

1. Nachtrag

**zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73b SGB V vom 01.06.2008**

zwischen der

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

vertreten durch den Vorstand
(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 genannt)

sowie

dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

vom 09. November 2010

Die Vertragspartner sind sich einig, dass der zum 01.06.2008 geschlossene Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung ab dem 01.11.2010 die nachfolgende Fassung (genannt 1. Nachtrag) erhalten soll*:

* Dabei sind sich die Vertragspartner einig, dass die vereinbarten Änderungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit im Kontext des gesamten Vertrages wiedergegeben werden.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Präambel.....	3
A) Grundlagen	4
§ 1 [Gegenstand und Zielsetzung]	4
§ 2 [Geltungsbereich]	5
B) Teilnahme der Versicherten	5
§ 3 [Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte]	5
§ 4 [Pflichten der teilnehmenden Versicherten]	6
§ 5 [Beendigung der Teilnahme].....	7
C) Teilnahme der Hausärzte.....	7
§ 6 [Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte]	7
§ 7 [Persönliche Qualitätsanforderungen der Hausärzte].....	8
§ 8 [Qualitätsanforderungen in der Praxisausstattung]	9
§ 9 [Koordinationsaufgaben und Leistungen der Hausärzte].....	10
§ 10 [Beziehungen zu weiteren Leistungserbringern]	12
§ 11 [Allgemeine Aufgaben und Pflichten der Hausärzte]	12
§ 12 [Besondere Leistungen und Pflichten der Hausärzte].....	13
§ 13 [Vergütungen]	14
§ 14 [Beendigung der Teilnahme der Hausärzte]	14
D) Qualitätssicherung	15
§ 15 [Leitlinien]	15
E) Wirtschaftlichkeit	15
§ 16 [Wirtschaftlichkeitsziele]	15
§ 17 [Ergänzende Verträge (Modulverträge) und sonstige Maßnahmen/Projekte].....	17
§ 18 [Evaluation]	17
§ 19 [Veröffentlichung]	18
§ 20 [Kooperationsvereinbarungen]	18
§ 21 [Verzeichnis der teilnehmenden Hausärzte]	19
§ 22 [Rechnungslegung]	19
§ 23 [Zuzahlung]	19
§ 24 [Datenschutz]	19
§ 25 [Inkrafttreten, Kündigung]	20
§ 26 [Salvatorische Klausel]	20
Anlagenverzeichnis	21

Präambel

Die Vertragspartner wollen mit diesem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auf Basis des § 73b SGB V die bedarfs- und serviceorientierte Versorgung der teilnehmenden Versicherten optimieren. Hausarztzentrierte Versorgung beinhaltet:

- die hausärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Versichertengemeinschaft verantwortliche Stufendiagnostik 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
- die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Mehrfachinanspruchnahmen, insbesondere durch die Bindung der Versicherten an eine Hausärztin/einen Hausarzt;
- die gezielte Generierung von zusätzlichen Effizienzsteigerungen und Einsparungen im Rahmen von gemeinsam entwickelten Maßnahmen und Projekten;

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 gem. § 73b 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 § 73b SGB V im Bezirk 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 von Fehlmedikation, 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) Unbeschadet der Erfüllung des Quorums gem. § 73b Abs. 4 S.1 SGB V ist die Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag freiwillig. Der Hausarzt kann seine Teilnahme auch nach Vertragsabschluss durch gesonderte Erklärung gegenüber der KV Hamburg beantragen und verpflichtet sich durch diese Erklärung zu einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen hausärztlichen Versorgung des teilnehmenden Versicherten nach Maßgabe dieses Vertrages, dessen Regelungen er durch seine Beitrittserklärung als verbindlich anerkennt. Er/sie wird sich zur Einhaltung besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Anlage 12) sowie Wirtschaftlichkeitsanforderungen (Anlage 13) verpflichten.
- (3) 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 | (nicht belegt) |

Anlage 6	Kooperationsvereinbarungen (zur Zeit 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
Anlage 12	besondere Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen [noch zu vereinbaren]
Anlage 13	besondere Wirtschaftlichkeitsanforderungen [noch zu vereinbaren]
Anlage 14	Verfahren zur Übermittlung von Informationen und Auskünften an die AOK [noch zu vereinbaren]
Anlage 15	Zweitmeinungsverfahren vor Krankenhauseinweisungen [noch zu vereinbaren]

§ 2 [Geltungsbereich]

Dieser Vertrag wird flächendeckend für den KV-Bezirk Hamburg vereinbart und gilt für:

- a) die Versicherten der AOK, die nach Anlage 4 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben
- b) die teilnehmenden Hausärzte 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 AOK.
- (2) Eine gleichzeitige Teilnahme eines Versicherten an mehreren Verträgen oder Vereinbarungen zur

hausarztzentrierten Versorgung ist nicht möglich.

- (3) Die Teilnahme der Versicherten an diesem Hausarztvertrag ist freiwillig. Voraussetzung für die Teilnahme von Versicherten ist deren Einverständniserklärung (Anlage 4). Die Einschreibung erfolgt durch die AOK oder durch den Hausarzt nach Abs. 4.
- (4) Die Einschreibung der Versicherten erfolgt durch diese bzw. deren gesetzliche Vertreter
 - a) bis zum vollendeten 15. Lebensjahr bevorzugt bei einem Kinder- und Jugendarzt oder Hausarzt nach § 7 Abs. 2c
 - b) im Übrigen beim betreuenden HausarztZur Beratung über die Vorteile und Pflichten des Versicherten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung erhält der teilnehmende Hausarzt von der AOK Flyer zur Mitgabe an den Versicherten.
- (5) Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit dem Tag der Einschreibung bei der AOK oder beim Hausarzt. Der Versicherte erhält eine mit dem Arztstempel versehene Kopie der Erklärung für seine Unterlagen.
- (6) 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
- (7) Der Wechsel ist der AOK schriftlich mitzuteilen und eine erneute Einverständniserklärung für den neu gewählten Hausarzt ist auszufüllen. Die AOK 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
 - c) Kinderärztensowie für die
 - d) 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 Erinnerungsmittlung, 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 der AOK kündigen und scheiden zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der AOK aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Die AOK 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 AOK kann die Teilnahme beenden, wenn die Versicherten mehrfach gegen § 4 Abs. 1 verstoßen. Die Beendigung der Teilnahme ist den Versicherten und dem Hausarzt schriftlich durch die AOK 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. 1a 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. Hausärzte, die der Erfüllung ihrer Fortbildungsverpflichtung innerhalb des Fünfjahreszeitraums gemäß § 95 d SGB V nicht rechtzeitig und umfassend nachkommen und/oder den erforderlichen Nachweis darüber nicht rechtzeitig führen, sind von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen.

- (3) Eine gleichzeitige Teilnahme eines Arztes an weiteren Verträgen oder Vereinbarungen der AOK zur hausarztzentrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung der AOK möglich.
- (4) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist bei der KV Hamburg schriftlich auf der Teilnahmeerklärung zu beantragen (Anlage 2).
- (5) Beim Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Hamburg eine schriftliche Teilnahme genehmigung, 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 15 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, indikatoren gestützt und wissenschaftlich anerkannt ist und das den Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 135a SGB V entspricht. Innerhalb eines Zeitraumes von längstens zwei Jahren sind die Maßnahmen von den Hausärzten zur Etablierung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gegenüber der KV Hamburg im Rahmen der jeweils gültigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes 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:
- a) Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung - Strukturierung von Behandlungsabläufen
 - b) Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis
 - c) 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 nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxissoftwaresystem), das beispielsweise auch 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), 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 Praxis-

softwaresysteme 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 einschließlich der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Fehlmedikation, koordiniert werden
 - b) die Verordnung weiterer Leistungen (insbesondere Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege) ggf. unter Einbeziehung der AOK zu koordinieren
 - c) die Patientendaten zu sammeln und die Dokumentation durchzuführen, insbesondere die Zusammenführung, Prüfung sowie Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aller beteiligten Leistungserbringer und Versorgungsebene
 - d) die zur Durchführung der Aufgaben der AOK erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte an die AOK zeitnah zu übermitteln. Näheres regelt die Anlage 14.
 - e) 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 AOK zu berücksichtigen. Über die Angebote ist in geeigneter Weise durch die AOK zu informieren. Einzelheiten ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 8
 - f) auf Rehabilitationsbedarf zu achten und ggf. erforderliche weitere Schritte einzuleiten
 - g) nicht ärztliche Hilfen und flankierende Dienste in die Behandlungsmaßnahmen zu integrieren
 - h) an den vom Bundesversicherungsamt akkreditierten Disease-Management-Programmen der AOK 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) Der Hausarzt überweist an Fachärzte unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung der dem Hausarzt möglichen und notwendigen hausärztlichen Abklärungen.
- (5) 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. Insbesondere bei Vorliegen einer Erkrankung gemäß Anlage 15 bei einem teilnehmenden Versicherten ist zur Prüfung und Entscheidung der Frage, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, vorab ein ambulant tätiger und entsprechend qualifizierter Facharzt einzuschalten. Weitere Einzelheiten zur Ausgestaltung dieser Regelungen sind ebenfalls in Anlage 15 festgelegt. Bei der Entscheidungsfindung ist – falls möglich – der Patient aktiv einzubeziehen und die Zumutbarkeit für den Patienten zu berücksichtigen.
- (6) 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.
- (7) 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 7c 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.
- (8) 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.
- (9) 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.
- (10) Bei der Verordnung von Heilmitteln sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Heilmittelrichtlinien) zu beachten und zudem die weitere Notwendigkeit insbesondere bei Langzeitverordnungen zu überprüfen.

- (11) Angestrebt wird eine Verzahnung der hausarztzentrierten Versorgung mit den von der AOK angebotenen Verträgen, z.B. zur Integrierten Versorgung oder anderer besonderer Versorgungsformen und mit anderen Maßnahmen/Projekten der AOK, durch die die medizinische Versorgung ihrer Versicherten optimiert wird (§ 17). Die Hausärzte steuern – soweit möglich und medizinisch sinnvoll - in diese Angebote und berücksichtigen diese 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 AOK 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 AOK 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. Angebot einer Terminabendsprechstunde für berufstätige teilnehmende Versicherte an einem Wochentag pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr oder alternativ einer Samstagsterminsprechstunde pro Woche für teilnehmende Versicherte, die berufstätig sind.
 4. Bei aus Patientensicht dringlichen Situationen erfolgt möglichst eine zeitnahe Behandlung in der nächstfolgenden Sprechstunde
 5. 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
 6. Die Sicherstellung der persönlichen/telefonischen Erreichbarkeit des Praxisteam's 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 bei Überweisung, z.B. zum Facharzt oder Einweisung ins Krankenhaus, soweit notwendig und gewünscht
3. Erinnerung der teilnehmenden Versicherten, insbesondere an Termine der gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen

§ 13 [Vergütungen]

- (1) Die vertragsärztlichen Leistungen für teilnehmende Versicherte der AOK 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 AOK 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 erfolgen.
- (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 AOK 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). Die grundlegende Aktualisierung von Leitlinien gilt als Neuumsetzung.

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 der AOK 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 gefähig 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 AOK 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) und sonstige Maßnahmen/Projekte]

- (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.
- (4) Dieser Vertrag kann auch Grundlage für Maßnahmen/Projekte der AOK, die nicht auf Verträgen/Vereinbarungen beruhen und mit denen die medizinische Versorgung ihrer Versicherten optimiert wird, sein. Werden im Rahmen dieser Maßnahmen/Projekte Vergütungen an teilnehmende Hausärzte gezahlt, gilt Abs. 2 entsprechend.

§ 18 [Evaluation]

- (1) Die Vertragspartner richten eine Arbeitsgruppe Evaluation ein. Die Arbeitsgruppe besteht auf der einen Seite aus zwei Vertretern der AOK sowie auf der anderen Seite aus zwei Vertretern der KV Hamburg. Zu kinderärztlichen Fragestellungen nimmt an Stelle eines KV-Vertreters ein Vertreter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte teil. 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 Vereinbarung, Umsetzung und Auswertung eines Evaluationskonzeptes mit Wirtschaftlichkeitsanalysen anhand von Controllingdaten, Arzt- und Versichertenbefragungen. Die Auswertung erfolgt erstmals nach

Vorliegen der Ergebnisse von 4 Abrechnungsquartalen (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 [Veröffentlichung]

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich zur inhaltlich abgestimmten Veröffentlichung des Vertrages.
- (2) Die KV Hamburg macht die Teilnahmemöglichkeiten für weitere Hausärzte an dem Vertrag nach Abstimmung mit den Vertragspartnern in ihren Medien entsprechend bekannt.
- (3) Die AOK informiert ihre Versicherten über die ihr 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 Service- und Zusatzleistungen und nicht gesetzliche bzw. in anderen Verträgen geregelte Leistungen Bestandteil dieses Vertrages sein können, gilt für Kooperationsvereinbarungen entsprechend.

§ 21 [Verzeichnis der teilnehmenden Hausärzte]

- (1) Über die teilnehmenden Hausärzte führt die KV Hamburg ein Verzeichnis. Die KV Hamburg stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses der AOK monatlich - bei Bedarf häufiger - in elektronischer Form entsprechend Anlage 3 zur Verfügung.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte erklären ihre Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer des Hausarztes in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage der AOK.
- (3) Die AOK informiert ihre Versicherten in geeigneter Form über die teilnehmenden Hausärzte. Eine Information kann u.a. über das Internet erfolgen.

§ 22 [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 morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 408 erfasst und separat ausgewiesen. Die KV Hamburg ist berechtigt, den satzungsgemäßen 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.

§ 23 [Zuzahlung]

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

§ 24 [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.

§ 25 [Inkrafttreten, Kündigung]

- (1) Die Änderungen des Vertrages vom 01.06.2008 treten am 01.11.2010 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Kalenderhalbjahr gekündigt werden.
- (3) 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.
- (4) 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 § 137f 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.
- (5) 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.
- (6) Kommt eine Einigung über die vorzunehmenden Änderungen nicht zustande, kann der Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.
- (7) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Als wichtige Gründe gelten insbesondere Gesetzesänderungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörde gegenüber der AOK.

§ 26 [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.

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** nicht belegt
- 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
- Anlage 12** besondere Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen [noch zu vereinbaren]
- Anlage 13** besondere Wirtschaftlichkeitsanforderungen [noch zu vereinbaren]
- Anlage 14** Informationen und Auskünfte an die AOK [noch zu vereinbaren]
- Anlage 15** Erkrankungen, bei denen zur Prüfung, ob eine Krankenhauseinweisung erforderlich ist, ein qualifizierter Facharzt einzuschalten ist [noch zu vereinbaren]