Wechsel des betreuenden Hausarztes wird mit Beginn des folgenden Quartals wirksam.
- (3) Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Beitritt mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende des Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der DAK-Gesundheit kündigen und scheidet zum Ende des dann laufenden Quartals aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Nach Ablauf des ersten Teilnahmejahres kann der Versicherte seine Teilnahme jeweils mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende eines Quartals kündigen.
- (4) Die Teilnahme eines Versicherten endet auch mit Wegfall der Teilnahmevoraussetzung oder dem Ende der Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit.
- (5) Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus, wenn die Teilnahme des von ihm gewählten Hausarztes an diesem Vertrag endet.
- (6) Die DAK-Gesundheit informiert den Versicherten über das Ausscheiden aus der hausarztzentrierten Versorgung. Der Hausarzt wird auf elektronischem Weg mit dem Teilnehmerverzeichnis über den Teilnahmezustand des Versicherten informiert.

§ 11 Information des Versicherten

Die DAK-Gesundheit informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise, z.B. durch ihre regionale Homepage/Länderseite und regionale Medien, umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung.

§ 12 Mitwirkung der teilnehmenden Versicherten

- (1) Der gewählte Hausarzt soll nur aus wichtigem Grund gewechselt werden. Als wichtiger Grund gilt insbesondere
 - a) Umzug,
 - b) Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt.
- (2) Verstößt der Versicherte gegen die Verpflichtung gemäß Abs. (1) kann die DAK-Gesundheit 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 erfolgen 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 Hausarzt die nachfolgend definierten Vergütungen:

Leistung	Abrechnungsregel	Vergütung	GONR
Einschreibevergütung	Einmal bei Einschreibung und vollständiger Übermittlung der Einschreibedaten.	13,00 €	99300
Vertragsmanagementpauschale	Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung ab dem Quartal der Einschreibung, je Versicherten. (Bei Patientenkontakt im Abrechnungsquartal.)	5,50 €	99301
Aufwandspauschale (einmalige Pauschale)	Für jede erstmalige Kennzeichnung einer jeden Diagnosegruppe aus dem Anhang der Anlage 4 je Versicherten (bei Patientenkontakt).	3,00 €	99306
Vertragsmanagementpauschale sofern kein Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal erfolgt ist	Kontaktunabhängige quartalsweise Vergütung ab dem Quartal der Einschreibung, je Versicherten. (Ohne Patientenkontakt im Abrechnungsquartal.)	5,50 €	99301P

Leistung	Abrechnungsregel	Vergütung	GONR
Chronikerpauschale 1 (C1) (ICD–Anhang zu Anlage 4)	Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von Indikationen aus dem Anhang der Anlage 4, C1, je Indikation.	3,00 €	99302
Chronikerpauschale 2 (C2) (ICD–Anhang zu Anlage 4)	Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von Indikationen aus dem Anhang der Anlage 4, C2, je Indikation.	5,00 €	99303
Chronikerpauschale 3 (C3) (ICD–Anhang zu Anlage 4)	Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von Indikationen aus dem Anhang der Anlage 4, C3, je Indikation.	9,00 €	99304

- (2) Die Chronikerpauschalen C1, C2 und C3 sind kumuliert je Versicherten und Quartal bis zu einem maximalen Betrag von 45,00 € (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 DAK-Gesundheit in Rechnung stellen.
- (6) Die Inhalte und die Umsetzung von Datenlieferungen, deren Formate sowie deren Lieferungszeitpunkte werden in Anlage 9 (Technische Anlage) geregelt.

Abschnitt V Vertragsumsetzung

§ 15 Vertragscontrolling

Zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbewertung dieses Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung entwickeln die Vertragspartner ein gemeinsames Controlling nach Maßgabe der folgenden Regelungen.

§ 15 a Wirtschaftlichkeitsbetrachtung

Ein allgemein anerkanntes Verfahren, dass die Regelungen des zum 01.04.2014 neu eingeführten § 73b Abs. 5 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung der im HzV-Vertrag festgelegten Struktur- und Prozessverbesserungen berücksichtigt und entsprechende Bewertungen in der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitskriterien gewährleistet, hat sich in Deutschland bisher nicht etabliert. Grundsätzlich gilt ein solches Verfahren, dass bei der Betrachtung der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeitskriterien in diesem HzV-Vertrag daher insbesondere die Anforderungen an die Versorgung der chronisch kranken und multimorbiden Versicherten und deren erhöhte Versorgungsbedarfe entsprechend zu berücksichtigen sind.

Die Vertragsparteien bilden hierfür eine paritätisch besetzte Arbeitsgruppe (Arbeitsgruppe Versorgungssteuerung und Vertragscontrolling). Die Entsendung der jeweiligen Mitglieder der Arbeitsgruppe obliegt den jeweiligen Vertragspartnern.

Die Arbeitsgruppe schlägt gemeinsame Kriterien und Verfahren für die Betrachtung der vertragspezifischen Versorgungssteuerungsmodule sowie u.a. der folgenden Versorgungsbereiche zur Entwicklung der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitskriterien im HzV-Vertrag vor. Entsprechende Datenerhebungen (z.B. Ermittlung von Einsparungen bei Arzneimittelausgaben, zu vermiedenen Rehospitalisierungen und Krankenhausleistungen, verkürzten AU-Zeiten u. ä.) werden bei Bedarf unter Hinzuziehung der jeweils zur Verfügung stehenden GKV Routinedaten durchgeführt.

§ 16 Vertragsverletzungen

- (1) Es werden wirksame Maßnahmen festgelegt, die dann greifen, wenn die an der Durchführung dieser hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Hausärzte gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.

- (2) Verstößt der teilnehmende Hausarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nach Beschlussfassung durch die Vertragspartner nachfolgende Maßnahmen ergriffen
 - a) schriftliche Aufforderung durch die KVN, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - b) keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für nach diesem Vertrag 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 Hausarzt die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann er von der Teilnahme durch Widerruf auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Hausarztes entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich.
- (3) Dem Hausarzt 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 Hausärzten als auch von den Vertragspartnern zu gewährleisten. Die Einhaltung aller zu beachtenden datenschutzrechtlichen Vorschriften (insbesondere der Sozialdatenschutz und die Verpflichtungen aus § 203 StGB) obliegt den Vertragspartnern für ihren Zuständigkeitsbereich.
- (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 Absatz (1) wie eigene Verpflichtungen zu 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 Absatz (1)

und zur Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften nach den vorstehenden Bestimmungen besteht auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses.

- (6) Die Datenverarbeitung bei der KVN richtet sich im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages an den Regelungen des SGB V zur Datenverarbeitung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen aus.

§ 18 Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2016 in Kraft. Die Erklärung zur Teilnahme von Ärzten und Versicherten zur Teilnahme an diesem Vertrag ist erst wirksam, wenn die Vertragspartner den Beginn des Wirkbetriebs erklärt haben. Der früheste Beginn des Wirkbetriebes dieses Vertrages ist der 01.01.2016.
- (2) Die Kündigungsfrist des Vertrages beträgt 3 Monate zum Jahresende und ist erstmalig zum 30.06.2018 möglich.
- (3) Es besteht ein Sonderkündigungsrecht aus wichtigem Grund. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn einer der Vertragspartner seine vertraglichen Pflichten in einem solchen Maß verletzt hat, dass die Durchführung des Vertrages ganz oder teilweise gefährdet oder gestört ist. Gleiches gilt für den Fall, dass durch eine gesetzliche Änderung, die eine Fortführung dieses Vertrages sowie das Erreichen der Ziele dieses Vertrages unmöglich machen (insbesondere: Änderung/ Wegfall des § 73
- (4) b SGB V), durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Erfüllung der Vereinbarung für einen Vertragspartner rechtlich unmöglich oder untersagt wird; eine Verpflichtung, aufsichtsrechtliche Maßnahmen, etwa eine aufsichtsrechtliche Verfügung gerichtlich prüfen zu lassen, besteht nicht. In diesen Fällen ist eine Kündigung mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich.
- (4) 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.
- (5) Die Anlagen zu diesem Vertrag können ohne formale Vertragsänderung in gegenseitigem Einvernehmen geändert werden.

§ 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 1: Teilnahmeerklärung Versicherter

Anlage 2: Merkblatt zum Datenschutz

Anlage 3: Postleitzahlenregionen zur Erweiterung des Geltungsbereiches

Anlage 4: Indikationslisten für Chroniker und Anhang: HZV-ICD-Liste

Anlage 5: nicht besetzt

Anlage 6: Teilnahmeantrag Hausarzt

Anlage 7: nicht besetzt

Anlage 8: nicht besetzt

Anlage 9: Technische Anlage

Hannover, den 23.11.2015

DAK-Gesundheit
Leiter Vertragsgebiet Niedersachsen-Bremen
Dirk Vennekold

Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Braunschweig e. V.

Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Niedersachsen e. V.

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen