

Lesefassung

Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V

zwischen

1.

Deutsche BKK
Willy-Brandt-Platz 8
38440 Wolfsburg

(vertreten durch den Vorstand)

einerseits (Vertragspartner zu 1.)

und

2.

Deutscher Hausärzteverband
- Landesverband Braunschweig e. V. -
Fasanenstrasse 22
38102 Braunschweig
(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

Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V	1
§ 1 Gegenstand und Zielsetzung.....	4
§ 2 Geltungsbereich	5
§ 3 Aufgabenwahrnehmung der Vertragspartner zu 2.....	5
§ 4 Vertragsausschuss	5
§ 5 - nicht besetzt -	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.....	16
§ 12 Mitwirkung der teilnehmenden Versicherten.....	16
§ 13 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen	17
§ 14 Vergütungen für besondere Aufgaben.....	17
§ 15 Vertragscontrolling.....	19
§ 16 Vertragsverletzungen	19
§ 17 Datenschutz	20
§ 18 Laufzeit, Kündigung und Schriftform.....	21
§ 19 Salvatorische Klausel	21
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 Vertragspartner setzen vor diesem Hintergrund die konkreten gesetzlichen Vorgaben des § 73 b SGB V einer hausarztzentrierten Versorgung um.

Durch diese hausarztzentrierte Versorgung wird eine besondere Betreuung gewährleistet.

Ziel dieses Vertrages ist es, die hausärztliche Versorgung für Versicherte der Deutschen 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.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte übernehmen die Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten der Deutschen BKK und verantworten die wirtschaftliche, qualitativ hochwertige sowie serviceorientierte Behandlung. Dabei 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
 - individuelle Begleitung der teilnehmenden Versicherten durch den gesamten Versorgungsprozess,
 - innovatives Vergütungssystem, das wirtschaftliche und qualitätsorientierte Handlungsweisen fördert.
- (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 der Evaluation dieses Vertrages weiterentwickelt.
- (6) Des Weiteren regelt dieser Vertrag die Vergütung der teilnehmenden Hausärzte sowie sämtliche Module der operativen Umsetzung dieses Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung.
- (7) Änderungen dieses Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V sind unverzüglich anzuzeigen.

§ 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 Vertrages erfüllen und ihre Hauptbetriebsstätte in Niedersachsen haben (im Folgenden zusammengefasst als Hausärzte bezeichnet).
- (2) Weiter gilt dieser Vertrag für alle Versicherten der Deutschen BKK, die ihren Wohnsitz in Niedersachsen haben und ihre Teilnahme an diesem Vertrag gemäß § 9 bei einem an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt erklärt haben.
- (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, 9, 14 und 16.
- (2) Änderungen dieser Rechte und Pflichten erfolgen nach einvernehmlicher Festlegung im Vertragsausschuss 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.. 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 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,
 - Evaluierung, Auswertung, Berichterstattung und Veröffentlichung der Ergebnisse;
 - Erstellung und Etablierung eines Berichtswesens;
 - Weiterentwicklung des Vertrages.
- (5) Die Aufwendungen für Mitglieder im Vertragsausschuss trägt der entsendende Vertragspartner.

§ 5 - nicht besetzt -

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. 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 Absatz (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 Absatz (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 zwei 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 drei Monaten 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 Deutsche BKK 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) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte führt die KVN ein Verzeichnis. Die KVN stellt die aktuellen Fassungen dieses Verzeichnisses der Deutschen BKK 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) 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,
 - 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 einrichtungswissenschaftlichen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengeprägten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements mit Dokumentation weniger, aber aussagekräftiger Qualitätsindikatoren gemäß § 73 b 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 Deutschen BKK erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere im Zusammenhang mit diesem Vertrag.
 - k) Die Integration der Gesundheitsangebote der Deutschen BKK und spezifischer Beratungsleistungen in die Behandlungskonzepte.
 - l) Die Unterstützung und deren Dokumentation im Rahmen der Prämien- und Bonusprogramme der Deutschen BKK. Die Regelungen des Gesamtvertrages sowie Regelungen in Sondervereinbarungen bleiben hiervon unberührt.
 - m) Die aktive Beteiligung, Unterstützung und Förderung von Verträgen der Deutschen BKK nach § 73 c, §§ 140a ff, § 43 und § 137 f SGB V.
 - n) Die Sicherstellung eines wirtschaftlichen Überweisungs- und Verordnungsverhaltens sowie die Vermeidung von Doppeluntersuchungen.
 - 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 dem Impf-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 Arztinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem).
- f) Die Sicherstellung des Praxiszuganges für behinderte Patienten.
- h) Das Angebot von besonderen Sprechstunden für Arbeitnehmer (z. B. am 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 Deutschen 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 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 Deutschen BKK zu berücksichtigen und aktiv zu unterstützen,
 - h) zur aktiven Beteiligung sowie Unterstützung und Förderung von Verträgen der Deutschen BKK nach § 73 c, §§ 140a ff, § 43 und § 137 f SGB V,
 - i) zur zeitnahen Übermittlung von der zur Durchführung der Aufgaben der Deutschen 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 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 über die voraussichtliche Wartezeit.

- (5) Die Beratung der Deutschen BKK 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 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 Hausarzt verpflichtet sich, die Daten der Teilnahmeerklärungen der Versicherten tagesaktuell zu erfassen.
- (8) Im Falle der Beendigung seiner Teilnahme an diesem Vertrag, hat der Hausarzt die KVN, die Deutsche BKK 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 Deutschen BKK 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 und der Hausarzt gewählt. Der Hausarzt nimmt die Originaleinschreibeerklärung zu seinen Unterlagen. Im Bedarfsfall ist dieses Original der unterschriebenen Teilnahmeerklärung auf Anforderung der Deutschen BKK 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 Deutsche BKK nach Bedarf gemäß Anlage 9 weiter. Der Versicherte erhält 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) 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) Mit der Einschreibung wird der betreuende Hausarzt gewählt. Der Versicherte kann seine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Deutschen BKK, Willy-Brandt-Platz 8, 38440 Wolfsburg, ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Deutsche BKK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Deutsche BKK dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.
- (2) Die wirksame Einschreibung erfolgt mit dem Beginn des Quartals des Einschreibungstages, frühestens ab 01.07.2015.
- (3) Der Versicherte verpflichtet sich mit seiner Teilnahmeerklärung schriftlich gegenüber der Deutschen BKK, nur einen von ihm aus dem Kreis der an diesem Vertrag vertraglich gebundenen Hausärzte gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt ebenfalls unberührt. Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Während dieser Zeit kann ein anderer als der gewählte Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch genommen werden. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem im Bestätigungsschreiben der Deutschen BKK genannten Zeitpunkt.
- (4) Ein Wechsel des betreuenden Hausarztes ist jederzeit möglich und wird mit Beginn des folgenden Quartales wirksam.
- (5) Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Beitritt schriftlich gegenüber der Deutschen BKK kündigen und scheidet zum Ende des dann laufenden Quartals aus der hausarztzentrierten Versorgung aus.
- (6) Die Teilnahme eines Versicherten endet auch mit Wegfall der Teilnahmevoraussetzung oder dem Ende der Mitgliedschaft bei der Deutschen BKK.
- (7) Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus, wenn die Teilnahme des von ihm gewählten Hausarztes an diesem Vertrag endet.
- (8) Die Deutsche BKK informiert den Versicherten und den Hausarzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus der hausarztzentrierten Versorgung.
- (9) Die Deutsche BKK schließt eine gleichzeitige Teilnahme an anderen Hausarztverträgen aus.

§ 11 Information des Versicherten

- (1) Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele dieses Vertrages
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an diesem Vertrag ergeben
 - seine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
 - die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- (2) Die Deutsche BKK informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise, z.B. durch ihre Mitgliederzeitschriften, umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung. Dabei wird insbesondere informiert über
- die Rechte und Pflichten des Vertrages,
 - die teilnehmenden Hausärzte,
 - die kassenindividuellen Versorgungsangebote,
 - die Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung und
 - die vereinbarten besonderen persönlichen und sächlichen Anforderungen der teilnehmenden Hausärzte.

§ 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 Absatz (1) kann die Deutsche BKK eine der folgenden Maßnahmen aussprechen
- a) schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - b) die Beendigung der Teilnahmeberechtigung bei wiederholten Verstößen.
- Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub).

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 gemäß 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
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 der Deutschen BKK in Rechnung stellen.
- (6) Die Inhalte und die Vergütungen, die sich aus Regelungen der Anlage 5 ergeben, werden dort geregelt. Der Vertragsausschuss legt die Anlage 5 jährlich bis zum 30.11. eines Jahres für das Folgejahr fest.
- (7) Die Inhalte und die Umsetzung von Datenlieferungen, deren Formate sowie deren Lieferungszeitpunkte werden in Anlage 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 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 können zwischen den Vertragspartnern gesondert geregelt werden.

§ 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 01.04.2015 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 Beginn des Wirkbetriebes dieses Vertrages ist 01.07.2015.
- (2) Die Kündigungsfrist des Vertrages beträgt 3 Monate zum Jahresende und ist frühestens zum 31.12.2017 möglich.
- (3) Es besteht ein Sonderkündigungsrecht aus wichtigem Grund. Als wichtiger Grund gelten insbesondere gesetzliche Änderungen, die eine Fortführung dieses Vertrages sowie das Erreichen der Ziele dieses Vertrages unmöglich machen (insbesondere: Änderung/ Wegfall des § 73 b SGB V).
- (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.

§ 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 über den Datenschutz
- Anlage 3: nicht besetzt
- Anlage 4: Indikationslisten für Chroniker
- Anlage 5: ergebnisorientierte Vergütung
Anhang 1 – „Grünklick“
- Anlage 6: nicht besetzt
- Anlage 7: nicht besetzt
- Anlage 8: nicht besetzt
- Anlage 9: Technische Anlage

Hannover, den

Deutsche BKK

Deutscher Hausärzteverband - Landesverband Braunschweig e. V.

Deutscher Hausärzteverband - Landesverband Niedersachsen e. V.

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahmeerklärung

zur

Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der Deutschen BKK

Ersteinschreibung Hausarztwechsel

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Deutschen BKK versichert bin und bisher nicht an einem Hausarztvertrag teilnehme.
- ich den unterzeichnenden Arzt als meinen persönlichen HzV-Arzt wähle und mich mindestens ein Jahr an ihn binde.
- ich ausführlich und umfassend über die HzV informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich an alle Pflichten des Vertrages zu halten und mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten HzV-Arzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten HzV-Arzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Zahnärzten, von Ärzten im Notfall, Gynäkologen, Kinder- und Jugendärzten und Augenärzten, sowie von ärztlichen Notfalldiensten.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HzV-Arzt) ausschließlich den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche.
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses oder bei Änderung meines Wohnsitzes unverzüglich die Deutsche BKK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende der Mitgliedschaft bei der Deutschen BKK die Teilnahme an der HzV endet.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde.
- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HzV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HzV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HzV-Arzt voraussetzt.
- ich die hier abgegebene Einwilligung grundsätzlich frühestens zum Ende meines ersten HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Der Austritt erfolgt jeweils zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der Deutschen BKK.
- **ich die Teilnahmeerklärung nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Deutschen BKK, Willy-Brandt-Platz 8, 38440 Wolfsburg, ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Widerrufs-erklärung an die Deutsche BKK. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform und beträgt zwei Wochen. Mit Zugang meines Widerrufs bei der Deutschen BKK ist eine Teilnahme an der HzV nicht entstanden.**

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter HzV-Arzt und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme einholen, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der HzV führen, meinem gewählten HzV-Arzt mitgeteilt werden.
- die Deutsche BKK, sowie die Vertragsgemeinschaft die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV sind in dem mir ausgehändigten Merkblatt zum Datenschutz beschrieben.
- im Datenbestand der Deutschen BKK ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme.
- mein gewählter HzV-Arzt kontinuierlich über meinen Versicherten- und HzV-Teilnahmestatus informiert wird.
- die Deutsche BKK meine Adresse ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur Qualitätssicherung der HzV befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.

Wenn Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen mit Ja beantworten, können Sie an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J _____
Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

Ja, ich bin von meinem HzV-Arzt über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ detailliert beraten worden und damit einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J _____
Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J _____
Unterschrift des HzV-Arzt

Stempel

Eine Information zum Datenschutz für Teilnehmer/innen an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der Deutschen BKK

Was ist die Hausarztzentrierte Versorgung?

Nach dem Willen des Gesetzgebers haben Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten (§ 73 b SGB V). Ihre Deutsche BKK hat aus diesem Grund mit den beiden Hausärzterverbänden in Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen einen entsprechenden Vertrag geschlossen. Versicherte der Deutschen BKK können sich in dieses Versorgungsmodell einschreiben.

Die Einschreibung erfolgt beim gewählten Hausarzt. Nach ausführlicher Beratung über die Inhalte und die Vor- und Nachteile durch Ihren Arzt entscheiden Sie sich auf **freiwilliger Basis**, ob Sie an dieser Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen möchten. Sie sollten sicher sein, dass diese Versorgung Ihren Ansprüchen genügt und gleichzeitig sollten Ihrerseits keine datenschutzrechtlichen Bedenken bestehen.

Aus diesem Grund haben Sie auch ein **zweiwöchiges Widerrufsrecht**, wenn Ihnen nach der Unterschrift Bedenken kommen oder Sie feststellen, dass die Hausarztzentrierte Versorgung nicht Ihren Erwartungen entspricht. Das Nähere entnehmen Sie bitte der von Ihnen unterschriebenen Teilnahmeerklärung.

Wünschen Sie die Teilnahme, dann sind Sie ein Jahr (12 Monate) an Ihre Entscheidung gebunden. Entscheiden Sie sich dagegen, hat das keinerlei Auswirkungen auf die übliche medizinische Versorgung im Rahmen Ihres Krankenversicherungsverhältnisses bei der Deutschen BKK. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, sich persönlich bei der Deutschen BKK über diese Versorgung und deren Inhalte zu informieren.

Was ist aus datenschutzrechtlicher Sicht bei der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung von Bedeutung?

Ergänzend zur vertragsärztlichen Versorgung, die im Wesentlichen im Sozialgesetzbuch geregelt ist, gilt diese Versorgung für Ärzte, die an diesem besonderen hausärztlichen Versorgungsmodell interessiert sind. Vertragspartner der Deutschen BKK sind die Hausärzterverbände in Niedersachsen, Landesverband Niedersachsen e. V. und Landesverband Braunschweig e. V., sowie die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.

Nur mit Ihrer Einwilligung, die Sie bei der Teilnahme an dieser Versorgung erklären, werden die Sie betreffenden Daten (persönliche und medizinische) zwischen den genannten Institutionen ausgetauscht. Die Deutsche BKK erhält von Ihrem Hausarzt die Information, dass Sie an der Versorgung teilnehmen wollen und speichert Beginn, Veränderungen und Ende der Teilnahme im EDV-System.

Die Daten werden im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung genauso sicher behandelt, als wenn Sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden. Die ärztliche Schweigepflicht gilt selbstverständlich auch hier.

Die Abrechnung Ihrer in Anspruch genommenen Leistungen nehmen die Ärzte - wie gewohnt - über die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen vor. Die beteiligten Ärzte (inkl. Personal) sowie die genannten Institutionen arbeiten entsprechend der datenschutzrechtlichen Anforderungen.

Eine Information zum Datenschutz für Teilnehmer/innen an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der Deutschen BKK

Ihr gewählter Hausarzt wird darüber hinaus auch weiterhin ohne Ihre Einwilligung keine Daten mit anderen Ärzten oder Institutionen austauschen.

Diese Einwilligung geben Sie gleichzeitig mit Ihrer Erklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung.

Auch gegenüber der Deutschen BKK wird ein Datenaustausch nur entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen erfolgen.

Wenn Sie aus persönlichen oder anderen Gründen nicht mehr an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen wollen oder können, werden die bereits erhobenen und gespeicherten Daten nur noch für die Dauer der gesetzlich zulässigen Aufbewahrungsfristen gespeichert. Das kann einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren umfassen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 292 SGB V). Auch hier gilt: Ihre gesetzlichen Leistungsansprüche werden durch den Verzicht auf diese Versorgung nicht berührt.

Datenschutz

Elektronische Ablage von Daten

Mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung willigen Sie schriftlich ein, dass Ihr Arzt die für die Durchführung der Hausarztzentrierten Versorgung notwendigen Daten an die Deutsche BKK zur Verarbeitung und Nutzung weiterleitet. Hierfür erfolgt eine elektronische Kennzeichnung mit Teilnahmebeginn- und Teilnahmeendedatum im EDV-System der Deutschen BKK.

Qualitätssicherung der Hausarztzentrierten Versorgung

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass die Deutsche BKK zum Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung Ihre Daten auswerten kann, um den wirtschaftlichen Erfolg dieser Versorgung zu belegen. Dazu können sich die Beteiligten einer geeigneten und anerkannten Forschungseinrichtung bedienen. Dabei wird auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen geachtet. Insbesondere werden die Daten, sobald es nach dem Stand der Untersuchungen möglich ist, anonymisiert.

Diese Versorgung ist mit Kosten und Aufwänden verbunden, um die medizinische Versorgung zu verbessern und die Qualität zu erhöhen. Auch soll die Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung erhöht werden. Um belegen zu können, dass die vereinbarten Maßnahmen wirken, kann Ihre Adresse und Telefonnummer an ein neutrales Forschungsinstitut gegeben werden. Das Forschungsinstitut wird mit Ihnen Kontakt aufnehmen und Sie - sollten Sie damit einverstanden sein - zur Hausarztzentrierten Versorgung befragen. Die Einwilligung zur wissenschaftlichen Forschung und zur Befragung ist freiwillig. Auch eine Ablehnung hat keine Auswirkungen auf die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung.

- Ergebnisorientierte Vergütung -

§ 1 Ziele und Nutzen der ergebnisorientierten Vergütung

Mit der ergebnisorientierten Vergütung wird eine Vergütungskomponente aufgenommen, die von den erzielten Ergebnissen bei der Steuerung von Versorgungsprozessen und der Optimierung von Strukturen im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung abhängt.

Die ergebnisorientierte Vergütung dient auch als Anreiz der Umsetzung der Ziele dieses Vertrages im Kernbereich der Wirtschaftlichkeit.

§ 2 Systematik

- (1) Die ergebnisorientierte Vergütung wird für einzelne Leistungsbereiche vereinbart. Hierfür sind die entsprechenden Anhänge maßgebend. Innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche ist jeweils ein Zielwert zu erreichen.
- (2) Wird dieser Zielwert erreicht, erfolgt eine Vergütung. Die Höhe wird für jeden Leistungsbereich in dem entsprechenden Anhang individuell festgelegt und in Form gestaffelter Vergütung erfolgen.
- (3) Die Zielwerte je Leistungsbereich können individuell für am Vertrag teilnehmende Ärzte oder als Kollektivziel vereinbart werden. Bei einem Kollektivziel werden die Daten aller am Vertrag teilnehmenden Ärzte berücksichtigt. Kollektivziele werden insbesondere dann vereinbart, wenn in einem Leistungsbereich auf der Ebene einzelner Ärzte keine sachgerechte Ergebnismessung zu erwarten ist.
- (4) Die Berechnung der Zielerreichung erfolgt grundsätzlich als prozentuale Quote auf der Ebene aller Patienten des teilnehmenden Hausarztes nach Maßgabe des jeweiligen Anhangs. Sie ist unabhängig von der individuellen Teilnahme des Patienten an diesem Vertrag. Eine abweichende Regelung kann in den Anhängen vereinbart werden.
- (5) Die Berechnung erfolgt in der Regel kalenderjährlich, kann aber auch quartalsweise erfolgen. Bei einer kalenderjährlichen Betrachtung erfolgt die Erfolgsmessung zum 31.08. des Jahres für das vergangene Kalenderjahr, bei einer quartalsweisen Betrachtung in der Regel spätestens 3 Monate nach Quartalsende. Die konkreten Regelungen werden im jeweiligen Anhang getroffen.
- (6) Der arztindividuelle Auszahlungsbetrag ergibt sich aus der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten multipliziert mit den für den jeweiligen Leistungsbereich festgelegten Vergütungsregelungen entsprechend der Zielerreichung.
- (7) Ärzte, die nicht mehr an diesem Vertrag teilnehmen, werden anteilig entsprechend ihrer zeitlichen Teilnahme an diesem Vertrag berücksichtigt, sofern sie in dem Kalenderjahr mindestens sechs Monate an diesem Vertrag teilgenommen haben.

Sofern ein teilnehmender Arzt wegen Entzug der Zulassung oder Beendigung der HzV-Teilnahme aufgrund von Vertragsverletzung von der weiteren Vertragsteilnahme ausgeschlossen wurde, besteht im Jahr des Ausscheidens kein Anspruch auf Vergütung gemäß den Anhängen dieser Anlage.

- (8) Neu am Vertrag teilnehmende Ärzte werden anteilig entsprechend ihrer zeitlichen Teilnahme an diesem Vertrag berücksichtigt, wenn sie in dem Kalenderjahr mindestens ein Quartal an diesem Vertrag teilgenommen haben. Sofern die Vergütung gemäß den Anhängen mehr als ein Quartal abbildet, werden diese Ärzte entsprechend ihrer zeitlichen Teilnahme an diesem Vertrag berücksichtigt.
- (9) In Anhängen zu dieser Anlage werden die konkreten Regelungen je Leistungsbereich sowie die Auszahlungsbedingungen definiert.
- (10) Die ergebnisorientierte Vergütung wird nach Beschlussfassung durch den Vertragsausschuss sukzessive zunächst für die folgenden Leistungsbereiche angestrebt:
 - Arzneimittelversorgung
 - Maßnahmen zur Optimierung der Arzneimittelverordnungen (Grünklick)

Folgende Leistungsbereiche können zu einem späteren Zeitpunkt hinzukommen:

- Leistungsbereich: Arzneimittelversorgung (weitere Themen)
- Leistungsbereich: Krankenhaus
- Leistungsbereich: Hilfsmittel
- Leistungsbereich: Arbeitsunfähigkeit
- Leistungsbereich: Häusliche Krankenpflege
- Leistungsbereich: Heilmittel
- Leistungsbereich: Selektivverträge und Case-Management-Programme
- Leistungsbereich: Fachliche Qualifikation
- Weitere zu definierende Leistungsbereiche

§ 3 Abrechnung

- (1) Die Berechnung der Quoten bzw. der Zielerreichung erfolgt, sofern in den jeweiligen Anhängen nichts anderes vereinbart, durch die Deutsche BKK. Die KVN übermittelt der Deutschen BKK dafür alle konkret vereinbarten Daten der am Vertrag teilnehmenden Ärzte nach Maßgabe der Anhänge. Die Deutsche BKK übermittelt der KVN zum Zweck der Honorarabrechnung einen Datensatz für den einzelnen Arzt.
- (2) Die Details der Datenübermittlung zwischen Deutscher BKK und KVN werden in Anlage 9 dieses HZV - Vertrages oder einer separaten Vereinbarung geregelt.
- (3) Im Übrigen gelten die Regeln zur Abrechnung und Finanzierung der ärztlichen Vergütung aus dem Vertrag.

§ 4 Grundsätze zur Weiterentwicklung

- (1) Die Details zur Berechnungsweise der Ergebnisse, Umsetzung der Datenflüsse und Handhabung der Abrechnung der ergebnisorientierten Vergütung nach dieser Anlage werden ggf. ergänzend vom Vertragsausschuss festgelegt.
- (2) Die Höhe der ergebnisorientierten Vergütung ermittelt sich in Relation zum Einsparpotential des jeweiligen Leistungsbereiches. Das Einsparpotential wird kalenderjährlich von der Deutschen BKK ermittelt. Der Zielwert wird jährlich entsprechend angepasst. Sofern in einem Leistungsbereich kein weiteres Einsparpotential vorhanden ist, entfällt die ergebnisorientierte Vergütung. In diesen Fällen soll der wegfallende Leistungsbereich durch einen anderen Leistungsbereich ersetzt werden. Die entsprechende konkrete Beschlussfassung findet im Vertragsausschuss statt.
- (3) Diese Anlage tritt zum 01.07.2015 in Kraft und stützt sich zunächst vorrangig auf GKV-Routinedaten. Die Erhebung und Verwendung darüber hinausgehender Daten werden in den Anhängen zu den jeweiligen Leistungsbereichen geregelt. Damit soll sichergestellt werden, dass auch über die GKV-Routinedaten hinausgehende Informationen für die ergebnisorientierte Vergütung berücksichtigt werden können.
- (4) Für die Weiterentwicklung der Datenbasis, das Datenmanagement und der Ergebnismessung werden die Indikatoren der Hausarztzentrierten Versorgung perspektivisch für die ergebnisorientierte Vergütung vor allem aus folgenden Datenquellen zu erheben sein:
 - Routinedaten der Deutschen BKK aus dem Abrechnungs- und Leistungswesen
 - Daten aus den Hausarztpraxen
 - Daten aus Versichertenbefragungen

Ergebnisorientierte Vergütung – Leistungsbereich Arzneimittel

§ 1

Ziele

Über die ergebnisorientierte Vergütung „Arzneimittel“ soll eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln aller Versicherten, die bei am Vertrag teilnehmenden Hausärzten in Behandlung sind, sichergestellt werden.

§ 2

Zielwert und Kenngrößen

- (1) Das Ziel im Leistungsbereich „Arzneimittel“ gilt als erreicht, sofern sich die Arzneimittelausgaben für Versicherte der Deutschen BKK, die bei teilnehmenden Hausärzten in Behandlung sind, mindestens **1,5 Prozentpunkte** (Zielwert) günstiger entwickeln als der Durchschnitt der Versicherten der GKV Gesamt (4. Quartal KV 45, Kontenklassen 430, 435 und 436).
- (2) Die Ermittlung der Zielerreichung erfolgt für ein Kalenderjahr.
- (3) Bei Erreichung des Zielwertes erfolgt die Berechnung der Einsparung wie folgt:

Differenz aus den tatsächlichen Arzneimittelausgaben aller Versicherten, die im Berechnungszeitraum bei einem am Vertrag teilnehmenden Arzt in Behandlung waren, zu den Arzneimittelausgaben, die sie verursacht hätten, wenn die Entwicklung nur entsprechend des Zielwertes gewesen wäre.
- (4) Die Einsparung wird hälftig zwischen der Vertragsgemeinschaft und der Deutschen BKK aufgeteilt. Bereits gezahlte Vorabvergütungen nach § 4 dieses Anhangs werden dem Anteil der Vertragsgemeinschaft angerechnet.
- (5) Die Vergütung des Erfolges aus dem Anteil der Vertragsgemeinschaft nach Abs. 4 an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte erfolgt auf Basis der vereinbarten arztindividuellen Vergütung entsprechend § 4 dieses Anhangs.

§ 3

Maßnahmen zur Erreichung des Zielwertes

Zur Erreichung des Zielwertes werden die teilnehmenden Hausärzte grundsätzlich folgende Maßnahmen bei der Verordnung von Arzneimitteln beachten:

- a) Optimierung der Inanspruchnahme der Rabattverträge der Deutschen BKK

- b) Optimierte Umsetzung der Handlungsrichtlinien zu
 - Statinen
 - Clopidogrel
- c) Beachtung einer angemessenen Zahl Blutzuckersticks zur Selbstmessung
- d) Minimierung von MeToo - Verordnungen
- e) Berücksichtigung von Leitsubstanzen bei der Verordnung
- f) Verstärkte Berücksichtigung von Kontraindikationen
- g) Verstärkte Berücksichtigung von Interaktionen
- h) Verstärkte Berücksichtigung von Allergien
- i) Beachtung der Indikationen bei Protonenpumpenhemmern und Verordnungsdauer
- j) Beachtung der Verordnungsdauer bei Bisphosphonaten – alternative Verordnung Kalzium + Vitamin D3
- k) Vermeidung von Polypharmazie
- l) Vermeidung der Folgeverordnungen zu Nebenwirkungen von Medikamenten
- m) Hinweis auf zugelassenen Indikationen bei der Verordnung eines Präparates
- n) Übernahme von Facharztverordnungen und dabei Umstellung auf Generikum oder rabattierte Originalpräparate
- o) Hinweis auf Verordnungsdauer von Antidementiva und Überprüfung der Wirksamkeit durch standardisierte Verfahren
- p) Verstärkte Berücksichtigung wirtschaftlicher Packungsgrößen
- q) Überwachung der Mengen/Reichweite der verordneten Arzneimittel, um Nichteinnahme und Hortung und ggf. Weitergabe durch Patienten zu vermeiden
- r) Rationeller Einsatz von Antibiotika, Beachtung der Leitlinien, insbesondere in Bezug auf Erkältungskrankheiten
- s) Bevorzugung oraler Therapieformen beim Einsatz von Opiaten

§ 4

Vorabvergütung

- (1) Die Vergütung des Leistungsbereiches „Arzneimittel“ erfolgt je am Vertrag teilnehmenden Arzt für jeden am Vertrag teilnehmenden Versicherten der Deutschen BKK bei diesem Arzt als Zuschlag zu der Vertragsmanagementpauschale.
- (2) Die Vergütung erfolgt quartalsweise entsprechend der arztindividuellen „Grünlückquote“ gemäß § 5 dieses Anhangs.
- (3) Es besteht keine Rückzahlungsverpflichtung der Ärzte für die Vorabvergütung, wenn der Zielwert nach § 2 dieses Anhangs nicht erreicht wird.

§ 5

„Grünlückquote“

- (1) Die Grünlückquote definiert sich als der Anteil, der durch den Arzt veranlassten Verordnungen von Arzneimitteln mit Pharmazentralnummer (PZN), deren Wirkstoffe Gegenstand von durchgeführten Ausschreibungen waren und/oder für die die Deutsche BKK entsprechende Rabattverträge abgeschlossen hat, an der Gesamtzahl von Verordnungen, für die die Verordnung eines rabattierten Arzneimittels möglich gewesen wäre. Dabei werden auch die Verordnungen mitgezählt, die kassenindividuell festgelegt werden, soweit eine PZN vergeben wird.
- (2) Arzneimittelverordnungen, die bei der Weitergabe der arztindividuellen Daten nicht berücksichtigt wurden, aber bei der Ermittlung der Grünlückquote zu erfassen sind, werden von der Deutschen BKK nachträglich berücksichtigt.
- (3) Je eingeschriebenen Versicherten erhalten teilnehmende Ärzte mit Wirkung ab in Kraft treten dieses Anhangs bei der Erreichung einer individuellen Grünlückquote von:

80 Prozent	2,00 €	(GONR. 99301 A)
85 Prozent	4,00 €	(GONR. 99301 B)
90 Prozent	6,00 €	(GONR. 99301 C)

- (4) Die Grünlückquoten und die Vergütungshöhen werden für jedes Quartal prospektiv durch den Vertragsausschuss festgelegt. Sofern und solange keine Festlegung erfolgt, gelten die letzten vereinbarten Werte weiter.
- (5) Die Grünlückquoten und Vergütungshöhen nach Absatz 3 dieses Anhangs orientieren sich an den Einsparungen im Arzneimittelbereich im Rahmen dieser Anlage.
- (6) Wird der Zielwert nach § 2 dieses Anhangs nicht erreicht oder zeichnet sich ab, dass dieser nicht erreicht wird, wird durch den Vertragsausschuss eine prospektive Erhöhung der Prozentwerte nach Abs. 3 dieses Anhangs erfolgen.

- (7) Wird der Zielwert nach § 2 dieses Anhangs überschritten oder zeichnet sich ab, dass dieser überschritten wird, wird durch den Vertragsausschuss eine Erhöhung der Vergütung nach Absatz 3 dieses Anhangs erfolgen.
- (8) Nicht über die Grünklickquote verteilte Vergütungen aus dem Betrag nach § 2 Abs. 3 dieses Anhangs (erzielte Einsparungen) werden in Folgequartalen ausgeschüttet. Die Vertragspartner können sich darauf verständigen, diese in strukturfördernde Maßnahmen oder Maßnahmen zur Unterstützung der Ziele dieses Vertrages zu investieren. Über die Verwendung der Einsparungen entscheidet der Vertragsausschuss einvernehmlich.
- (9) Nicht ausgezahlte Einsparungen nach Absatz 4 unter Berücksichtigung von Absatz 5 dieses Anhangs verbleiben bis zur Entscheidung der Verwendung durch den Vertragsausschuss bei der Deutschen BKK.

§ 6

Ermittlung der „Grünklickquoten“

- (1) Die Ermittlung der arztindividuellen Grünklickquote erfolgt durch die Deutsche BKK mit den von den teilnehmenden Hausärzten zur Verfügung gestellten Daten und auf Basis der durch die Deutsche BKK für das jeweilige Quartal zur Verfügung gestellten Referenzdatei. Die Inhalte der Referenzdatei entsprechen den jeweils der „gevko GmbH“ durch die Deutsche BKK zur Verfügung gestellten Arzneimitteldaten mit PZN-Bezeichnung. Rezepturen, Wirkstoffverordnungen und Arzneimittel ohne gültige PZN werden in die Berechnung der Grünklickquote nicht einbezogen.
- (2) Die KVN erstellt eine Zusammenstellung der Datenlieferungen der teilnehmenden Ärzte (§ 7 Abs. 6) als Gesamtdatei und leitet diese an die Deutsche BKK zur Plausibilisierung weiter. Die Datenlieferprozesse werden direkt zwischen KVN und Deutscher BKK abgestimmt.
- (3) Die Deutsche BKK führt mit den Grünklickquoten der teilnehmenden Ärzte eine Plausibilisierung anhand der ihr vorliegenden Verordnungsdaten aus der Abrechnung der Arzneimittelverordnungen durch.
- (4) Bei signifikanten Abweichungen von **mindestens 3 Prozentpunkten** kann eine Korrektur der arztindividuellen Grünklickquote durch die Deutsche BKK erfolgen. Die Vertragsgemeinschaft und der betreffende Arzt werden über die Änderungen in Kenntnis gesetzt.
- (5) Die Deutsche BKK ermittelt quartalsweise und kalenderjährlich den Zielerreichungsgrad nach § 2 dieses Anhangs.
- (6) Die Deutsche BKK stellt sicher, dass für alle Vertragspartner die Ermittlung des Zielerreichungsgrades transparent ist.

§ 7

Datentransfer

- (1) Die Deutsche BKK stellt regelmäßig die aktualisierten Daten der relevanten Rabattverträge und die kassenindividuellen Festlegungen der „gevko GmbH“ zur Verfügung.
- (2) Die Deutsche BKK stellt den Vertragspartnern zu 2. eine abgestimmte verbindliche Prozessbeschreibung der Rechenwege zur Ermittlung der Grünklickquote zur Verfügung.
- (3) Die teilnehmenden Hausärzte liefern quartalsweise bis zum jeweiligen Abgabetermin der Abrechnungsunterlagen ihre erfassten Arzneimittelverordnungsdaten nach Maßgabe der durch die „gevko GmbH“ zertifizierten S3C-Schnittstelle auf elektronischem Weg über das KVN - Portal an die KVN. Später eingehende Datenlieferungen werden nicht mehr berücksichtigt und lösen keinen Vergütungsanspruch nach diesem Anhang aus.
- (4) Der durch den teilnehmenden Arzt zu übermittelnde Datensatz nach Maßgabe der durch die „gevko GmbH“ zertifizierten S3C-Schnittstelle enthält mindestens folgende Informationen:
 - a) LANR
 - b) BSNR
 - c) Verordnungsdatum
 - d) Alle vom Arzt ausgestellten Arzneimittelverordnungen (ggf. mit pseudonymisiertem Versichertenkennzeichen) für Deutsche BKK-Versicherte incl. gültiger Pharmazentralnummer (PZN)
 - e) Alle vom Arzt ausgestellten Arzneimittelverordnungen (ggf. mit pseudonymisiertem Versichertenkennzeichen) über einen Wirkstoff (Verordnungen von Rezepturen werden nicht übermittelt)
 - f) Zeitpunkt und Version der verwendeten Praxissoftware.
- (5) Eine verbindliche Beschreibung der S3C-Schnittstelle stellt die gevko GmbH über den geschützten Bereich des gevko-Portals (www.gevko.de) zur Verfügung. Für den Zugang ist eine Nutzer-Registrierung bei der gevko GmbH erforderlich.
- (6) Die KVN erstellt quartalsweise unmittelbar nach Fertigstellung der Quartalabrechnung eine Datei aller teilnehmenden Hausärzte mit den übermittelten Daten nach Absatz 4 und stellt sie der Deutschen BKK auf elektronischem Weg zur Verfügung. Die Einzelheiten der Datenübermittlungsprozesse und -inhalte werden zwischen KVN und Deutscher BKK separat festgelegt.
- (7) Die KVN berücksichtigt bei der Vorabvergütung nach § 4 dieses Anhangs die ihr vorliegenden arztindividuellen Grünklickquoten.

Anhang 1 zu Anlage 5

zum Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V mit der Deutschen BKK

- (8) Die Deutsche BKK plausibilisiert die Datei nach Absatz 4 und stellt der KVN das Ergebnis der Plausibilitätsprüfung zur Verfügung. Die Einzelheiten der Datenübermittlung werden zwischen KVN und Deutscher BKK festgelegt. Die Datensatzbeschreibungen und die Formate der Datenlieferungen werden separat geregelt.

- (9) Die Deutsche BKK hat die Möglichkeit der nachträglichen Korrektur der Abrechnung, wenn die Plausibilitätsprüfung oder sonstige Tatbestände dies erforderlich machen. Dabei gelten die gesamtvertraglichen Regelungen und die Regelungen nach § 106a SGB V. Die Einzelheiten werden zwischen Deutscher BKK und KVN abgestimmt.

§ 8

In Kraft treten

Dieser Anhang zur Anlage 5 tritt mit Wirkung ab 01.07.2015 in Kraft.

Anhang 1 zu Anlage 5

zum Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V mit der Deutschen BKK

Modell – Berechnungsschema zu § 2

Nr.	Beschreibung	Anhang 1 zu Anlage 5 § 2	Wert
1.	Voraussetzungen: a) Versicherte, die im Jahr des Bewertungszeitraums mind. einen Kontakt bei einem an der HzV teilnehmenden Arzte ausgelöst haben b) Versicherte, die im Jahr des Bewertungszeitraums und im vorangegangenen Jahr jeweils mind. 350 Tage bei der Deutsche BKK versichert waren Voraussetzungen "a" und "b" müssen erfüllt sein	Absatz 1	500.000,00 €
2.	Feststellung der Arzneimittelausgaben der Versicherten nach Pkt.1. - im Jahr vor dem Bewertungszeitraum	Absatz 1	320.000.000,00 €
3.	Feststellung der Arzneimittelausgaben der Versicherten nach Pkt.1. -im Jahr des Bewertungszeitraums	Absatz 1	325.000.000,00 €
4.	Ermittlung der "Ausgaben je 1.000 Versicherte HzV" im Jahr vor dem Bewertungszeitraums (= "Pkt.2." : "Pkt.1." x 1.000)	Absatz 1	640.000,00 €
5.	Ermittlung der "Ausgaben je 1.000 Versicherte HzV" im Jahr des Bewertungszeitraums (= "Pkt.3." : "Pkt.1." x 1.000)	Absatz 1	650.000,00 €
6.	Ermittlung der "Ausgabenentwicklung HzV" (= "Pkt.5." : "Pkt.4." -1)	Absatz 1	1,56%
7.	GKV-Versicherte im Jahr vor dem Bewertungszeitraum	Absatz 1	70.000.000,00 €
8.	GKV-Versicherte im Jahr des Bewertungszeitraums	Absatz 1	69.850.000,00 €
9.	GKV-Arzneimittelausgaben im Jahr vor dem Bewertungszeitraum	Absatz 1	44.800.000.000,00 €
10.	GKV-Arzneimittelausgaben im Jahr des Bewertungszeitraums	Absatz 1	46.800.000.000,00 €
11.	Ermittlung der "Ausgaben je 1.000 Versicherte GKV" im Jahr vor dem Bewertungszeitraum (= " Pkt.9." : "Pkt.7." x 1.000)	Absatz 1	640.000,00 €
12.	Ermittlung der "Ausgaben je 1.000 Versicherte GKV" im Jahr des Bewertungszeitraums (= " Pkt.10." : "Pkt.8." x 1.000)	Absatz 1	670.007,16 €
13.	Ermittlung der "GKV-Arzneimittelkostenentwicklung" (="Pkt.12." : "Pkt.11." - 1)	Absatz 1	4,69%
14.	Zielwert ("Pkt. 13." Abz. 1,5 Prozentpunkte)	Absatz 4	3,19 %
15.	HZV-Arzneimittelausgaben Zielwert je 1.000 Versicherte (="Pkt.4." x (1 + "Pkt.14."))	Absatz 4	660.407,16 €
16.	Einsparung je 1.000 Versicherte (= "Pkt.15." - "Pkt.5.")	Absatz 4	10.407,16 €
17.	Einsparung Gesamt (= "Pkt.16." : 1.000 x Versicherte nach "Pkt.1.")		5.203.579,10 €
18.	Anteil der Vertragsgemeinschaft (= "Pkt.17." : 2)	Absatz 5	2.601.789,55 €
19.	bereits gezahlte Vorabvergütung (Grünlück)	Absatz 5	1.100.000,00 €
20.	Restvergütung (= "Pkt. 18." - "Pkt.19.")	Absatz 5	1.501.789,55 €

Technische Anlage
zur Steuerung und Verarbeitung von
Versicherteneinschreibungen und Daten der
Hausarztzentrierten Versorgung
der Deutschen BKK

Beteiligte Krankenkasse:
Deutsche BKK
Willy-Brandt-Platz 8
38440 Wolfsburg

nachfolgend Krankenkasse genannt

sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
nachfolgend KVN genannt

Inhaltsverzeichnis

1	ALLGEMEINES	3
2	GRUNDSÄTZLICHE FESTLEGUNGEN ZUR ABWICKLUNG DES DATENAUSTAUSCHES	4
3	ÜBERMITTLUNGSARTEN UND VERSCHLÜSSELUNG	5
4	VERFAHRENSBESCHREIBUNG	6
4.1	Festlegung der Dateien	6
4.2	Festlegung der Dateinamen	6
4.3	Datenstruktur	6
4.4	Dateninhalt	6
4.4.1	Bereitstellung der Daten von der KVN für die Krankenkasse	6
4.4.2	Datenlieferung der Krankenkasse an die KVN	7
4.5	Datenbereitstellung	8
5	FEHLERVERFAHREN	9
5.1	Prüfungen	9
5.2	Fehlerbehandlung	9
6	ABLAGESTELLE	10
7	TESTVERFAHREN	11
8	DATENSATZBESCHREIBUNGEN	12
8.1	DTA - Patientenstamm (Import)	12
8.2	DTA – Teilnehmerverzeichnis (Import)	13
8.3	DTA - Arztstamm (Export)	16
8.4	DTA - Versicherteneinschreibungen (Export)	18
8.5	DTA – DG-ICD-Erfassungsdaten (Export)	19
8.6	Endegründe	22

1 Allgemeines

1. Diese Technische Anlage zur Übermittlung der Dokumentationsdaten zur hausarztzentrierten Versorgung legt die technischen Rahmenbedingungen für den Datenaustausch fest.
2. Besteht nach Auffassung der Krankenkasse oder der KVN eine Notwendigkeit zur Änderung dieser Technischen Anlage, so kann die Anpassung dieser Anlage durch eine Beschlussfassung im Schriftwechsel vorgenommen werden.
3. Zur inhaltlichen Fortschreibung dieser Technischen Anlage kann jeder Vertragsteilnehmer Vorschläge erarbeiten und den Partnern dieser Vereinbarung mit dem Ziel einer einvernehmlichen Regelung zuleiten.
4. Die Pflege der Technischen Anlage erfolgt durch Änderung von Seiten und dem anschließenden Versand des geänderten Dokumentes.
5. Die KVN hat im Rahmen des o.g. Vertrages die Aufgabe, das Datenerfassungs- und Dokumentationssystem für die teilnehmenden Ärzte zu entwickeln, die Pflege und den Support sicherzustellen und die Teilnahme- und Dokumentationsdaten zur Abholung durch die Krankenkasse bzw. durch eine von der Krankenkasse beauftragte Koordinationsstelle zu den definierten Zeitpunkten auf einem SFTP-Server der KVN bereitzustellen.
6. Für den Datenaustausch werden die folgenden Termine festgelegt:

	Daten- bereitstellung der KVN	TVZ-Lieferung der Krankenkasse	Patientenstamm lieferung der Krankenkasse
Daten des 1. Quartals	13.04.	02.05.	wöchentlich, montags
Daten des 2. Quartals	13.07.	02.08.	wöchentlich, montags
Daten des 3. Quartals	13.10.	02.11.	wöchentlich, montags
Daten des 4. Quartals	13.01.	02.02.	wöchentlich, montags

Erstmalig erfolgt die Datenbereitstellung der KVN am 13.04.2015 und die TVZ-Lieferung der Krankenkasse am 02.05.2015.

7. Die Krankenkasse holt die Daten gemäß Punkt 5 vom SFTP-Server der KVN ab und kopiert jeweils zu den genannten Terminen den Patientenstamm sowie einmal pro Quartal eine Rückmeldung der Versichertenteilnahmen (TVZ) auf den SFTP-Server der KVN.
8. Der Zugriff auf den SFTP-Server der KVN erfolgt seitens der Krankenkasse über das Protokoll SFTP.
9. Die entsprechende Zugangs-Kennung wird der Krankenkasse von der KVN zur Verfügung gestellt.

2 Grundsätzliche Festlegungen zur Abwicklung des Datenaustausches

1. Weitere technische Einzelheiten zur Durchführung des Datenaustausches sind rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung oder Änderung des Datenaustauschverfahrens abzustimmen.
2. Über die Datenbereitstellung ist ein Protokoll mit folgenden Inhalten zu führen:
 - a. Inhalt der Datenbereitstellung (Dateiname)
 - b. Laufende Nummer der Dateireferenz-Nr.
 - c. Datum der Datenbereitstellung
3. Die KVN bzw. die Krankenkasse haben sicherzustellen, dass nur Dateien in dem vereinbarten Dateiformat und nur geprüfte Datensätze bereitgestellt werden.
4. Werden bei oder nach der Bereitstellung Mängel festgestellt, die eine ordnungsgemäße Abholung und Verarbeitung der Daten ganz oder teilweise beeinträchtigen, werden keine Daten übernommen. In diesem Fall ist die Fehlerbehandlung nach Abschnitt 7 anzuwenden.

3 Übermittlungsarten und Verschlüsselung

1. Für die Übermittlung der Daten wird zwischen KVN und der Krankenkasse das Protokoll SFTP vereinbart.
2. Eine zusätzliche Verschlüsselung von Daten ist nicht erforderlich.
3. Vereinbarungen über Komprimierungsverfahren sind zwischen KVN und Krankenkasse zu treffen.

4 Verfahrensbeschreibung

4.1 Festlegung der Dateien

Es werden im Verfahren folgende abgestimmte Dateien verwendet, die detailliert unter dem Punkt 4.4 beschrieben werden:

- DTA - Patientenstamm (Import)
- DTA - Arztstamm (Export)
- DTA - Vers_Einschreibungen (Export)
- DTA - Teilnehmerverzeichnis (Import)
- DTA - DG-ICD-Erfassungsdaten (Export)

4.2 Festlegung der Dateinamen

Der Dateiname setzt sich aus der Vertragsnummer (14017400237), einer Kennzeichnung für Test- oder Echtdaten, aus der Bezeichnung des Datenaustauschtyps (z.B. Arztstamm) einer Vertragsbezeichnung (HZV), dem abgekürzten Krankenkassennamen (Kurzform: DBK), einer Dateireferenz-Nr. (Datum und zweistelliger Zähler, z.B. 2009080101; Datei-Nr. 01 vom 01.08.2009) und aus der Dateitypbezeichnung (csv) zusammen.

Die Dateinamen dürfen keine Leerzeichen enthalten.

Die Dateinamen lauten für Echtdaten folglich

- 14017400237_E_Patientenstamm_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv
- 14017400237_E_Arztstamm_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv
- 14017400237_E_Vers_Einschreibungen_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv
- 14017400237_E_Teilnehmerverzeichnis_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv
- 14017400237_E_DG_ICD_Erfassungsdaten_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv

und für Testdaten

- 14017400237_T_Patientenstamm_HZV_DBK_YYMMDDZZ.csv
- 14017400237_T_Arztstamm_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv
- 14017400237_T_Vers_Einschreibungen_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv
- 14017400237_T_Teilnehmerverzeichnis_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv
- 14017400237_T_DG_ICD_Erfassungsdaten_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv

4.3 Datenstruktur

Die jeweilige Datei ist eine durch Semikolon getrennte .csv-Datei. Sie besteht aus einem Vorlaufdatensatz, einem Hauptdatensatz und einem Nachlaufdatensatz. Die Patientenstammdaten-Datei besteht nur aus einem Hauptdatensatz, Vor- und Nachlaufsatz werden nicht geliefert.

4.4 Dateninhalt

4.4.1 Bereitstellung der Daten von der KVN für die Krankenkasse

Arztstamm

Der Arztstamm enthält alle Ärzte, die am Vertrag teilnehmen bzw. am Vertrag teilgenommen haben. Es handelt sich um einen vollhistorisierten Abzug. Zum Zeitpunkt des Abzugs sind die aktuellen Betriebsstätten des Arztes aufgeführt. Ist der Arzt in mehreren Betriebsstätten tätig, wird pro Betriebsstätte ein Arztdatensatz geliefert.

Versicherteneinschreibungen

In der Datenbereitstellung von der KVN für die Krankenkasse sind im Hauptdatensatz alle Patiententeilnahmen enthalten die seit dem letzten Export neu erfasst wurden (Deltaabzug). Es werden nur die Patiententeilnahmen übertragen, die in dem zurückliegenden Quartal beginnen. Löschungen durch den Arzt sind bei diesen Patiententeilnahmen nicht mehr möglich.

DG-ICD-Erfassungsdaten

Die DG-ICD-Erfassungsdaten enthalten alle seit dem letzten Export neu erfassten Patientendiagnosen (Deltaabzug). Die Datensätze werden pro Diagnose, Patient und Arzt erstellt.

4.4.2 Datenlieferung der Krankenkasse an die KVN

Patientenstamm (Import)

Die Datei Patientenstamm enthält alle aktuell am Vertrag teilnahmeberechtigten Patienten genau einmal. Die enthaltene eGK-Versichertennummer muss den Patienten eindeutig identifizieren. Ist ein Patient nicht mehr teilnahmeberechtigt, wird dieser nicht mehr im Patientenstamm geliefert.

Teilnahmeverzeichnis (Import)

Das Teilnahmeverzeichnis (TVZ) ist die Rückmeldung der Krankenkasse, in welcher die Patiententeilnahmen bestätigt oder beendet werden.

Die Rückmeldung erfolgt nach Quartalsende zu vereinbarten Terminen von der Krankenkasse an die KVN. Diese Termine sind unter Punkt 1 - Allgemeines (siehe Tabelle) festgelegt. Die Rückmeldung beinhaltet alle im Export „Versicherteneinschreibungen“ von der KVN gelieferten Patiententeilnahmen plus beendete Patiententeilnahmen aus den Vorquartalen seit Vertragsbeginn.

Sollen Teilnahmen im Abrechnungsquartal beendet werden, wird das Teilnahmeendedatum mit dem dazugehörigen Endgrund von der Krankenkasse angegeben.

Hat die Teilnahme des Patienten rechtlich nie existiert, da z. B. das Teilnahmeformular nicht unterschrieben wurde, wird die Teilnahme ebenfalls mit einem Endedatum und dem dazugehörigen Endgrund versehen.

In dieser Datei werden durch die Krankenkasse bei den zu beendenden Teilnahmen die Spalten Teilnahmeende und Teilnahmeende_Grund gefüllt. Alle anderen Felder werden von der Krankenkasse nicht verändert. Alle in der Rückmeldung enthaltenen nicht beendeten Teilnahmen gelten als bestätigt. Bereits beendete Teilnahmen können nicht erneut beendet werden.

Angabe eines Endedatums

Bei Teilnahmen, die zu keinem Zeitpunkt gültig waren (z.B. Stornierung oder fehlende Teilnahmeerklärung) wird das Endedatum auf den ersten Tag des Einschreibequartals (also Beginn der HZV-Teilnahme) gesetzt, ansonsten werden die Teilnahmen mit dem jeweiligen Endedatum beendet.

Stornierung von Beendigungen

Wurde eine Teilnahme über das TVZ fälschlicherweise beendet und soll diese Teilnahme nun wieder geöffnet werden, kann die Teilnahme im TVZ ohne Endedatum und mit Endgrund 901 geliefert werden. Dieser Endgrund führt dazu, dass bei der Verarbeitung des TVZ seitens der KVN das Endedatum der entsprechenden Teilnahme wieder entfernt wird. Hierbei ist seitens der Krankenkasse darauf zu achten, dass die Datenkonsistenz hinsichtlich ggf. weiterer Teilnahmen des Patienten erhalten bleibt. D.h., dass keine mehrfachen Teilnahmen des Patienten bei unterschiedlichen Ärzten vorliegen, die alle offen sind.

4.5 Datenbereitstellung

Die KVN stellt der Krankenkasse die Austauschdateien auf dem SFTP-Server der KVN im Verzeichnis *out* zu den festgelegten Zeitpunkten zur Abholung bereit.

Die Krankenkasse stellt der KVN die Austauschdatei auf dem SFTP-Server der KVN im Verzeichnis *in* zu den festgelegten Zeitpunkten bereit.

5 Fehlerverfahren

5.1 Prüfungen

Die nachfolgend aufgeführten Prüfungen werden in Abhängigkeit vom Inhalt der einzelnen Datensätze im Sinne eines Fehlererkennungsverfahrens durchgeführt. Die Prüfung der eingehenden Daten erfolgt in drei Abstufungen, aus denen sich der Grad der Fehler und die darauf folgende Reaktion ableiten.

- Stufe 1 Die Stufe 1 umfasst die technischen und logistischen Prüfungen, z.B. die Feststellung der Lesbarkeit der Datei allgemein.
- Stufe 2 Die Stufe 2 beinhaltet die syntaktischen Prüfungen.
- Stufe 3 In Stufe 3 werden die formalen Prüfungen durchgeführt.

Die Stufen 1 - 3 stellen maschinelle Prüfungen dar, die auch ohne direkte Sachbearbeitung durchführbar sind, also eine maschinelle Reaktion möglich machen.

5.2 Fehlerbehandlung

1. Der Ersteller der Datei ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten; die Begründungen für die Zurückweisung sind ihm soweit wie möglich in nachvollziehbarer Form mitzuteilen. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln. Die Benachrichtigung hat taggleich durch die Krankenkasse zu den gewöhnlichen Servicezeiten der KVN zu erfolgen, um eine Sicherstellung der Korrektur durch die KVN zu ermöglichen. Selbiges gilt auch für Datenlieferungen von der Krankenkasse an die KVN.
2. Grundsätzlich erfolgt der Austausch fehlerhafter Daten durch den Austausch der gesamten Datei.

6 Ablagestelle

1. Die Ablagestelle der zu übermittelnden Daten ist die KVN.

7 Testverfahren

1. Die KVN und die Krankenkasse haben vor der erstmaligen Durchführung die ordnungsgemäße Verarbeitung gegenseitig durch ein Testverfahren nachzuweisen. Die Testverfahren sind mit allen Partnern durchzuführen.
2. Die Testverfahren müssen die vereinbarten Medien und Verfahren der Übermittlung mit allen technischen Verfahren, die zum Einsatz gelangen, umfassen.
3. Das Testverfahren muss alle vereinbarten Datensätze umfassen.
4. Die Datenlieferungen zum Zwecke des Testverfahrens (auf der Basis anonymisierter Daten) gelten als Testfälle.
5. Änderungen im laufenden Verfahren sind im gegenseitigen Einvernehmen zu testen und einzuführen.
6. Die Verarbeitung gilt als ordnungsgemäß nachgewiesen, wenn Datensätze die Prüfungsstufen 1-3 fehlerfrei durchlaufen haben.

8 Datensatzbeschreibungen

8.1 DTA - Patientenstamm (Import)

Dateiname: 14017400237_E_Patientenstamm_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv

Die Datei enthält einen Komplettabzug der teilnahmeberechtigten Patienten.
Diese Datei enthält nur den Hauptdatensatz, der Vor- und Nachlaufsatz werden nicht geliefert.

Hauptdatensatz (Felder werden über Semikolon getrennt)				
IKNR KRANKENKASSE	Varchar2(9)		Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
EGK_VERSICHERTE NNUMMER	Varchar2(10)	Konstante Feldlänge; ein Buchstabe gefolgt von 9 Ziffern	Not Null	eGK-Versichertennummer des Patienten
GEBURTSDATUM	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Geburtsdatum des versicherten Patienten
NACHNAME	Varchar2(160)		Not Null	Nachname des versicherten Patienten
VORNAME	Varchar2(80)		Not Null	Vorname des versicherten Patienten
VERSICHERT_VON	Date(8)	DD.MM.YYYY		Beginn der Versicherungszeit des versicherten Patienten bei der Krankenkasse
VERSICHERT_BIS	Date(8)	DD.MM.YYYY		Endezeitpunkt der Versicherungszeit des versicherten Patienten bei der Krankenkasse
GESCHLECHT	Char(1)	M / W		Geschlecht des versicherten Patienten
STATUS	Number	dreistelliger Status: - 1. Stelle Versichertenart - 2. Stelle Besondere Personengruppe - 3. Stelle DMP-Kennzeichnung		Versichertenart: 1=Mitglied 3=Familienversicherter 5=Rentner Besondere Personengruppe: 4=BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V 6=BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges) 7=SVA-Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand8=SVA-

				Kennzeichnung, pauschal <i>DMP-Kennzeichnung</i> 1=Diabetes mellitus Typ 2 2=Brustkrebs 3=Koronare Herzkrankheit 4=Diabetes mellitus Typ 1 5=Asthma bronchiale 6=COPD (chronic obstructive pulmonary disease)
KVNR	Varchar2(12)			KVK-Versichertennummer des versicherten Patienten; muss geliefert werden, falls eGK-Versichertennummer nicht vorhanden. Ansonsten darf dieses Feld leer sein.
VERTRAGS_NR	Varchar2(20)	Konstanter Wert 14017400237		Zwischen den Vertragsparteien (KV & KK) vereinbarte Nummer

8.2 DTA – Teilnehmerverzeichnis (Import)

Dateiname: 14017400237_E_Teilnehmerverzeichnis_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv

Das Teilnehmerverzeichnis (TVZ) ist die Rückmeldung der Krankenkasse, in welcher die Patiententeilnahmen bestätigt oder beendet werden.

Die Rückmeldung erfolgt nach Quartalsende zu vereinbarten Terminen von der Krankenkasse an die KVN. Diese Termine sind unter Punkt 1 - Allgemeines (siehe Tabelle) festgelegt. Die Rückmeldung beinhaltet alle im Export „Versicherteneinschreibungen“ von der KVN gelieferten Patiententeilnahmen plus beendete Patiententeilnahmen aus den Vorquartalen seit Vertragsbeginn.

Sollen Teilnahmen im Abrechnungsquartal beendet werden, wird das Teilnahmeendedatum mit dem dazugehörigen Endgrund von der Krankenkasse angegeben.

Hat die Teilnahme des Patienten rechtlich nie existiert, da z. B. das Teilnahmeformular nicht unterschrieben wurde, wird die Teilnahme ebenfalls mit einem Endedatum und dem dazugehörigen Endgrund versehen.

In dieser Datei werden durch die Krankenkasse bei den zu beendenden Teilnahmen die Spalten Teilnahmeende und Teilnahmeende_Grund gefüllt. Alle anderen Felder werden von der Krankenkasse nicht verändert.

Alle in der Rückmeldung enthaltenen nicht beendeten Teilnahmen gelten als bestätigt.

Bei Fällen bei denen durch die Krankenkasse eine Ablehnung (Ablehnungsgründe 101 bis 112) durchgeführt wurde, wird als TEILNAHMEENDE der erste Tag des Einschreibquartals („EINSCHREIBEQUARTAL“) geliefert. Diese Fälle gelten ebenfalls als nicht bestätigt.

Bereits beendete Teilnahmen können nicht erneut beendet werden.

Vorlaufdatensatz (Satzlänge: 87)				
KENNUNG	Varchar2(4)	Konstante Feldlänge	Not Null	Konstanter Wert: "VOSZ"
ABSENDER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
EMPFAENGER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der KVN „202105987,“
DATENART	Varchar2(5)	Konstante Feldlänge	Not Null	Fester Wert: „TVZ00“
TESTINDIKATOR	Varchar2(1)	Konstante Feldlänge	Not Null	E für Echtdateien, T für Testdateien
DATEINUMMER	Number(6)	Konstante Feldlänge	Not Null	000001 - 999999, wird je Vertragskennzeichen und Datenart hochgezählt
VERSION	Varchar2(3)	Konstante Feldlänge	Not Null	Ist die jeweils gültige Versionsnummer anzugeben. Änderung der Versionsnummer nach Anpassung der TA (Beginnend mit „1.0“).
VERTRAGSKENNZEICHEN	Varchar2(50)	Konstante Feldlänge	Not Null	Vertrags-Nr.: „14017400237“

Hauptdatensatz (Felder werden über Semikolon getrennt)				
VERTRAGS_NR	Varchar(11)	Konstanter Wert: 14017400237	Not Null	Zwischen den Vertragsparteien (KV & KK) vereinbarte Nummer
ABRECHNUNGSQUARTAL	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Erster Tag des Abrechnungsquartals im jeweiligen Jahr
TE-ID_KVN	Number(15)		Not Null	von der KVN vergebene, technische Teilnahme-Id der erfassten Patiententeilnahme
LANR	Char2(7)	Konstante Feldlänge; ggf. führende Nullen	Not Null	7-stellige lebenslange Arztnummer des Arztes
BSNR	Char2(9)	Konstante Feldlänge; ggf. führende Nullen	Not Null	2-stelliger Bezirksstellencode + 7-stellige Betriebsstättennummer
IKNr_KASSENAERZTLICHEVEREINIGUNG	Char2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nr. der KVN; Eindeutige Identifizierung des Arztes nur über LANr in Verbindung mit IKNrKassenaerztlicheVer möglich
EINSCHREIBEQUARTAL	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Erster Tag des Einschreibequartals

				(entspricht VERS_TE_DAT aus dem Datensatz „Versicherteneinschreibungen“)
IKNr KRANKENKASSE	Char2(9)	Konstanter Wert: 101939006	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
KVNr	Varchar2(80)		Not Null	eGK-Versichertennummer (oder KVK-Versichertennummer) des Patienten in der Krankenkasse
VORNAME	Varchar2(80)		Not Null	Vorname des versicherten Patienten
NACHNAME	Varchar2(160)		Not Null	Nachname des versicherten Patienten
GEBURTSDATUM	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Geburtsdatum des versicherten Patienten
GESCHLECHT	Char(1)	M / W		Geschlecht des versicherten Patienten
STATUS	Number	dreistelliger Status: - 1. Stelle Versichertenart - 2. Stelle Besondere Personengruppe - 3. Stelle DMP-Kennzeichnung	Not Null	Versichertenart: 1=Mitglied 3=Familienversicherter 5=Rentner Besondere Personengruppe: 4=BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V 6=BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges) 7=SVA-Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand8=SVA-Kennzeichnung, pauschal <i>DMP-Kennzeichnung</i> 1=Diabetes mellitus Typ 2 2=Brustkrebs 3=Koronare Herzkrankheit 4=Diabetes mellitus Typ 1 5=Asthma bronchiale 6=COPD (chronic obstructive pulmonary disease)
ARZT WECHSEL	Number(1)	0 / 1	Not Null	0 = kein Arztwechsel, 1 = Arztwechsel
UNTERSCHRIFT DATUM_ARZT	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	entspricht VERS_TE_DAT aus dem Datensatz „Versicherteneinschreibungen“
TEILNAHMEENDE	Date(8)	DD.MM.YYYY		Ende der Teilnahme des Versicherten bei dem Arzt

TEILNAHMEENDE_G RUND	Number (7)			Eindeutiger Schlüssel gem. Tabelle „Endegründe“ (s.u.); muss angegeben werden, wenn das Feld Teilnahmeende gefüllt ist. (Ausnahme Endegrund 901)
-------------------------	------------	--	--	--

Nachlaufdatensatz (Satzlänge: 35)				
KENNUNG	Varchar2(4)	Konstante Feldlänge	Not Null	Konstanter Wert: "NCSZ"
ABSENDER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
EMPFAENGER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der KVN „202105987,“
DATENART	Number(5)	Konstante Feldlänge	Not Null	Fester Wert „TVZ00“
ANZAHL DATENSAETZE	Varchar2(8)	Konstante Feldlänge; ggf. mit führenden Nullen	Not Null	Anzahl der gelieferten Datensätze (8-stellig; 00000001 - 99999999)

8.3 DTA - Arztstamm (Export)

Dateiname: 14017400237_E_Arztstamm_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv

Der Arztstamm enthält alle Ärzte, die am Vertrag teilnehmen bzw. am Vertrag teilgenommen haben. Es handelt sich um einen vollhistorisierten Abzug. Zum Zeitpunkt des Abzugs sind die aktuellen Betriebsstätten des Arztes aufgeführt. Ist der Arzt in mehreren Betriebsstätten tätig, wird pro Betriebsstätte ein Arztdatensatz geliefert.

Vorlaufdatensatz (Satzlänge: 87)				
KENNUNG	Varchar2(4)	Konstante Feldlänge	Not Null	Konstanter Wert: "VOSZ"
ABSENDER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
EMPFAENGER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der KVN „202105987,“
DATENART	Varchar2(5)	Konstante Feldlänge	Not Null	Fester Wert: „ARZ00“
TESTINDIKATOR	Varchar2(1)	Konstante Feldlänge	Not Null	E für Echtdateien, T für Testdateien
DATEINUMMER	Number(6)	Konstante Feldlänge	Not Null	000001 - 999999, wird je Vertragskennzeichen und Datenart hochgezählt
VERSION	Varchar2(3)	Konstante Feldlänge	Not Null	Ist die jeweils gültige Versionsnummer anzugeben. Änderung der Versionsnummer nach Anpassung der TA (Beginnend mit „1.0“).
VERTRAGSKENNZEI CHEN	Varchar2(50)	Konstante Feldlänge	Not Null	Vertrags-Nr.: „14017400237“

Hauptdatensatz (Felder werden über Semikolon getrennt)				
VERTRAGSKENNZ EICHEN	Varchar2(20)	Konstanter Wert 14017400237	Not Null	Zwischen den Vertragsparteien (KV & KK) vereinbarte Nummer
ARZT_HAEVG-ID	Varchar2(7)	Konstante Feldlänge; ggf. führende Nullen	Not Null	Erste 7 Stellen der LANR des Arztes
ARZT_LANR	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	Stelle 1-9 der lebenslang gültigen Arztnummer „LANR“ + „FACHGRUPPE“
ARZT_TITEL	Varchar2(50)			
ARZT_ANREDE	Varchar2(20)			
ARZT_NACHNAME	Varchar2(50)		Not Null	
ARZT_VORAME	Varchar2(35)		Not Null	
ARZT_STRASSE	Varchar2(80)		Not Null	Haupt-Anschriffsdaten
ARZT_PLZ	Varchar2(5)	Ggf. führende Null	Not Null	
ARZT_ORT	Varchar2(80)			
ARZT_GEB_DAT	Date(8)	DD.MM.YYYY		Feld immer leer
ARZT_HAEVG_TEIL NAHME_ID	Varchar(15)		Not Null	Fortlaufende Nummer
ARZT_VERTRAG_T EILNAHME_BEGIN N	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Teilnahmebeginn des Arztes (hier wird das letzte in den Stammdaten eingetragene Beginndatum der Teilnahme geliefert)
ARZT_VERTRAG_T EILNAHME_ENDE	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Teilnahmeende des Arztes "31.12.9999", wenn Endedatum unbekannt
ARZT_VERTRAG_E NDE_GRUND	Number(3)			Endegrund der Arzt-Teilnahme Standard „10“
ARZT_BSNR_TYP	Varchar2(5)		Not Null	Immer „HBSNR“
ARZT_BSNR	Varchar2(9)		Not Null	Betriebsstättennummer

Nachlaufdatensatz (Satzlänge: 35)				
KENNUNG	Varchar2(4)	Konstante Feldlänge	Not Null	Konstanter Wert: "NCSZ"
ABSENDER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
EMPFAENGER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der KVN „202105987,“
DATENART	Number(5)	Konstante Feldlänge	Not Null	Fester Wert „ARZ00“
ANZAHL DATENSAETZE	Varchar2(8)	Konstante Feldlänge; ggf. mit führenden Nullen	Not Null	Anzahl der gelieferten Datensätze (8-stellig; 00000001

				- 99999999)
--	--	--	--	-------------

8.4 DTA - Versicherteneinschreibungen (Export)

Dateiname: 14017400237_E_Vers_Einschreibungen_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv

Lieferung: Einmal im Quartal (13 Tage nach Quartalsende)

In der Datenbereitstellung von der KVN für die Krankenkasse sind im Hauptdatensatz alle Patiententeilnahmen enthalten die seit dem letzten Export neu erfasst wurden (Deltaabzug). Es werden nur die Patiententeilnahmen übertragen, die in dem zurückliegenden Quartal beginnen. Löschungen durch den Arzt sind bei diesen Patiententeilnahmen nicht mehr möglich.

Vorlaufdatensatz (Satzlänge: 87)				
KENNUNG	Varchar2(4)	Konstante Feldlänge	Not Null	Konstanter Wert: "VOSZ"
ABSENDER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
EMPFAENGER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der KVN „202105987,“
DATENART	Varchar2(5)	Konstante Feldlänge	Not Null	Fester Wert: „EIN00“
TESTINDIKATOR	Varchar2(1)	Konstante Feldlänge	Not Null	E für Echtdaten, T für Testdaten
DATEINUMMER	Number(6)	Konstante Feldlänge	Not Null	000001 - 999999, wird je Vertragskennzeichen und Datenart hochgezählt
VERSION	Varchar2(3)	Konstante Feldlänge	Not Null	Ist die jeweils gültige Versionsnummer anzugeben. Änderung der Versionsnummer nach Anpassung der TA (Beginnend mit „1.0“).
VERTRAGSKENNZ EICHEN	Varchar2(50)	Konstante Feldlänge	Not Null	Vertrags-Nr.: „14017400237“

Hauptdatensatz (Felder werden über Semikolon getrennt, hinter der letzten Spalte erfolgt kein Semikolon)				
VERTRAGSKENNZ EICHEN	Varchar(20)	Konstanter Wert 14017400237	Not Null	Zwischen den Vertragsparteien (KV & KK) vereinbarte Nummer
VERS_TE_BELEGN UMMER	Number(15)		Not Null	von der KVN vergebene, technische Teilnahme-Id der erfassten Patiententeilnahme muss zwingend im TVZ wieder angegeben werden
VERS_TE_DAT	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Erster Tag des Einschreibequartals
VERS_TE_TYP	Varchar2(1)	Konstanter Wert: „O“	Not Null	
VERS_KASSEN_IK	Char2(9)	Konstante Feldlänge; ggf. führende Nullen	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
VERS_KVNR	Varchar2(80)		Not Null	eGK-Versichertennummer (oder KVK-Versichertennummer) des Patienten in der Krankenkasse
VERS_NAME	Varchar2(160)		Not Null	Nachname des versicherten Patienten

VERS_VORNAME	Varchar2(80)		Not Null	Vorname des versicherten Patienten
VERS_GEB_DAT	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Geburtsdatum des versicherten Patienten
ARZT_LANR	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge; ggf. führende Nullen	Not Null	9-stellige lebenslange Arztnummer des Arztes LANR + FACHGRUPPE
ARZT_BSNR	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge; ggf. führende Nullen	Not Null	2-stelliger Bezirksstellencode + 7-stellige Betriebsstättennummer
IST_ARZT WECHSEL	Char(1)	J/N	Not Null	N = kein Arztwechsel, J = Arztwechsel
ARZTWECHSEL_G RUND	Varchar2(255)			Immer leer

Nachlaufdatensatz (Satzlänge: 35)				
KENNUNG	Varchar2(4)	Konstante Feldlänge	Not Null	Konstanter Wert: "NCSZ"
ABSENDER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
EMPFAENGER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der KVN „202105987,“
DATENART	Number(5)	Konstante Feldlänge	Not Null	Fester Wert „EIN00“
ANZAHL DATENSAETZE	Varchar2(8)	Konstante Feldlänge; ggf. mit führenden Nullen	Not Null	Anzahl der gelieferten Datensätze (8-stellig; 00000001 - 99999999)

8.5 DTA – DG-ICD-Erfassungsdaten (Export)

Dateiname: DTA-DG_ICD_Erfassungsdaten_HZV_DBK_YYYYMMDDZZ.csv

Die Datei enthält einen Deltaabzug der eingetragenen Diagnosen.

Vorlaufdatensatz (Satzlänge: 87)				
KENNUNG	Varchar2(4)	Konstante Feldlänge	Not Null	Konstanter Wert: "VOSZ"
ABSENDER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
EMPFAENGER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der KVN „202105987,“
DATENART	Varchar2(5)	Konstante Feldlänge	Not Null	Fester Wert: „MICD“
TESTINDIKATOR	Varchar2(1)	Konstante Feldlänge	Not Null	E für Echtdateien, T für Testdateien
DATEINUMMER	Number(6)	Konstante Feldlänge	Not Null	000001 - 999999, wird je Vertragskennzeichen und Datenart hochgezählt
VERSION	Varchar2(3)	Konstante Feldlänge	Not Null	Ist die jeweils gültige Versionsnummer anzugeben. Änderung der Versionsnummer nach Anpassung der TA (Beginnend mit „1.0“).

VERTRAGSKENNZ EICHEN	Varchar2(50)	Konstante Feldlänge	Not Null	Vertrags-Nr.: „14017400237“
-------------------------	--------------	---------------------	----------	-----------------------------

Hauptdatensatz (Felder werden über Semikolon getrennt)				
VERTRAGSKENNZ EICHEN	Varchar(20)	Konstanter Wert 14017400237	Not Null	Zwischen den Vertragsparteien (KV & KK) vereinbarte Nummer
LANR	Varchar2(7)	Konstante Feldlänge; ggf. führende Nullen	Not Null	7-stellige lebenslange Arztnummer des Arztes
IKNr_KASSENAERZ TLICHEVEREINIGU NG	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nr. der KVN; Eindeutige Identifizierung des Arztes nur über LANr in Verbindung mit IKNrKassenaerztlicheVer möglich
BSNR	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge; ggf. führende Nullen	Not Null	2-stelliger Bezirksstellencode + 7-stellige Betriebsstättennummer
IKNr KRANKENKASSE	Varchar2(9)		Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
KVNr	Varchar2(80)		Not Null	eGK-Versichertennummer (oder KVK-Versichertennummer) des Patienten in der Krankenkasse
DIAGNOSEGRUPP E_ID	Number(10)		Not Null	Eindeutige ID der Diagnosegruppe
DIAGNOSEGRUPP E_BEZEICHNUNG	Varchar2(160)		Not Null	Bezeichnung der Diagnosegruppe
ICD_CODE	Varchar2(15)		Not Null	ICD-10 Code (z.B. M24.35)
ICD- QUALIFIKATION	Varchar2(1)	Konstanter Wert: G	Not Null	
ERFASSUNGSDAT UM	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Datum der Erfassung der Diagnose
ABRECHNUNGSQU ARTAL	Date(8)	DD.MM.YYYY	Not Null	Erste Tag des Abrechnungsquartals im jeweiligen Jahr

Nachlaufdatensatz (Satzlänge: 35)				
KENNUNG	Varchar2(4)	Konstante Feldlänge	Not Null	Konstanter Wert: "NCSZ"
ABSENDER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der Krankenkasse
EMPFAENGER_IK	Varchar2(9)	Konstante Feldlänge	Not Null	IK-Nummer der KVN „202105987„

DATENART	Number(5)	Konstante Feldlänge	Not Null	Fester Wert „MICD“
ANZAHL DATENSAETZE	Varchar2(8)	Konstante Feldlänge; ggf. mit führenden Nullen	Not Null	Anzahl der gelieferten Datensätze (8-stellig; 00000001 - 99999999)

8.6 Endegründe

ID	GRUND_TEXT
	Arztinduzierte Endegründe Versicherteneinschreibungen Diese Endegründe werden im TVZ sowie im Arztstamm verwendet.
6	Vertrags-Arzt: Rückgabe der Kassenzulassung
8	Vertrags-Arzt: Arzt unbekannt verzogen
10	Vertrags-Arzt: Wegfall sonstiger Teilnahmevoraussetzungen
11	Vertrags-Arzt: Wegzug des Vertragsarztsitzes aus Niedersachsen
12	Vertrags-Arzt: Tod des Arztes ohne Weiterführung der Praxis
14	Vertrags-Arzt: Entzug der Kassenzulassung
15	Vertrags-Arzt: Ordentliche Kündigung durch Arzt
16	Vertrags-Arzt: außerordentliche Kündigung durch Arzt
17	Vertrags-Arzt: außerordentliche Kündigung durch Beirat
18	Vertrags-Arzt: Stornierung der Vertragsteilnahme des Arztes
19	Vertrags-Arzt: Hausarzt wird zu Facharzt
20	Vertrags-Arzt: Ruhen der Kassenzulassung
99	Vertrags-Arzt: Arztteilnahme im SV-System nicht vorhanden
	Ablehnungsgründe für den Einschreibebelagdaten des Versicherten
101	Vertrags-Einschreibung: Versicherter nicht identifizierbar
102	Vertrags-Einschreibung: Arzt nicht identifizierbar
103	Vertrags-Einschreibung: Versicherter verstorben
104	Vertrags-Einschreibung: Keine gültige Versicherung zum Quartalsbeginn
105	Vertrags-Einschreibung: Vertragliche Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt
106	Vertrags-Einschreibung: bestehende Einschreibung bei demselben Arzt
109	Vertrags-Einschreibung: Arztwechsel wurde abgelehnt
110	Vertrags-Einschreibung: Zum gleichen Quartal wurde eine andere TE akzeptiert
111	Vertrags-Einschreibung: Arzt erfüllt nicht die erforderliche Mindestteilnahmedauer für Neueinschreibungen
112	Vertrags-Einschreibung: Auftragsfall
	Versicherteninduzierte Endegründe Versicherteneinschreibungen
201	HZV Versicherter: Versicherung nicht mehr vorhanden
202	HZV Versicherter: Wegzug aus Niedersachsen
203	HZV Versicherter: unbekannt verzogen
204	HZV-Versicherter: Kündigung von HZV
205	HZV Versicherter: Verstorben
206	HZV Versicherter: Wegfall sonstiger Teilnahmevoraussetzungen
207	HZV Versicherter: Ausschluss aus HZV
208	HZV Versicherter: Teilnahme storniert
209	HZV Versicherter: Wechsel des betreuenden Hausarztes
212	HZV Versicherter: Teilnahmebeendigung aufgrund eines technischen Fehlers
300	HZV Versicherter: Teilnahmebeendigung aufgrund Vertragskündigung
312	HZV Versicherter: Vertragsteilnahme widerrufen
	Stornierung von bereits gemeldeten Beendigungen; die folgenden Endegründe werden ohne Endedatum angegeben und bewirken, dass beendete Teilnahmen wieder geöffnet werden.
901	fehlerhaft beendete Einschreibung, Versicherter nimmt weiterhin teil