

2. Änderungsvereinbarung

**zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73 b SGB V vom 01.01.2008**

zwischen

dem BKK-Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

- *nachfolgend „Krankenkassen“ genannt* -

und dem

Deutschen Hausärzteverband – Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.

- vertreten durch den 1. Vorsitzenden, Herrn Dr. Burkhard Zwerenz-
Am Wöllershof 2, 56068 Koblenz

- *nachfolgend „HÄV RLP“ genannt* -

Inhaltsverzeichnis

Präambel

I. Einleitung und Ziele

- § 1 Ziele und Gegenstand der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

II. Aufgaben der Vertragspartner

- § 3 Hausärzterverband Rheinland-Pfalz
- § 4 Teilnehmende Krankenkassen

III. Regelungen zur Teilnahme von Ärzten und Versicherten

- § 5 Einschreibung der Versicherten und Teilnahmevoraussetzungen
- § 6 Beendigung der Teilnahme von Versicherten
- § 7 Teilnahmevoraussetzungen der Hausärzte
- § 8 Beendigung / Kündigung der teilnehmenden Hausärzte
- § 9 Teilnahmeerfassung und –verwaltung

IV. Vergütung

- § 10 Vergütung/Abrechnung

V. Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

- § 11 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit
- § 12 Qualitätssicherungsmaßnahmen und Maßnahmen bei Nichteinhaltung
- § 13 Wirtschaftlichkeitskriterien, Controlling und Maßnahmen bei Nichteinhaltung

VI. Projektsteuerung

- § 14 Lenkungsausschuss
- § 15 Datenschutz

VII. Laufzeit / Kündigung / Salvatorische Klausel

- § 16 Laufzeit, Kündigung und Schriftform
- § 17 Schlussbestimmungen

Anlagen

Präambel

Im differenzierten Leistungsangebot des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland ist eine effiziente, pragmatische und leitliniengerechte Führung und Versorgung der Patienten durch den Hausarzt als zentraler Koordinator für eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig wirtschaftliche Diagnostik und Therapie unverzichtbar.

Durch den Hausarzt erfolgt die zentrale Steuerung und Koordinierung angeforderter spezialärztlicher Untersuchungen und hierauf basierender Therapien. In der Hausarztpraxis laufen die Fäden in Diagnostik und Therapie zusammen, werden aufeinander abgestimmt und auf Indikationen und Kontraindikationen geprüft. Durch die strenge Wahrung der diagnostischen und therapeutischen Ebenen der hausärztlichen, spezialärztlichen und der stationären Versorgung sollen die anstehenden Patientenprobleme soweit als möglich im ambulanten Sektor gelöst werden. Der Vertrag will hierzu die Zusammenarbeit von hausärztlicher und spezialärztlicher Versorgung stärken und Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen.

Grundsätzlich baut der Vertrag auf die Verfahren einer evidenz-basierten Medizin in Diagnostik und Therapie auf. Zentraler Bestandteil ist daher auch die Verwirklichung einer effektiven, kostengünstigen und rationalen Pharmakotherapie, die Versorgungsebenen-übergreifend durch den Hausarzt kontrolliert und gesteuert wird. Auch die Hilfsmittelverordnung wird unter den vorgenannten Grundsätzen effektiv koordiniert und der Steuerung durch den Hausarzt unterstellt.

Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, erfüllen die Hausärzte besondere Anforderungen im Sinne einer strukturierten Fortbildung und Maßnahmen des hausärztlichen Qualitätsmanagements. Die konsequente Umsetzung sinnvoller Einsparpotentials etwa in Form bestehender Rabattverträge in der Medikamentenversorgung sowie die konsequente Einbindung bestehender und künftiger DMP-Verträge und integrierter Versorgungsformen sind Bestandteil der Vertragsgrundlagen.

Mit diesem Vertrag wird ein Rahmenvertrag geschlossen, der im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern um Versorgungsmodule ergänzt wird.

Abschnitt I. Einleitung und Ziele

§ 1 Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Das zentrale Element der hausarztzentrierten Versorgung ist die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion der ärztlichen und veranlassten Leistungen (Akutmedizin, Pflege und Rehabilitation) durch den Hausarzt, die dadurch gewährleistet wird, dass sich die freiwillig teilnehmenden Versicherten gemäß § 5 Abs. 6 verpflichten, zuerst den von ihnen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Diese Versorgungsform kann nur dann erfolgreich wirken, wenn sich der Versicherte nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen an den von ihm freiwillig gewählten Hausarzt bindet. Bestimmte Facharztgruppen können auf Wunsch des Patienten dabei direkt und ohne Überweisung des vom Versicherten gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden (§ 5 Abs. 7).
- (2) Neben der Optimierung des Versorgungsmanagements bilden die Früherkennung und Prävention einen Schwerpunkt der hausarztzentrierten Versorgung. Darüber hinaus ist die Vermeidung stationärer Krankenhausaufenthalte durch Überweisung zu alternativen Behandlungsangeboten sowie die Berücksichtigung individueller Verträge der Krankenkassen ein weiterer zentraler Punkt.

- (3) Die wesentlichen Grundzüge der hausarztzentrierten Versorgung sind in diesem Rahmenvertrag geregelt. Daneben können die Vertragspartner besondere – ggf. auch indikationsbezogene – Leistungsangebote in gesonderten Modulen, die als Anlagen zu diesem Vertrag gefasst werden, vereinbaren.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung erstreckt sich auf die Versorgung von Patienten in Rheinland-Pfalz. Der Vertrag gilt für Versicherte von teilnehmenden Betriebskrankenkassen lt. beigefügter Liste (**Anlage 1**).
- (2) Hausärzte im Sinne dieses Vertrages sind alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen im Sinne des § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V (nachfolgend „Hausärzte“ genannt).
- (3) Versorgungsregion ist der KV-Bereich Rheinland-Pfalz.

Abschnitt II. Aufgaben der Vertragspartner

§ 3 Hausärzteverband Rheinland-Pfalz

- (1) Der HÄV RLP setzt sich für die Umsetzung des Vertrages und die Einhaltung der vertraglichen Pflichten ein.
- (2) Zu den Aufgaben des HÄV RLP zählen im Rahmen dieses hausarztzentrierten Versorgungsvertrages insbesondere
- a. die Beratung und Vertretung der an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte,
 - b. die Organisation von regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen, insbesondere zur Pharmakotherapie,
 - c. die Durchführung von regelmäßigen Qualitätszirkeln zu Themenbereichen mit erheblicher Bedeutung für die hausärztliche Versorgung und die Bereitstellung von hierzu geeigneten Folienvorträgen
 - d. Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen von Ärzten, prüfen der Teilnahmevoraussetzungen und Erteilen einer Teilnahmebestätigung
 - e. Erstellen eines Verzeichnisses der teilnehmenden Ärzte im Excel-Format (Anlage 4) und Übermittlung an die Krankenkassen auf elektronischem Wege. Änderungen sind den Krankenkassen zeitnah mitzuteilen.
 - f. Entgegennahme der Versicherten-Teilnahmeerklärungen von den teilnehmenden Hausärzten und Übermittlung an die zuständigen Krankenkassen. Vor Weiterleitung an die zuständige Krankenkasse sind die Teilnahmeerklärungen auf Vollständigkeit zu überprüfen.
 - g. Verteilung der von dem BKK LV Mitte zur Verfügung gestellten Aufkleber für die elektronische Gesundheitskarte an die teilnehmenden Ärzte.
 - h. Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen, nach sachlich-rechnerischer Überprüfung
 - i. Jährliche Übermittlung einer Aufstellung der abgerechneten Leistungen dieses Vertrages nach Abrechnungsnummern (Frequenzen) an den BKK LV Mitte

- (3) Der HÄV RLP e ermächtigt die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz mit der Erfüllung der Aufgaben nach § 3 Abs. 2 Buchstabe d) bis i) im Rahmen dieses hausarztzentrierten Versorgungsvertrages. Weitere Details sind in **Anlage 8** geregelt.

§ 4 Teilnehmende Krankenkassen

- (1) Zu den Aufgaben der Krankenkassen im Rahmen dieses hausarztzentrierten Versorgungsvertrages gehören insbesondere
- a. die Information ihrer Versicherten in geeigneter Weise über Inhalt und Ziele dieses hausarztzentrierten Versorgungsvertrages sowie über die jeweils wohnortnahen teilnehmenden Hausärzte.
 - b. nach Vorliegen der Versicherten-Teilnahmeerklärung die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Information des gewählten Hausarztes, sofern diese nicht erfüllt sind,
 - c. Information des gewählten Hausarztes im Falle einer Beendigung/Kündigung der Teilnahme durch den Versicherten.
- (2) Die Krankenkassen unterstützen ihre Versicherten bei einer sachgerechten Anschlussversorgung bzw. im Rahmen des Entlassmanagements im Sinne von § 11 Abs. 4 Satz 3 SGB V und § 39 Abs. 1a SGB V.

Abschnitt III Regelungen zur Teilnahme von Hausärzten und Versicherten

§ 5 Einschreibung der Versicherten und Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen gemäß § 2 Abs. 1.
- (2) Die Teilnahme ist freiwillig. Bei einer Nicht-Teilnahme entstehen dem Versicherten keine Nachteile.
- (3) Voraussetzung für die Teilnahme ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten nach **Anlage 2** gegenüber seiner Krankenkasse auf dem von der Arztpraxis vorgehaltenen Vordruck (Teilnahme-, Einwilligungs- und Datenfreigabeerklärung). Diesen legt der Arzt dem Versicherten nach ausführlicher Beratung vor und händigt ihm ebenfalls die „Patienteninformation zum Datenschutz“ (**Anhang 1 zur Anlage 2**) aus.
- (4) Die Anmeldung und Einschreibung, die Information zu Rechten und Pflichten der teilnehmenden Versicherten sowie über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und Datenweitergabe erfolgen in der Hausarztpraxis (§ 7 Abs. 4 c) Die Krankenkassen stellen hierzu Material zur Information ihrer Versicherten zur Verfügung. Der Versicherte erhält eine Kopie der Teilnahmeerklärung, die mit einem Arztstempel versehen ist, für seine Unterlagen. Die Hausarztpraxis leitet das Original der unterschriebenen Teilnahmeerklärung an den HÄV RLP bzw. an die nach § 3 Abs. 3 benannte Stelle zum Versand an die Krankenkasse weiter; ein Durchschlag verbleibt in der Praxis. Zum Nachweis der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung bringt der teilnehmende Hausarzt einen von den vertragsschließenden Krankenkassen zur Verfügung gestellten Aufkleber auf der elektronischen Gesundheitskarte des Versicherten auf.

- (5) Mit der Einschreibung in diesen Vertrag wählt der Versicherte unter den teilnehmenden Hausärzten seinen behandelnden und betreuenden Hausarzt.
- (6) Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte verpflichtet, mindestens ein Jahr zuerst den von ihm gewählten Hausarzt zu konsultieren und andere Fachärzte nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen; dies gilt nicht während der urlaubsbedingten Abwesenheit des Hausarztes sowie für die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen in Notfällen.
- (7) Eine Direktinanspruchnahme eines Facharztes ist beim Fachgebiet für Gynäkologie und Augenheilkunde möglich.
- (8) Erfolgt die direkte Inanspruchnahme einer ambulanten fachärztlichen oder stationären Behandlung oder eines Notdienstes ist der Versicherte verpflichtet, seinen gewählten Hausarzt namentlich zu benennen.
- (9) Der Versicherte verpflichtet sich, eine Behandlung im Krankenhaus mit Ausnahme von Notfällen nur auf Verordnung des Hausarztes oder eines mit- bzw. weiterbehandelnden Facharztes in Anspruch zu nehmen.
- (10) Bei Nichteinhaltung der Verpflichtung, zuerst den gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen, können die teilnehmenden Krankenkassen den Versicherten zur Einhaltung der Verpflichtungen auffordern und zum Ende des laufenden Kalenderquartals von der weiteren Teilnahme ausschließen.
- (11) Die Teilnahme des Versicherten der teilnehmenden Krankenkasse an der hausarztzentrierten Versorgung beginnt mit dem Tag der Einschreibung.
- (12) Grundsätzlich kann der Versicherte seinen gewählten Hausarzt jeweils nur zum Ende eines Quartals wechseln, frühestens allerdings nach Ablauf eines Jahres nach Bindung an einen Hausarzt. In Ausnahmen ist ein nicht fristgebundener Hausarztwechsel insbesondere in folgenden Fällen zulässig:
 - a. Umzug des Versicherten
 - b. Beendigung der Teilnahme des Hausarztes
 - c. dauerhaft gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis
- (13) Für den Wechsel des Hausarztes ist unverzüglich eine Erklärung oder eine schriftliche Mitteilung des Versicherten an die zuständige Krankenkasse erforderlich. Die Krankenkasse teilt den Wechsel dem betroffenen Hausarzt mit.
- (14) Der neu gewählte Hausarzt schreibt den Versicherten nach Abs. 4 ein und fordert von dem bisher betreuenden Hausarzt die den Versicherten betreffenden Patientenunterlagen an.
- (15) Eine Einschreibung bei mehr als einem Hausarzt ist nicht möglich.

- (16) Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter bei mehr als einem Hausarzt eingeschrieben hat, ohne dies als Arztwechsel kenntlich zu machen, erfolgt eine Aufforderung durch die zuständige Krankenkasse an den Versicherten, sich für einen betreuenden Hausarzt zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der zuständigen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen. Die Krankenkasse unterrichtet unverzüglich die betroffenen Hausärzte.
- (17) Sofern für die Teilnahme an bestimmten Leistungsmodulen gezielte Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten erforderlich sind, werden diese in den einzelnen Modulen definiert.

§ 6

Beendigung der Teilnahme von Versicherten

- (1) Der Versicherte kann seine Teilnahme zum Ende des Kalenderquartals kündigen, frühestens allerdings nach Ablauf eines Jahres nach Bindung an einen Hausarzt. Die Kündigung erfolgt schriftlich gegenüber der zuständigen Krankenkasse. Die Krankenkasse hat die Kündigung in ihren Datenbeständen zu vermerken und den jeweils gewählten Hausarzt zu informieren.
- (2) Die Teilnahme endet
 - a. mit dem Tag, an dem die Versicherung des Teilnehmers bei der jeweils zuständigen Krankenkasse endet;
 - b. mit dem Tag, an dem dieser Vertrag endet;
 - c. wenn der Versicherte seinen Austritt gegenüber der Krankenkasse aus der hausarztzentrierten Versorgung erklärt (§ 6 Abs. 1). Die Krankenkasse informiert diesbezüglich den betreffenden Arzt. Der Austritt ist jeweils zum Ende eines Quartals möglich.
- (3) Beim Wechsel zu einem Hausarzt, der nicht an diesem Vertrag teilnimmt, endet die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung mit dem folgenden Quartal.

§ 7

Teilnahmevoraussetzungen der Hausärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen im Sinne des § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V, soweit sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Die teilnehmenden Hausärzte an diesem hausarztzentrierten Versorgungsvertrag sind niedergelassene Hausärzte in freier Praxis mit Hauptbetriebsstätte in Rheinland-Pfalz, bzw. diesen gleichgestellte Einrichtungen (z. B. MVZ). Der Beitritt erfolgt personenbezogen auf Basis der LANR. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Die Teilnahme ist mit dem als **Anlage 3** beigefügten Vordruck „Teilnahmeerklärung Ärzte“ gegenüber dem HÄV RLP bzw. der nach § 3 Abs. 3 benannten Stelle zu erklären. Soweit die jeweiligen Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind, erhalten sie eine Teilnahmebestätigung.
- (3) Als Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte (Buchstabe b) bis d) gelten nicht für Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin) gelten folgende Kriterien:
 - (a) Eintrag im Arztregister der KV RLP (§ 95 Abs. 2 SGB V)

- (b) nachprüfbarer hausärztlicher Tätigkeitsschwerpunkt
 - (c) aktive Teilnahme an Disease-Management-Programmen
 - (d) Vorhaltung einer apparativen Mindestausstattung (EKG, Blutzuckermessgerät und Akutlabor sowie Lungenfunktionstest, ggf. in Kooperation mit anderen Praxen)
 - (e) Praxisausstattung mit Faxgerät und EDV-System, das insbesondere die elektronische Führung der Patientenakten und die Speicherung der Befunddaten sicherstellt sowie ein Einbestellsystem unterstützt
 - (f) Möglichkeit der elektronischen Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen
- (4) Mit der Teilnahmeerklärung akzeptiert der teilnehmende Arzt die Inhalte dieses Vertrages und die Durchführung, insbesondere die Abrechnung der Zusatzvergütungen nach diesem Vertrag auf Grundlage der für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen geltenden Vorgaben durch die KV RLP. Mit seiner Einschreibung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung erklärt sich der einzelne Hausarzt bereit, die nachfolgend aufgeführten Pflichten zu erfüllen:
- a. die Versicherten umfassend über die Teilnahmevoraussetzungen, d. h. über die Ziele, Inhalte, teilnehmenden Leistungserbringer und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung aufzuklären
 - b. die Bereitschaft zur Motivation und zeitnahen Einschreibung von Versicherten, welche die Voraussetzungen für eine Teilnahme erfüllen
 - c. den interessierten Versicherten eine Teilnahmeerklärung (**Anlage 2**) auszuhändigen und die unterschriebene Teilnahmeerklärung anzunehmen; daraufhin die ordnungsgemäße Versicherteneinschreibung unter Angabe des Einschreibedatums innerhalb von fünf Werktagen an den HÄV RLP bzw. die nach § 3 Abs. 3 benannte Stelle weiterzuleiten. Die Unterlagen sind mindestens einmal wöchentlich an die Krankenkassen weiterzuleiten.
 - d. regelmäßig an Qualitätszirkeln, davon mindestens einmal im Kalenderjahr an strukturierten Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren, teilzunehmen
 - e. eine Behandlung nach für die hausärztlichen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien durchzuführen.
 - f. seiner Fortbildungsverpflichtung gemäß § 95 d SGB V durch Teilnahme an einer strukturierten hausärztlichen Fortbildung, die sich neben den allgemeinen wissenschaftlichen Grundlagen der modernen Medizin auch auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentriert, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie, nachzukommen
 - g. ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem, das auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnitten, indikatoren gestützt und wissenschaftlich ist, einzuführen
 - h. die Dokumentation im Behandlungsfall durchzuführen, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung

- i. eine leitlinien-orientierte Kooperation mit der weiter- oder mitbehandelnden Versorgungsebene zu pflegen. Die Hausärzte fordern bei Nichtvorliegen relevanter Behandlungsdaten, Befunde und Berichte von den zur Weiter- oder Mitbehandlung einbezogenen Leistungserbringern an.
- j. eine rationale Pharmakotherapie bei ihren Verordnungen zu berücksichtigen.
- k. ambulant durchführbare Operationen grundsätzlich an operativ tätige niedergelassene Vertragsärzte zu überweisen.
- l. das Angebot einer werktäglichen Abendsprechstunde zu eröffnen
- m. Hausbesuche durchzuführen
- n. präventive und rehabilitative Maßnahmen einzuleiten oder durchzuführen sowie nicht ärztliche Hilfen und flankierende Dienste in die Behandlungsmaßnahmen zu integrieren
- o. an Disease-Management-Programme nach § 137 f SGB V teilzunehmen, dies regelmäßig und fristgerecht zu dokumentieren sowie die Patienten darüber zu informieren.
- p. mit den vorhandenen Service-Einrichtungen der Krankenkassen (Service-Zentrum Krankenhaus zur Verbesserung des Entlassmanagements im Sinne von § 39 Abs. 1a i.V.m. § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V zusammenzuarbeiten (**Anlage 7, Modul 7.5 und Anlage E**)
- q. Bei arbeitsunfähigen Versicherten, bei denen die Überweisung zu einem Facharzt erforderlich ist, die Koordination der Weiterbehandlung zu übernehmen, mit dem Ziel zeitnah einen Termin zu realisieren.

Der Hausärzteverband RLP setzt sich für die Einhaltung der vertraglichen Pflichten ein.

- (5) Sofern für die Teilnahme an bestimmten Leistungsmodulen gezielte Teilnahmevoraussetzungen der Hausärzte erforderlich sind, werden diese in den einzelnen Modulen definiert.

§ 8

Beendigung / Kündigung der teilnehmenden Hausärzte

- (1) Die Teilnahme ist auf die Laufzeit des Vertrages beschränkt.
- (2) Die Hausärzte können ihre Teilnahme am Vertrag kündigen, frühestens allerdings nach Ablauf eines Jahres nach der Einschreibung. Die Kündigung kann jeweils mit einer Frist von vier Wochen schriftlich zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres erfolgen und wird vom kündigenden Arzt an den HÄV RLP bzw. die nach § 3 Abs. 3 benannte Stelle weitergeleitet.
- (3) Die Teilnahmeberechtigung erlischt, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr gegeben sind.
- (4) Unbeschadet der Regelung in Abs. 3 führt auch die fortgesetzte Nichteinhaltung der Vertragspflichten zum Ausschluss der Teilnahme an diesem Vertrag. Über die weiteren Einzelheiten entscheidet der Lenkungsausschuss nach § 15. Vor dem Ausschluss erfolgt eine schriftliche Abmahnung durch den HÄV RLP bzw. die nach § 3 Abs. 3

benannte Stelle. Der Ausschluss erfolgt in enger Abstimmung zwischen den Vertragspartnern. Der Ausschluss wird zum Ende des Folgequartals der Entscheidung der Vertragsparteien über den Ausschluss wirksam.

§ 9 Teilnahmeerfassung und -verwaltung

- (1) Der HÄV RLP bzw. die nach § 3 Abs. 3 benannte Stelle führt über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte ein Verzeichnis im Excel-Format (**Anlage 5**). Die Tabelle enthält Angaben über den Namen, Vornamen, die Facharztbezeichnung, vollständige Praxisanschrift, die Telefonnummer sowie das Datum des Teilnahmebeginns(-ende). Der HÄV RLP bzw. die nach § 3 Abs. 3 benannte Stelle stellt den Krankenkassen und dem Hausärzteverband dieses Verzeichnis regelmäßig zur Verfügung. Die teilnehmenden Hausärzte erklären sich in der Teilnahmeerklärung mit der Veröffentlichung der Tabelle mit den oben genannten Inhalten einverstanden.
- (2) Das jeweils aktuelle Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte wird auf der Homepage des HÄV RLP zur Verfügung gestellt.
- (3) Das Verzeichnis über die teilnehmenden Hausärzte kann außerdem durch die Krankenkassen veröffentlicht werden.
- (4) Der HÄV RLP bzw. die nach § 3 Abs. 3 benannte Stelle prüft die vom teilnehmenden Hausarzt an sie übermittelten Teilnahmeerklärungen der Versicherten vor Weiterleitung auf ihre Vollständigkeit.

Abschnitt IV. Vergütung

§ 10 Vergütung / Abrechnung

- (1) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt nach Maßgabe des jeweils geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und des jeweils gültigen Honorarvertrages. Zusätzliche Honoraransprüche für vertragsärztliche Leistungen entstehen vorbehaltlich der nachfolgenden Vergütungsregelungen nicht.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren für die ärztlichen Zusatzleistungen in der hausarztzentrierten Versorgung eine extrabudgetäre Zusatzvergütung. Die Einzelheiten hierzu sind in der **Anlage 6** sowie in den einzelnen Modulen geregelt.
- (3) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungen nach diesem Vertrag ist das Vorliegen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach § 5 Abs. 3. Nachträglich eingereichte Teilnahmeerklärungen begründen keinen rückwirkenden Vergütungsanspruch.
- (4) Ein Anspruch auf Abrechnung der Vergütungen nach diesem Vertrag besteht nur, wenn am Tag der Leistungserbringung durch Vorlage einer gültigen elektronischen Gesundheitskarte ein Versicherungsverhältnis bei der teilnehmenden Krankenkasse nachgewiesen wurde.
- (5) Der Anspruch auf Vergütung erlischt, wenn Abrechnungsbelege später als ein Jahr nach dem Tag der Leistungserbringung eingereicht werden.

- (6) Die Vergütung von Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt durch die Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (7) Näheres zur Abrechnung der Leistungen ist in der Anlage 8 bzw. in den separat zu vereinbarenden Modulen zum HZV-Vertrag geregelt.

Abschnitt V. Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

§ 11 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

- (1) Ziel dieses hausarztzentrierten Versorgungsvertrages ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern, vorhandene Ressourcen möglichst effizient zu nutzen und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Die Struktur- und Prozessverbesserungen, die durch diesen Vertrag entstehen, lassen Qualitätsverbesserungen und Wirtschaftlichkeitseffekte erwarten, die sich im Wesentlichen aus Effizienzsteigerungen und Strukturveränderungen in der Versorgung ergeben.
- (2) Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung soll durch die zentrale Funktion des Hausarztes als Koordinator erreicht werden. Die Vertragspartner sehen insbesondere bei chronisch Kranken und multimorbiden Versicherten die Notwendigkeit einer nachhaltigen Optimierung der interdisziplinären und intersektoralen Kommunikation sowie Koordination der ärztlichen Versorgung. Durch die kontinuierliche Betreuung und Koordination der Behandlung, übernimmt der Hausarzt die Rolle des zentralen Ansprechpartners für den Versicherten.
- (3) Neben dem Einsatz einer rationalen Pharmakotherapie stellt insbesondere die Unterstützung beim Versorgungs- und Entlassmanagement ein zentraler Aspekt im Rahmen dieses hausarztzentrierten Versorgungsvertrages dar. Neben der Optimierung der medizinischen Versorgung, kann hierdurch ebenso die Compliance, aber auch die Lebensqualität der Versicherten verbessert werden. Gleichzeitig können durch die koordinierten Behandlungen Doppeluntersuchungen, kontraindizierte Medikamentenverordnungen und medizinisch vermeidbare Krankenhausbehandlungen vermieden werden, die einerseits zu einer Effizienzsteigerung, andererseits zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven führen.
- (4) Prävention im Sinne eines frühzeitigen Erkennens von gesundheitlichen Risikofaktoren bzw. einer gesundheitsriskanten Lebensführung ist eine wichtige Säule im Gesundheitssystem. Insbesondere die Zunahme der Erkrankungsrate bei Diabetes mellitus Typ 2 veranlasst die Vertragspartner im Rahmen dieses Vertrages ein besonderes Augenmerk auf die Früherkennung und frühzeitige Einleitung einer zielgerichteten Behandlung zu richten. Hierdurch können schwere Folge- und Begleiterkrankungen vermieden oder zumindest zeitlich verzögert werden und führen damit zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Versicherten, aber auch zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

§ 12 Qualitätssicherungsmaßnahmen und Maßnahmen bei Nichteinhaltung

- (1) Die Qualität der Versorgung wird beeinflusst durch strukturelle Gegebenheiten und persönliche Voraussetzungen. Hierzu zählen im Sinne dieses Vertrages u.a. die

technische und apparative Ausstattung der Arztpraxis, die Ablauforganisation und das Erfüllen der Voraussetzungen zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung.

(2) Zur Sicherung der Qualität vereinbaren die Vertragspartner insbesondere folgende Kriterien:

- a. Behandlung nach den für die hausärztliche Versorgung entwickelten evidenzbasierten praxiserprobten Leitlinien (§73b Abs. 2 Nr. 2 SGB V);
- b. Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere an strukturierten hausärztlichen Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psycho-somatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie (§ 73b Abs. 2 Nr. 3 SGB V);
- c. Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln, insbesondere an Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren (§73b Abs. 2 Nr. 1 SGB V);
- d. Einführung eines einrichtungsinternen auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements (§ 73b Abs. 2 Nr. 4 SGB V);
- e. Weiterentwicklung der rationalen Pharmakotherapie;
- f. Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung in der Arztpraxis (§ 7 Abs. 3d);
- g. Praxisausstattung (§ 7 Abs. 3e).

(3) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass zur Einhaltung der Qualitätssicherungskriterien folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- a. Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen;
- b. Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen;
- c. Nachweis über die Teilnahme an Qualitätszirkeln.

Die Durchführung der Prüfung nach Buchstabe a) bis c) obliegt dem HÄV. Dieser kann die Prüfung an Dritte delegieren. Details zur Überprüfung der Qualitätskriterien nach den Buchstaben b) und c) legt der Lenkungsausschuss nach § 14 fest.

(4) Verstoßen Hausärzte gegen die im Vertrag definierten Qualitätssicherungskriterien können sie von der Vertragsteilnahme ausgeschlossen werden.

(5) Eine Anpassung bzw. Erweiterung der Qualitätskriterien kann einvernehmlich von den Vertragspartnern vorgenommen werden, soweit sich aus der praktischen Anwendung der Bedarf ergibt.

§ 13

Wirtschaftlichkeitskriterien, Controlling und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der Wirtschaftlichkeit

(1) Hausarztzentrierte Versorgungsverträge unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Dementsprechend sind von den Vertragspartnern Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung zu vereinbaren (73b Abs. 5 Satz 1 SGB V).

(2) Die Vertragspartner einigen sich zur Bewertung der vertragsspezifischen Wirtschaftlichkeit auf ein Controlling der nachfolgenden Parameter:

- a. Anzahl der Krankenhauseinweisungen
- b. Arzneimittelverordnungen
- c. Verordnung von Heilmitteln
- d. Entwicklung der DMP-Einschreibungen bzw. der entsprechenden Praxisquote

- e. Entwicklung der qualitätsgesicherten Diagnosedokumentation
 - f. Morbiditätsveränderungen der teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der Entwicklung des MRSA-Risikofaktors
- (3) Die Vertragspartner - HÄV RLP und Krankenkassen - werden die Entwicklung der Leistungsmenge gemeinsam unter Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung beobachten. Sofern die Leistungsmenge überproportional zunimmt, analysieren die Vertragspartner, ob und ggf. inwieweit diese Entwicklung ursächlich auf die Einführung der hausarztzentrierten Versorgung zurückzuführen ist. Ist dieser Zusammenhang unstrittig, werden die Vertragspartner zeitnah über die Konsequenzen der Leistungsmengenentwicklung verhandeln.
 - (4) Zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit dieses Vertrages wird die Vergütung mit einer Obergrenze versehen. Einzelheiten hierzu ergeben sich aus den definierten Anlagen.
 - (5) Die Ergebnisse des Vertragscontrollings nach Abs. 2 werden von den Vertragspartnern analysiert und ggf. korrigierende Schritte einvernehmlich vorgenommen.
 - (6) Eine Anpassung bzw. Erweiterung der Wirtschaftlichkeitskriterien kann von den Vertragspartnern einvernehmlich vorgenommen werden, soweit dies aus der praktischen Anwendung notwendig erscheint.

Abschnitt VI. Projektsteuerung

§ 14 Lenkungsausschuss

- (1) Die Durchführung des Vertrages wird durch einen Lenkungsausschuss gesteuert, der aus jeweils zwei Vertretern der vertragschließenden Krankenkassen und jeweils zwei Vertretern des Hausärzteverbandes besteht.
- (2) Beschlüsse des Lenkungsausschusses werden einstimmig gefasst.
- (3) Der Lenkungsausschuss unterstützt die am Vertrag teilnehmenden Ärzte durch geeignete Maßnahmen bei der Erreichung der Ziele dieses Vertrages.
- (4) Der Lenkungsausschuss überprüft die Anforderungen an die persönlichen, personellen und sächlichen Teilnahmevoraussetzungen und empfiehlt den Vertragspartnern die Anpassung an veränderte Umstände. Er überprüft die Versorgungsaufträge und empfiehlt den Vertragspartnern ggf. deren Fortentwicklung.

§ 15 Datenschutz

- (1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten in der jeweils geltenden Fassung und die Datenschutzvereinbarung einzuhalten. Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wenn der Versicherte gemäß § 5 Abs. 3 eingewilligt hat.
- (2) Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der persönlichen Daten der Versicherten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den beteiligten behandelnden Ärzten, dem MDK und der teilnehmenden Krankenkassen, soweit sie zur

Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind. Die Vertragspartner verpflichten sich und ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht und der Datenschutzbestimmungen. Die §§ 35, 37 SGB I sowie die §§ 67 bis 85 a SGB X sind zu beachten.

Abschnitt VII. Laufzeit / Kündigung / Salvatorische Klausel

§ 16 Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Diese Änderungsvereinbarung tritt am 01.03.2016 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2019. Die Vertragspartner werden rechtzeitig über eine Folgevereinbarung verhandeln.
- (2) Der Vertrag kann außerordentlich aus wichtigem Grund gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere bei schwerwiegenden Vertragsverstößen vor. Schwerwiegende Vertragsverstöße sind z. B. dann gegeben, wenn die Zahlungsfrist wiederholt nicht eingehalten wird sowie einer der Vertragspartner seine vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrages gefährdet ist. Im Übrigen liegt ein wichtiger Grund vor, wenn wegen eines Verstoßes gegen gesetzliche und/oder satzungsrechtliche Bestimmungen den Vertragspartnern die Durchführung dieses Vertrages durch die zuständige Aufsichtsbehörde oder durch gerichtliche Entscheidung untersagt wird.

§ 17 Schlussbestimmungen

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages sind im Einvernehmen mit allen Vertragspartnern zulässig und bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (2) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirkung des Vertrages hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an diesen Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen. Die Parteien werden sich bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.

Koblenz, Mainz,

BKK-Landesverband Mitte
Regionalvertretung Rheinland-Pfalz
und Saarland

Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.

Armin Schimsheimer

Regionalvertreter
Rheinland-Pfalz und Saarland

Dr. Burkhard Zwerenz

Anlagen

- Anlage 1** Verzeichnis der teilnehmenden Betriebskrankenkassen
- Anlage 2** Teilnahme-, Einwilligungs- und Datenfreigabeerklärung
- Anlage 3** Teilnahmeerklärung der Hausärzte / Kinder- und Jugendärzte
Freiwillige statistische Erhebung
- Anlage 4** Information über Verträge zur Integrierten Versorgung
- Anlage 5** Verzeichnis der Hausärzte / Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Anlage 6** Vergütung
- Anlage 7** Indikationsbezogene Leistungen und Module
- Modul 7.1** - Diabetes Früherkennung
 - Anlage A:** Formular Diabetes-Screening
 - Modul 7.4** - Pharmakotherapie / Arzneimittelmanagement
 - Modul 7.5** - Versorgungs- und Entlassmanagement
- Anlage 8** Durchführungsbestimmungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des HZV-Vertrages