
**Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73 b SGB V**

Zwischen der

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dieter Bollmann
(nachstehend KV Hamburg genannt)

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes Wilfried Jacobs
dieser vertreten durch das Vorstandsmitglied Cornelia Prüfer-Storcks
(nachstehend AOK Rheinland/Hamburg genannt)

sowie

der Gemeinschaft Hausärztlicher Berufsverbände Hamburg (GHB)

bestehend aus

dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

vertreten durch den Landesverbandsvorsitzenden Hamburg
Dr. med. Hans-Ulrich Neumann

und

dem Verein Hausärztlicher Internisten Hamburg

vertreten durch den Vorsitzenden Volker Lambert

und

dem Hausärzteverband Hamburg

vertreten durch den Vorsitzenden Klaus Schäfer

wird auf Grundlage des § 73 b SGB V folgender Vertrag geschlossen:

Präambel	5
A) Grundlagen.....	6
§ 1 Gegenstand und Zielsetzung	6
§ 2 Geltungsbereich	7
B) Teilnahme der Versicherten.....	8
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte	8
§ 4 Pflichten der teilnehmenden Versicherten.....	9
§ 5 Beendigung der Teilnahme	10
C) Teilnahme der Hausärzte	11
§ 6 Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte	11
§ 7 Persönliche Qualitätsanforderungen der Hausärzte.....	11
§ 8 Qualitätsanforderungen in der Praxisausstattung	13
§ 9 Koordinationsaufgaben und Leistungen der Hausärzte	14
§ 10 Beziehungen zu weiteren Leistungserbringern.....	16
§ 11 Allgemeine Aufgaben und Pflichten der Hausärzte	17
§ 12 Besondere Leistungen und Pflichten der Hausärzte	18
§ 13 Vergütungen	19
§ 14 Beendigung der Teilnahme der Hausärzte.....	19
D) Qualitätssicherung	20
§ 15 Leitlinien	20
E) Wirtschaftlichkeit	21
§ 16 Wirtschaftlichkeitsziele.....	21
Arzneimittelversorgung.....	21
Sonstige Leistungen.....	22
§ 17 Ergänzende Verträge (Modulverträge)	23
§ 18 Evaluation	23
§ 19 Ausschreibung	24
§ 20 Kooperationsvereinbarungen	24
§ 21 Verzeichnisse der teilnehmenden Hausärzte	25
§ 22 Teilnahmevoraussetzungen weiterer Krankenkassen	25
§ 23 Rechnungslegung	26
§ 24 Zuzahlung	26

§ 25	Datenschutz	26
§ 26	Inkrafttreten, Kündigung	26
§ 27	Salvatorische Klausel	28
	Anlagenverzeichnis	30

Präambel

Die Vertragspartner wollen mit diesem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung die konkreten gesetzlichen Vorgaben des § 73 b SGB V (GKV-WSG) umsetzen. Hausarztzentrierte Versorgung beinhaltet:

- die hausärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Versichertengemeinschaft verantwortliche Stufen-diagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten
- die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)
- die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und -förderung für den Einzelnen wie auch im sozialen Umfeld
- die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld

Daneben haben die Versicherten gemäß § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Durch die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V wird diese besondere Betreuung gewährleistet.

Mit diesem Vertrag wollen die Vertragspartner die gesetzgeberischen Vorstellungen zur hausarztzentrierten Versorgung sehr praxisnah und patientenzentriert umsetzen. Der Vertrag soll entsprechend der Entwicklung der Versorgung kranker Menschen und den Erkenntnissen aus der Evaluation dieses Vertrages weiterentwickelt werden. Der Sicherstellungsauftrag der KV Hamburg und bestehende Verträge der gesetzlichen Regelversorgung bleiben unberührt. Zugleich regelt dieser Vertrag die extrabudgetäre Vergütung von Zusatzleistungen.

A) Grundlagen

§ 1

Gegenstand und Zielsetzung

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V im Einzugsgebiet der KV Hamburg. Die teilnehmende Hausärztin/der teilnehmende Hausarzt (im Folgenden Hausarzt genannt) übernimmt dabei die Steuerung des Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten und gewährleistet dadurch eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten. Dabei können Wirtschaftlichkeitspotenziale, z. B. im Bereich der Arzneimitteltherapie, durch die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen und vermeidbarer Krankenhausaufenthalte erschlossen werden. Gegenstand dieses Vertrages sind nur Zusatzleistungen, die nicht bereits gesetzlich an anderer Stelle oder in anderen Verträgen geregelt sind. Im Übrigen gelten die Regelungen der hausärztlichen vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V, des Bundesmantelvertrages-Ärzte sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Ziele dieses Vertrages sollen insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- a) individuelle Begleitung der teilnehmenden Versicherten durch den gesamten Versorgungsprozess
- b) bedarfsgerechte Einleitung von fachärztlichen Behandlungen
- c) Erkennen von psychosozialen Konfliktfeldern und Einleitung von Psychotherapie
- d) bedarfsgerechte Einweisung bei notwendigem Krankenhausaufenthalt und Sicherstellung eines Überleitungsmanagements
- e) Fallmanagement der ambulanten oder stationären Pflege

(2) Bestandteile dieses Vertrages sind:

- | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------|
| Anlage 1 | Leitlinien für die hausärztliche Versorgung |
| Anlage 2 | Teilnahmeantrag Hausarzt und Nachweis über besondere Anforderungen |
| Anlage 3 | Hausarztverzeichnis |
| Anlage 4 | Einverständniserklärung der/des Versicherten |

Anlage 5	Beitrittserklärung anderer Krankenkassen
Anlage 6	Kooperationsvereinbarungen (nicht belegt)
Anlage 7	Qualitätsmanagement-Systeme gemäß § 7
Anlage 7a	Ärztlicher Kurzbericht - Hausarzt - Krankenhaus/Reha-Einrichtung - Hausarzt
Anlage 7b	Ärztlicher Kurzbericht - Hausarzt - Facharzt
Anlage 7c	Überleitungsbogen Hausarzt - Krankenhaus - Hausarzt - Krankenkasse
Anlage 8	Vergütungsvereinbarung
Anlage 9	Wirtschaftlichkeitsziele (nicht belegt)
Anlage 10	Modulverträge (nicht belegt)
Anlage 11	Evaluationskonzept

§ 2

Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für:

- a) die Versicherten, die nach Anlage 4 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben
- b) die AOK Rheinland/Hamburg bzw. die nach § 22 beigetretenen Krankenkassen, nachfolgend Krankenkasse genannt
- c) den teilnehmenden Hausarzt gem. § 6 mit Sitz im Gebiet der KV Hamburg, nachfolgend Hausärzte genannt.

B) Teilnahme der Versicherten

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der teilnehmenden Krankenkasse.
- (2) Voraussetzung für die Teilnahme von Versicherten ist deren Einverständniserklärung (Anlage 4). Die Einschreibung erfolgt durch die zuständige Krankenkasse oder durch den Hausarzt nach Abs. 3.
- (3) Die Einschreibung der Versicherten erfolgt durch diese bzw. deren gesetzliche Vertreter
 - a) bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bevorzugt bei einem Kinder- und Jugendarzt oder Hausarzt nach § 7 Abs. 2 c
 - b) im Übrigen beim betreuenden Hausarzt

Zur Beratung über die Vorteile und Pflichten des Versicherten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung erhält der teilnehmende Hausarzt von der Krankenkasse Flyer zur Mitgabe an den Versicherten.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit dem Tag der Einschreibung beim Hausarzt. Der Versicherte erhält eine mit dem Arztstempel versehene Kopie der Erklärung für seine Unterlagen.
- (5) Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Wichtige Gründe sind insbesondere:
 - Umzug der/des Versicherten
 - Beendigung der Teilnahme des Hausarztes
 - Jugendliche für den Fall des Wechsels vom Kinder- und Jugendarzt zum Hausarzt oder
 - gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zum gewählten Hausarzt

- (6) Der Wechsel ist der Krankenkasse schriftlich mitzuteilen und eine erneute Einverständniserklärung für den neu gewählten Hausarzt ist auszufüllen. Die Krankenkasse informiert die betroffenen Hausärzte sowie die KV Hamburg über den Wechsel. Mit dem Zugang der Mitteilung beim Hausarzt erlischt die Vergütungsberechtigung im Rahmen dieses Vertrages für den bisher betreuenden Hausarzt.

§ 4

Pflichten der teilnehmenden Versicherten

- (1) Die Versicherten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für das unmittelbare Aufsuchen von
- a) Augenärzten
 - b) Gynäkologen und
 - c) Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen
- (2) Die Versicherten verpflichten sich, eine notwendige Krankenhausbehandlung – von Notfällen abgesehen – nur auf Einweisung des betreuenden Hausarztes oder des auf Überweisung in den Behandlungsprozess einbezogenen Facharztes in Anspruch zu nehmen.
- (3) Bei Notfällen oder urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Hausarztes nehmen die Versicherten – soweit zumutbar – einen Hausarzt in Anspruch, der ebenfalls an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt.
- (4) Mit ihrer Teilnahme (Anlage 4) erklären die Versicherten, dass sie von der Erinnerungsmittelung, insbesondere zu Terminen der gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen, Gebrauch machen möchten.

§ 5
Beendigung der Teilnahme

- (1) Die Versicherten können ihre Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse kündigen und scheiden zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Die Krankenkasse informiert den Hausarzt über das Ausscheiden.

- (2) Die Teilnahme endet mit dem Wechsel zu einer nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs.

- (3) Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.

- (4) Die Krankenkasse kann die Teilnahme beenden, wenn die Versicherte mehrfach gegen § 4 Abs. 1 verstoßen. Die Beendigung der Teilnahme ist den Versicherten und dem Hausarzt schriftlich durch die Krankenkasse mitzuteilen.

C) Teilnahme der Hausärzte

§ 6

Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte

- (1) Die Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind niedergelassene Ärzte und/oder Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V die
 - a) als Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1 a SGB V mit Praxissitz im Einzugsgebiet der KV Hamburg tätig sind und
 - b) die in diesem Vertrag genannten Anforderungen erfüllen

Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist nur eine gemeinsame Teilnahme aller hausärztlich tätigen Vertragsärzte möglich.

- (3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist bei der KV Hamburg schriftlich auf der Teilnahmeerklärung zu beantragen (Anlage 2).
- (4) Beim Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Hamburg eine schriftliche Teilnahmegenehmigung, in welcher auch der Beginn der Vertragsteilnahme festgelegt ist. Die Teilnahme beginnt ab dem Tag, an dem die Teilnahmeerklärung (Anlage 2) unterschrieben wurde, frühestens mit Beginn des Vertrages. § 21 gilt.

§ 7

Persönliche Qualitätsanforderungen der Hausärzte

- (1) Der Hausarzt verpflichtet sich zur regelmäßigen Teilnahme an von der Ärztekammer oder KV Hamburg anerkannten Fortbildungen (Fortbildungsveranstaltungen nach § 95d SGB V) und/oder von der KV Hamburg akkreditierten Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr.
- (2) Die Veranstaltungen nach Abs. 1 sollen sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren wie z. B.:

- (2a) für Allgemeinmediziner und Hausarztinternisten: patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie, DMP und insbesondere rationelle Arzneimitteltherapie
- (2b) für Kinder- und Jugendärzte: Prävention, Diagnostik und Therapie von Entwicklungs- und Sprachstörungen, Impfungen, Allergien, Asthma, Neurodermitis, Sozialpädiatrie einschließlich ADHS, Adipositas
- (2c) Hausärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung im Fach Kinder- und Jugendmedizin dürfen Patienten unter 12 Jahren einschreiben, wenn sie einen pädiatrischen Behandlungsschwerpunkt nachweisen. Dies ist insbesondere der Fall bei regelmäßiger Durchführung von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien (mindestens 30 pro Quartal in den letzten 4 Abrechnungsquartalen) sowie bei Nachweis der Durchführung aller zugehörigen Impfungen lt. STIKO in den Quartalen sowie einer Fortbildung nach (2b)
- (3) Die Teilnahme nach Abs. 1 ist gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen. Im Rahmen anderer Verträge nachgewiesene Teilnahmen an Qualitätszirkeln werden von der KV Hamburg von Amts wegen berücksichtigt. Soweit der Nachweis für diese Fortbildungen nicht schon aufgrund anderer Umstände, z. B. durch Abgleich mit der Fortbildungsakademie der Ärztekammer der KV Hamburg, bekannt ist, werden die teilnehmenden Hausärzte von der KV Hamburg aufgefordert, diese vorzulegen.
- (4) Der Hausarzt führt ein praxisinternes Qualitätsmanagement ein, welches auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnitten, indikatorengestützt und wissenschaftlich anerkannt ist und das den Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 135 a SGB V entspricht. Innerhalb eines Zeitraumes von längstens zwei Jahren sind die Maßnahmen von den Hausärzten zur Etablierung eines einrichtungswisernen Qualitätsmanagements gegenüber der KV Hamburg im Rahmen der jeweils gültigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungswisernes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329, in Kraft getreten am 1. Januar 2006,

nachvollziehbar zu dokumentieren und auf Anforderung nachzuweisen.

(5) In der Versichertenversorgung sind die medizinischen Standards zu berücksichtigen:

- Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung
- Strukturierung von Behandlungsabläufen
- Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis
- Umsetzung der Maßnahmen zur Zielerreichung, systematische Überprüfung und erforderliche Anpassung der Maßnahmen

§ 8

Qualitätsanforderungen in der Praxisausstattung

(1) Die Teilnahme des Hausarztes setzt voraus, dass die Praxis folgende Qualitätsanforderungen erfüllt, die genutzt werden:

1. Ausstattung mit einem zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxissoftwaresystem), das beispielsweise die elektronische Führung von Patientenakten, Speicherung von Befunddaten und die Terminerinnerung (Einbestellsystem, Recallsystem) – insbesondere für Termine zu den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfterminen – ermöglicht
2. eine apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Akutlabor (Urinstatus + BSG oder CRP), Sonographie und Lungenfunktionstest – die letzten beiden ggf. in Kooperation mit anderen Praxen), bei Kinder- und Jugendärzten eine Ausstattung zur Durchführung von altersgemäßen Hör- und Sehtesten statt eines EKGs

(2) Die teilnehmenden Hausärzte sind berechtigt, die in diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke – mit Ausnahme der Einverständniserklärung der Versicherten (Anlage 4) – in ihre Praxissoftwaresysteme zu implementieren und anzupassen. Hierzu haben sie sich an den Vorgaben der in den Anlagen dieses Vertrages befindlichen Vordrucke inhaltlich auszurichten.

§ 9

Koordinationsaufgaben und Leistungen der Hausärzte

(1) Der teilnehmende Hausarzt erklärt sich bereit:

- a) die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen vorzunehmen. Dabei soll der Behandlungsablauf, insbesondere bei Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer und Versorgungsebenen, koordiniert werden
- b) die Verordnung weiterer Leistungen (insbesondere Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege) ggf. unter Einbeziehung der zuständigen Krankenkasse zu koordinieren
- c) die Dokumentation durchzuführen, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aller beteiligten Leistungserbringer und Versorgungsebenen
- d) die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen zu prüfen und durch Aufklärung und Motivation der Versicherten auf eine Inanspruchnahme hinzuwirken sowie auf eine Terminüberwachung sowie Überprüfung des Impfstatus zu achten. Hierbei sind Präventionsangebote der beteiligten Krankenkassen zu berücksichtigen. Über die Angebote ist in geeigneter Weise durch die Krankenkassen zu informieren. Einzelheiten ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 8
- e) auf Rehabilitationsbedarf zu achten und ggf. erforderliche weitere Schritte einzuleiten
- f) nicht ärztliche Hilfen und flankierende Dienste in die Behandlungsmaßnahmen zu integrieren
- g) an den vom Bundesversicherungsamt akkreditierten Disease-Management-Programmen der beteiligten Krankenkassen aktiv teilzunehmen. Rechte und Pflichten (Dokumentation, Vergütung u. a.) ergeben sich insoweit aus diesen Verträgen. Von einer aktiven Teilnahme ist auszugehen, wenn der Hausarzt die Versicherten, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an Disease-Management-Programmen erfüllen, über den Sinn und Nutzen von

infrage kommenden Programmen informiert, diese – soweit sie einverstanden sind – einschreibt, zur dauerhaften Teilnahme motiviert und fristgerecht plausible und vollständige Dokumentationen einreicht

- (2) Die Versicherten sind durch den Hausarzt aktiv in die Behandlung einzubinden. Der Hausarzt gibt hierbei Hilfestellung für ein eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Verhalten unter Berücksichtigung der Maßnahmen nach Abs. 1 d).
- (3) Der Hausarzt nimmt eine umfassende und versichertenorientierte Aufklärung über die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen inkl. der Arzneimittelversorgung vor.
- (4) Es gilt der Grundsatz „ambulante vor stationärer Behandlung“, insbesondere im Hinblick auf ambulant durchführbare Operationen und ambulante Rehabilitation. Stationäre Krankenhausbehandlungen sollen durch zeitgerechte Konsultation von niedergelassenen Fachärzten vermieden werden.
- (5) Der Hausarzt nimmt erforderliche Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung gezielt unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen bzw. der Bedürfnisse der Versicherten vor. Bei erforderlichen Operationen prüft der Hausarzt unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen, ob ambulante Operationen möglich sind, um diese ggf. zu empfehlen.
- (6) Der Hausarzt erklärt sich bereit – soweit sinnvoll –, teilnehmende Versicherte während eines Krankenhausaufenthaltes in der Region zu besuchen und den Behandlungsverlauf – insbesondere die Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung – mit den Krankenhausärzten unter Mitwirkung der Versicherten zu besprechen. Um besonders bei Berufstätigen eine frühzeitige Wiedereingliederung in das Berufsleben zu fördern, erklärt sich der Hausarzt bereit, die Umsetzung erforderlicher Maßnahmen, z. B. Rehabilitationsmaßnahmen, Heilmittel- sowie Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt sicherzustellen sowie den Überleitungsbogen gemäß der Anlage 7 c innerhalb der dort dargestellten Fristen auszufüllen. Insbesondere soll eine Abstimmung über die weiteren notwendigen Behandlungen einschließlich der Arzneimitteltherapie erfolgen. Alternativ kann das Überleitungsmanagement auch telefonisch erfolgen.

- (7) Der Hausarzt unterstützt Angehörige oder Ehrenamtliche, die ohne Unterstützung eines professionellen Pflegedienstes häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V, z. B. Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Medikamentengabe, Medizinische Einreibungen, Inhalation sowie An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, bei den Versicherten durchführen. Er führt in diesen Fällen eine fachliche Anleitung und Unterstützung sowie eine Überprüfung durch.
- (8) Bei langfristigen Verordnungszeiträumen der häuslichen Krankenpflege von mehr als drei Monaten, welche durch einen Pflegedienst sichergestellt wird, führt der Hausarzt bedarfsgerechte Konsultationen (Fallbesprechungen) mit dem Pflegedienst durch.
- (9) Angestrebt wird eine Verzahnung der hausarztzentrierten Versorgung mit den von der teilnehmenden Krankenkasse angebotenen Verträgen, z. B. zur Integrierten Versorgung oder anderer besonderer Versorgungsformen (§ 17). Die Hausärzte weisen auf diese Angebote hin und berücksichtigen sie bei der Behandlungsplanung.

§ 10

Beziehungen zu weiteren Leistungserbringern

- (1) Der Hausarzt bezieht die weiter- oder mitbehandelnden Leistungserbringer leitliniengemäß in die Behandlung ein.
- (2) Der Hausarzt verpflichtet sich zu einem Austausch erforderlicher Befunde in der Regel innerhalb von drei Werktagen mit den an der Behandlung der Versicherten beteiligten Leistungserbringern. Die Vertragspartner unterstützen diesen Prozess, indem sie eine generelle Berichtspflicht in Verträgen einfordern.
- (3) Bei einer Überweisung zur interdisziplinären Behandlung zur Fachärztin/zum Facharzt oder einer Einweisung in stationäre Behandlung oder zur Rehabilitation erstellt der Hausarzt den ärztlichen Kurzbericht gemäß Anlage 7a und 7b und übergibt diesen sowie alle für die Diagnostik und Therapie notwendigen Vorbefunde an die Versicherten, soweit diese Befunde nicht bereits vom Hausarzt an den Mit- bzw. Weiterbehandler übergeben wurden.
- (4) Der Hausarzt soll bei Nichtvorliegen die Behandlungsdaten, Befunde und Berichte von den zur Weiter- oder Mitbehandlung einbezogenen Leistungserbringern anfordern. Die Vertragspartner fördern diesen Prozess, indem sie eine generelle

Berichtspflicht in Verträgen einfordern.

- (5) Erlangt der Hausarzt Kenntnis davon, dass im Rahmen der Weiter- oder Mitbehandlung die Terminvergabe bei den einbezogenen Leistungserbringern zu langen Wartezeiten führt oder werden Behandlungsdaten, Befunde oder Berichte nicht oder nicht rechtzeitig an den Hausarzt übermittelt, soll er entsprechend auf die betroffenen Leistungserbringer mit dem Ziel einer positiven Zusammenarbeit einwirken. Die Vertragspartner fördern diesen Prozess, indem sie eine generelle Berichtspflicht in Verträgen einfordern.
- (6) Wechseln die Versicherten den betreuenden Hausarzt, erhält der neu gewählte Hausarzt vom bisher betreuenden Hausarzt die den Versicherten betreffenden relevanten Unterlagen in Kopie.

§ 11

Allgemeine Aufgaben und Pflichten der Hausärzte

- (1) Der Hausarzt informiert beitragsberechtigte Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen auf Wunsch über die Inhalte und die Ziele des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung unter Berücksichtigung von § 3 Abs. 3 und schreibt diese ein. Der Hausarzt verpflichtet sich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten quartalsweise nach der Einschreibung an die KV Hamburg zur Übermittlung an die Krankenkasse weiterzuleiten.
- (2) Die nach diesem Vertrag geforderten Unterlagen und Dokumentationen leitet der Hausarzt innerhalb der bestimmten Fristen und in den genannten Formaten der entsprechenden Stelle zu. § 8 Abs. 2 gilt.
- (3) Soweit notwendige Arztbefragungen im Rahmen des Evaluationskonzeptes gemäß Anlage 11 beschlossen werden, nimmt der Hausarzt daran teil.

§ 12

Besondere Leistungen und Pflichten der Hausärzte

(1) Der Hausarzt stellt zeitlich sicher, dass er in ausreichendem Umfang für die Betreuung der Versicherten persönlich zur Verfügung steht, ohne hierdurch eine 24-Stunden-Erreichbarkeit gewährleisten zu müssen. Hierzu zählen insbesondere folgende Maßnahmen:

1. Sprechstunden an mindestens fünf Tagen in der Woche, wobei diese nicht überwiegend nur in die Vormittags- oder Nachmittagsstunden fallen, sondern gleichmäßig angeboten werden
2. Sicherstellung der besonderen Betreuung durch Terminvereinbarung auch vor 08:00 Uhr und nach 18:00 Uhr für die an der Vereinbarung teilnehmenden Versicherten, soweit erforderlich
3. Bei aus Patientensicht dringlichen Situationen erfolgt möglichst eine zeitnahe Behandlung in der nächstfolgenden Sprechstunde
4. Für Patienten mit bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf ist der Hausarzt auch zu Zeiten des örtlich geregelten Notdienstes – soweit notwendig – telefonisch erreichbar und führt Dringlichkeitsbesuche durch
5. Die Sicherstellung der persönlichen/telefonischen Erreichbarkeit des Praxisteams außerhalb der Sprechstunde erfolgt entweder
 - eigenverantwortlich durch die Praxen selbst oder
 - über die hierfür geltenden Vorschriften über den Bereitschaftsdienst in den Bezirken (insbesondere in der Mittagszeit) oder Notfalldienstzeiten.

(2) Zur Förderung der Akzeptanz der hausarztzentrierten Versorgung bietet der Hausarzt den Versicherten zusätzliche Serviceleistungen an:

1. Bei vorab vereinbarten Terminen ist die Wartezeit auf grundsätzlich 30 Minuten zu begrenzen, Notfälle sind bevorzugt zu behandeln

2. Terminvereinbarung in der Praxis auf Wunsch des Patienten bei Überweisung, z. B. zum Facharzt oder Einweisung ins Krankenhaus
3. Erinnerung der teilnehmenden Versicherten, insbesondere an Termine der gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen

§ 13 Vergütungen

- (1) Die vertragsärztlichen Leistungen für teilnehmende Versicherte werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen mit der KV Hamburg vergütet, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Die zusätzlichen extrabudgetären Vergütungen sowie die notwendigen Abrechnungsziffern ergeben sich aus der Anlage 8.

§ 14 Beendigung der Teilnahme der Hausärzte

- (1) Die Teilnahme eines Hausarztes an diesem Vertrag endet
 - a) durch schriftliche Kündigung des Hausarztes gemäß Abs. 2 oder
 - b) durch Widerruf der Teilnahmegenehmigung seitens der KV Hamburg gemäß Abs. 3
- (2) Der Hausarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Hamburg kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals. Im Falle der Beendigung der Teilnahme hat der Hausarzt die bei ihm eingeschriebenen Versicherten unverzüglich in neutraler Form zu informieren. Die Krankenkasse kann die Versicherten über die weitere Möglichkeit der Teilnahme bei einem anderen Hausarzt informieren.
- (3) Bei erheblichen Vertragsverstößen eines Hausarztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen, aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann, können Maßnahmen nach Abs. 5 er-

folgen.

- (4) Ein sonstiger wichtiger Grund ist insbesondere die fortgesetzte Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele, die im Rahmen der zwischen der KV Hamburg und den Krankenkassen geschlossenen „Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen“ vertraglich festgelegt wurden bzw. die fortgesetzte Nichteinhaltung der in Kapitel D und Anlage 9 dieses Vertrages erläuterten Wirtschaftlichkeitsziele. Von einer fortgesetzten Nichteinhaltung ist bei deutlichem Abweichen von den Quoten der übrigen Teilnehmer auszugehen.
- (5) Die KV Hamburg kann bei Nichteinhaltung der Vertragspflichten, unabhängig von Maßnahmen der sachlichen und rechnerischen Berichtigung, je nach Schwere des Verstoßes folgende Maßnahmen im Namen aller Vertragspartner ergreifen:
 1. Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten
 2. Versagen der Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Vertrag
 3. Widerruf der Teilnahmegenehmigung
- (6) Eine erneute Teilnahme des Hausarztes ist mit schriftlicher Zustimmung der Krankenkasse möglich.

D) Qualitätssicherung

§ 15 Leitlinien

- (1) Der Hausarzt führt die Behandlung nach den für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien durch.
- (2) Die Leitlinien müssen sich auf die jeweils höchste Evidenz stützen, welche die Kriterien der ÄZQ oder vergleichbarer maßgeblicher Stellen erfüllen.
- (3) Die Vertragspartner beschließen über die verbindliche Einführung mindestens einer Leitlinie pro Jahr, welche der Hausarzt verpflichtend implementiert (Anlage 1).

E) Wirtschaftlichkeit

§ 16 Wirtschaftlichkeitsziele

Die Vertragspartner treffen Vereinbarungen zu den Zielen sowie Näheres zu den Instrumenten und der Umsetzung dieser Ziele in der Anlage 9. Die damit erzielten Einsparungen sollen eine dauerhafte Finanzierungsgrundlage für die hausarztzentrierte Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung unterstützen.

Arzneimittelversorgung

- (1) Die Hausärzte nehmen eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung vor, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamen Bundesausschuss orientiert. Mit der Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag verpflichtet sich der Hausarzt zur Einhaltung einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie im Rahmen der indikationsbezogenen Zielvereinbarungen (Anlage 3 zu den Arznei- und Heilmittelvereinbarungen in der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung).
- (2) Zur Ausschöpfung dieser Wirtschaftlichkeitspotenziale stellt der teilnehmende Hausarzt sicher, dass
 - die in der jeweiligen Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen zwischen der KV Hamburg und den Hamburger Krankenkassen/Verbänden der Krankenkassen für Hausärzte festgelegten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele erreicht werden
 - bei der Verordnung von Generika nach Möglichkeit Generika aus dem unteren Preissegment des jeweiligen Wirkstoffmarktes genutzt werden und dabei von den Krankenkassen geschlossene Rabattverträge mit Generika-Anbietern berücksichtigt werden

- die Versicherten über die wirtschaftliche Nutzung von Arzneimitteln, insbesondere der rabattierten Arzneimittel aufgeklärt werden

Sonstige Leistungen

- (1) Der Hausarzt beachtet bei der Verordnung von Krankentransporten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten.

Dabei beachtet der verordnende Hausarzt, dass er für Patienten, die nicht gehfähig sind, nicht zwingend einen Krankentransportwagen verordnen muss. Wenn während der Fahrt eine medizinisch-fachliche Betreuung nicht notwendig ist, kann er einen Mietwagen mit Krankenliege/Tragestuhl verordnen, der über keine medizinisch-technische Ausstattung und kein medizinisch geschultes Begleitpersonal verfügt. In diesen Fällen kreuzt er auf dem Vordruck "Verordnung einer Krankenförderung" die Kombination "Taxi/Mietwagen", "liegend" oder "Tragestuhl" und "Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig": "nein" an.

- (2) Der Hausarzt beachtet bei der Verordnung von Hilfsmitteln die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln sowie das Hilfsmittelverzeichnis. Um eine hochwertige, zweckmäßige und zugleich wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, sind insbesondere folgende Hinweise zu beachten:

- Auf der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen und insbesondere die Diagnose und das Datum der Verordnung anzugeben.
- Bei der Verordnung sollen grundsätzlich keine spezifischen Einzelprodukte (z. B. Elastische Mittelfußbandage mit Pelotte eines bestimmten Herstellers) verordnet werden, sondern es muss so genau wie möglich die Produktart (z. B. 05.01.01.0) benannt werden. Die AOK Rheinland/Hamburg stellt entsprechende Verordnungshilfen zur Verfügung.
- Um eine wirtschaftliche Versorgung mit Bandagen sicherzustellen, ist zwingend nur die 7-stellige Hilfsmittel-Nummer auf dem vorgesehenen Muster 16 (Feld Nr. 7) anzugeben. In diesen Fällen trägt der Fachhandel die Verantwortung für die Auswahl und Abgabe des wirtschaftlich günstigsten Hilfsmittels.

Dem Hausarzt werden dazu regelmäßig und aktuell praktische Hinweise zur Verordnung von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

- (3) Der Hausarzt wirkt auf eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Heilmittelversorgung hin, die sich an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamen Bundesausschuss orientiert.

§ 17

Ergänzende Verträge (Modulverträge)

- (1) Um weitere Versorgungsfelder zu erschließen, beabsichtigen die Vertragspartner den Abschluss weiterer Vereinbarungen. Dabei werden sie Regelungen für eine sektorübergreifende und ggf. fachübergreifende Versorgung der Versicherten finden. Schnittstellen, Behandlungspfade sowie Versorgungsaufträge, insbesondere zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen sowie der stationären Versorgung der Versicherten in Verbindung mit speziellen Diagnosen, Krankheitsbildern bzw. speziellen Behandlungspfaden werden beschrieben, ggf. definiert und zum Nutzen aller an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte und Versicherten ausgebaut.
- (2) Es ist sicherzustellen, dass sich aus den Regelungen dieses Vertrages und Modulverträgen keine Doppelvergütung für gleichartige Leistungen ergibt. Im Zweifel ist der Betrag des Modulvertrages maßgebend.
- (3) Diese Modulverträge werden fortlaufend in der Anlage 10 aufgeführt.

§ 18

Evaluation

- (1) Die Vertragspartner richten eine Arbeitsgruppe Evaluation ein. Die Arbeitsgruppe besteht auf der einen Seite aus zwei Vertretern der Krankenkassenseite, die von der AOK Rheinland/Hamburg benannt werden, sowie auf der anderen Seite aus einem Vertreter der KV Hamburg und einem Vertreter der Gemeinschaft Hausärztlicher Berufsverbände (GHB). Die Projektgruppe tagt mindestens einmal jährlich. Empfehlungen werden einstimmig getroffen.

- (2) Die Aufgaben umfassen neben der Beobachtung der Entwicklung des Vertrages die Erarbeitung und Unterbreitung von Verbesserungsvorschlägen und die Entwicklung eines Evaluationskonzeptes mit Wirtschaftlichkeitsanalysen anhand von Controllingdaten, Arzt- und Versichertenbefragungen bis zum 31.05.2009 (Anlage 11). Die Umsetzung erfolgt unmittelbar nach Vorliegen von Abrechnungsdaten über den Zeitraum eines Jahres ab Vertragsbeginn. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, beinhaltet die Auswertung sowohl erbrachte als auch die verordneten Leistungen. Über die Ausgestaltung der Evaluation treffen die Vertragspartner eine einvernehmliche Regelung. Um zusätzlichen Dokumentationsaufwand zu vermeiden, wird weitestgehend auf verfügbare Daten zurückgegriffen. Um eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung zu ermöglichen, vereinbaren die Vertragspartner ggf. eine entsprechende Dokumentation. Vorhandene Dokumentationsinstrumente werden möglichst genutzt.

§ 19

Ausschreibung

- (1) Der KV Hamburg obliegt die Wahrnehmung der in § 73 b Abs. 4 Satz 4 SGB V geregelten Verpflichtung zur Ausschreibung.
- (2) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die ihnen zur Verfügung stehenden Medien, über die Möglichkeiten der Teilnahme und über die Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die teilnehmenden Hausärzte.

§ 20

Kooperationsvereinbarungen

- (1) Fachärzte, Krankenhäuser, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken, Heilmittelerbringer, Hilfsmittellieferanten, Krankentransportunternehmen sowie umsatzsteuerpflichtige Leistungserbringer (z. B. Hilfsmittelerbringer, Taxiunternehmen etc.) können diesem Vertrag nicht beitreten. Diese können jedoch mittels Kooperationsvereinbarungen (Anlage 6) bei Bedarf hinzugezogen werden. Ihre Leistungen sind in besonderen Kooperationsvereinbarungen festzulegen.

- (2) Die Einbindung von Kooperationspartnern ist nur gemeinschaftlich und einstimmig durch die Vertragspartner möglich.
- (3) Der Grundsatz, dass nur Zusatzleistungen und nicht gesetzliche bzw. in anderen Verträgen geregelte Leistungen Bestandteil dieses Vertrages sein können, gilt für Kooperationsvereinbarungen entsprechend.

§ 21

Verzeichnisse der teilnehmenden Hausärzte

- (1) Über die teilnehmenden Hausärzte führt die KV Hamburg ein Verzeichnis. Die KV Hamburg stellt die aktuellen Fassungen dieser Verzeichnisse den teilnehmenden Krankenkassen monatlich – bei Bedarf häufiger – in elektronischer Form entsprechend Anlage 3 zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten in geeigneter Form über die teilnehmenden Hausärzte. Eine Information kann u. a. über das Internet erfolgen.

§ 22

Teilnahmevoraussetzungen weiterer Krankenkassen

Der Beitritt weiterer Krankenkassen ist möglich. Er beginnt, vorbehaltlich der Zustimmung aller Vertragspartner, mit dem Tag der Unterschrift auf der Beitrittserklärung (Anlage 5), frühestens jedoch mit dem Vertragsbeginn. Mit dem Beitritt werden die Inhalte des Vertrages akzeptiert.

§ 23

Rechnungslegung

Die Rechnungslegung erfolgt durch die Hausärzte für die in der Anlage 8 bestimmten Beträge direkt mit der KV Hamburg parallel zur üblichen Honorarabrechnung des Hausarztes. Die Zahlung der Beträge nach Anlage 8 erfolgt außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 400 erfasst und separat ausgewiesen. Die KV Hamburg ist berechtigt, den üblichen Verwaltungskostenaufwand gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen. Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.

§ 24

Zuzahlung

Die Zuzahlung der Versicherten erfolgt entsprechend den gesetzlichen und satzungrechtlichen Regelungen.

§ 25

Datenschutz

Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht zu beachten.

§ 26

Inkrafttreten, Kündigung

(1) Der Vertrag tritt zum **01.06.2008** in Kraft.

- (2) Der Vertrag gilt zunächst bis zum 31.12.2008. Die Laufzeit verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern er nicht gemäß Abs. 3 von einer der Vertragsparteien gekündigt wird.
- (3) Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Kalenderhalbjahr gekündigt werden.
- (4) Die Kündigung dieses Vertrages durch einzelne Vertragspartner ist möglich. In diesem Fall behält der Vertrag für die übrigen Vertragspartner weiterhin seine Gültigkeit, es sei denn, durch die Kündigung des Vertragspartners entfällt die Geschäftsgrundlage dieses Vertrages.
- (5) Der Verordnungsgeber hat zur Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch kranker Versicherter in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) vorgesehen. Soweit diese Vereinbarung die medizinischen Grundlagen eines Behandlungsprogramms tangiert, sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass das Disease-Management-Programm vorrangig ist. Darüber hinaus besteht Einvernehmen, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen dieses Vertrages, die infolge einer RSAV, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgesehenen Stichtagen vorgenommen werden. Kommt eine Einigung über die vorzunehmenden Änderungen nicht zustande, kann der Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.
- (6) Bei Anpassung/Änderung des EBM und/oder des Honorarverteilungsvertrages sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen dieses Vertrages unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgesehenen Stichtagen vorgenommen werden.

Kommt eine Einigung über die vorzunehmenden Änderungen nicht zustande, kann der Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.

§ 27
Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinen übrigen Inhalten davon nicht berührt. Die unwirksame oder fehlende Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

26.06.08	<i>gezeichnet</i>
Datum	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg Dieter Bollmann Vorsitzender

17.06.08	<i>gezeichnet</i>
Datum	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse Cornelia Prüfer-Storcks Mitglied des Vorstandes

Für die Gemeinschaft Hausärztlicher Berufsverbände Hamburg (GHB):

25.06.08	<i>gezeichnet</i>
Datum	Hausärzteverband Hamburg Klaus Schäfer Vorsitzender

30.06.08	<i>gezeichnet</i>
Datum	Verein Hausärztlicher Internisten Hamburg Volker Lambert Vorsitzender

25.06.08	<i>gezeichnet</i>
Datum	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Hamburg, LV Hamburg Dr. med. Hans-Ulrich Neumann Vorsitzender

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1** Leitlinien für die hausärztliche Versorgung
- Anlage 2** Teilnahmeantrag Hausarzt und Nachweis über besondere Anforderungen
- Anlage 3** Hausarztverzeichnis
- Anlage 4** Einverständniserklärung der/des Versicherten
- Anlage 5** Beitrittserklärung anderer Krankenkassen
- Anlage 6** Kooperationsvereinbarung (nicht belegt)
- Anlage 7** Qualitätsmanagement-Systeme gemäß § 7
- Anlage 7a** Ärztlicher Kurzbericht - Hausarzt - Krankenhaus/Reha-Einrichtung - Hausarzt
- Anlage 7b** Ärztlicher Kurzbericht - Hausarzt - Facharzt
- Anlage 7c** Überleitungsbogen Hausarzt - Krankenhaus - Hausarzt - Krankenkasse
- Anlage 8** Vergütungsvereinbarung
- Anlage 9** Wirtschaftlichkeitsziele (nicht belegt)
- Anlage 10** Modulverträge (nicht belegt)
- Anlage 11** Evaluationskonzept