

**A M T L I C H E**  
**B E K A N N T M A C H U N G E N**

**Vereinbarung**  
**zur**  
**Hausarztzentrierten Versorgung**  
**gemäß § 73 b SGB V**  
**i. V. m. §§ 140a ff. SGB V**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
(im Folgenden KV Nordrhein genannt)

und

der AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse  
dem Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW  
(handelnd für die Betriebskrankenkassen, die ihren  
Beitritt zur Vereinbarung erklären)  
der Innungskrankenkasse Nordrhein  
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW  
der Bundesknappschaft  
(im Folgenden Krankenkassen genannt)

**Präambel**

Der demografische Wandel in der Gesellschaft mit einer Zunahme chronischer und multimorbider Krankheitsbilder stellt eine der größten Herausforderungen der Gesundheitssicherung in der Zukunft dar. Dem Hausarzt kommt bei der Versorgung und Steuerung vor allem schwer erkrankter Menschen eine herausragende Bedeutung zu. Er koordiniert die Inanspruchnahme der differenzierten Versorgungsangebote über alle Versorgungsebenen hinweg und begleitet dabei den Patienten sowohl im medizinischen als auch im psychosozialen Umfeld.

Der Gesetzgeber schafft für die Vertragspartner im Rahmen der §§ 73b und 140a ff. SGB V die Verpflichtung, neue Versorgungsmodelle zu entwickeln. Auf dieser Basis wollen die Vertragspartner die gesetzgeberischen Vorstellungen zur Hausarztzentrierten Versorgung sehr praxisnah umsetzen. Die Vereinbarung ist Einstieg in eine neu strukturierte Vertragssystematik. Ziel ist es, sie zeitnah weiterzuentwickeln bzw. sich an den aktuellen Erkenntnissen der Versorgung schwer kranker und alter Menschen zu orientieren.

Der Sicherstellungsauftrag der KV Nordrhein und bestehende Verträge der gesetzlichen Regelversorgung bleiben unberührt. Zugleich regelt diese Vereinbarung die Vergütung von Zusatzleistungen.

**§ 1**

**Gegenstand und Zielsetzung**

(1) Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung und integrierter Behandlungsabläufe im Einzugsgebiet der KV Nordrhein. Diese Vereinbarung soll dazu beitragen, dass durch aufeinander abgestimmte Leistungen

Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung verbessert werden. Wirtschaftlichkeitspotentiale können z. B. im Bereich der Arzneimitteltherapie, durch die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen und vermeidbarer Krankenhausaufenthalte erschlossen werden. Die teilnehmenden Hausärzte übernehmen dabei die Steuerung des Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Patienten. Sie dokumentieren die Behandlungs- und Befunddaten für die Patienten und planen mit dem Patienten die einzelnen Behandlungsschritte und – soweit erforderlich – die Inanspruchnahme anderer Leistungserbringer.

(2) Die Ziele dieser Vereinbarung sollen insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- a) Individuelle Begleitung der teilnehmenden Patienten durch den gesamten Versorgungsprozess
- b) Erkennen von psychosozialen Konfliktfeldern und Weiterleitung zu an der Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten
- c) Einleitung von fachärztlichen Behandlungen durch an der Versorgung teilnehmende Fachärzte aus dem Bereich der Onkologie, der speziellen Schmerztherapie oder der Palliativmedizin
- d) Fallmanagement der ambulanten oder stationären Pflege
- e) Bei notwendigem Krankenhausaufenthalt Einweisung in an der Versorgung teilnehmende Krankenhäuser und – soweit notwendig – Besuch des Patienten im Krankenhaus zur Vorbereitung der ambulanten Weiterbehandlung

(3) Bestandteile dieser Vereinbarung sind:

- Anlage 1 – Patienteneinverständniserklärung
- Anlage 2 – Teilnahmeerklärung Hausärzte
- Anlage 3 – Teilnahmeerklärung Kooperationspartner
- Anlage 4 – Teilnahmeerklärung und Voraussetzungen der fachärztlichen Kooperationspartner
- Anlage 5 – Beitrittserklärung Krankenkassen
- Anlage 6 – Vergütungsvereinbarung Ärzte
- Anlage 7 – Daten- und rechnungsbegleitende Unterlagen für Abrechnungsverfahren und Einzelheiten der Abrechnung (Optional/ noch zu beraten)
- Anlage 8 – Fortbildung für Haus- und Fachärzte
- Anlage 9 – Dokumentationsverfahren
- Anlage 10 – Arzneimittelliste
- Anlage 11 – Behandlungsleitlinien
- Anlage 12 – Netzwerkmanagement

**§ 2**

**Geltungsbereich**

Diese Vereinbarung gilt

- a) für die vertragschließenden bzw. beitretenden Krankenkassen, im Folgenden Krankenkassen genannt

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- b) für die beitretenden Hausärzte mit Sitz im Bezirk der KV Nordrhein, die die Anforderungen nach §§ 4a und 5a dieser Vereinbarung erfüllen, im Folgenden Hausärzte genannt
- c) für die beitretenden Schmerztherapeuten, Onkologen und Palliativmediziner, die die Anforderungen nach §§ 4b und 5b dieser Vereinbarung erfüllen

## § 3

### Kooperationsvereinbarungen

- (1) Sonstige Fachärzte, Krankenhäuser, Pflege- und Reha-Einrichtungen, Apotheken, Heilmittelerbringer sowie Hilfsmittellieferanten und Krankentransport-Unternehmen können dieser Vereinbarung beitreten. Ihre Leistungen sind in besonderen Kooperationsvereinbarungen (Anlagen zum Vertrag) festzulegen.
- (2) Die Einbindung von Kooperationspartnern ist nur gemeinschaftlich und einstimmig durch die vertragsschließenden Parteien möglich.
- (3) Der Grundsatz, dass nur Zusatzleistungen und nicht gesetzliche bzw. in anderen Verträgen geregelte Leistungen Bestandteil dieser Vereinbarung sein können, gilt für Kooperationsvereinbarungen entsprechend.

## § 4a

### Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte

- (1) Die Teilnahme der Hausärzte an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte, die die in § 5a genannten Anforderungen erfüllen.
- (2) Die Teilnahme ist bei der KV Nordrhein schriftlich zu beantragen (Anlage 2). Mit dem Antrag ist der Nachweis der besonderen Anforderungen gemäß § 5a zu führen. Gleichzeitig werden mit dem Antrag die Inhalte dieser Vereinbarung akzeptiert und die KV Nordrhein mit der Durchführung dieser Vereinbarung, insbesondere der Abrechnung der Zusatzvergütung (§ 12), beauftragt.

Über die Teilnahme der Hausärzte an der Vereinbarung entscheidet die KV Nordrhein im Auftrag der teilnehmenden Krankenkassen mit Wirkung für die Zukunft. Über die Entscheidung erhält der Hausarzt eine schriftliche Mitteilung, in der der Beginn der Vertragsteilnahme festgelegt wird. Die KV Nordrhein informiert die Krankenkassen über ihre Entscheidungen fortlaufend (§ 11).

- (3) Der Hausarzt kann seine Teilnahme an der Vereinbarung gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des

Quartals und bedarf der Schriftform. Im Falle der Beendigung seiner Teilnahme hat der Hausarzt die KV Nordrhein und die bei ihm eingeschriebenen Patienten in neutraler Form zu informieren.

## § 4b

### Teilnahmevoraussetzungen der beitretenden Fachärzte

Die Teilnahmevoraussetzungen für Fachärzte ergeben sich aus Anlage 4.

## § 5a

### Qualitätsanforderungen der beitretenden Hausärzte

- (1) Die Hausärzte erfüllen nach § 4a Abs. 2 die Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung sowie die Anforderungen der §§ 135 Abs. 2, 135a, 136a SGB V. Evidenzbasierte Medizin und Versorgungsleitlinien (ÄZQ, DEGAM, DEGIM etc.) werden im Sinne dieser Vereinbarung angewandt.
- (2) Zu den persönlichen Qualitätsanforderungen gehören:
  - a) Mindestens viermal jährlich verbindliche Teilnahme an einem regelmäßigen Qualitätszirkel mit dem Ziel des kontinuierlichen Austausches über die Therapie in der Versorgungsgemeinschaft. Die Inhalte der Qualitätszirkel sollen vom Beirat (§ 16) empfohlen und die Umsetzung unter Mitwirkung eines medizinischen Qualitätszirkelmoderators begleitet werden. Die Teilnahmedokumentation und -kontrolle ist durch die KV Nordrhein sicherzustellen.
  - b) Qualitätszirkel sollen insbesondere berücksichtigen:
    - Patientenzentrierte Gesprächsführung
    - Psychosomatische Grundversorgung
    - Palliativmedizin
    - Schmerztherapie
    - Ambulante Geriatrie und Onkologie
    - Psychosoziale Betreuung
    - Nutzung der Daten aus der Pharmakotherapieberatung sowie der Daten aus den DMP-Feedback-Berichten zur Optimierung der Arzneimitteltherapie
  - c) Alternativ nimmt der Hausarzt in gleicher Häufigkeit an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen teil, die die vorgenannten Themenkomplexe abdecken.
  - d) Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements, das den Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 a SGB V entspricht.  
Dazu gehören aus dem Bereich Patientenversorgung mit Ausrichtung an medizinischen Standards und Leitlinien:

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung
- Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis
- Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderliche Anpassung der Maßnahmen
- Innerhalb eines Zeitraumes von längstens zwei Jahren sind die Maßnahmen, die der Planung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dienen, gegenüber der KV Nordrhein nachvollziehbar von den Vertragsärzten zu dokumentieren

(3) Zu den Qualitätsanforderungen der Praxisausübung gehören:

- a) Ein Praxis-EDV-System, das insbesondere die elektronische Führung der Patientenakten und die Speicherung der Befunddaten sicherstellt sowie ein Einbestellungssystem (Termine zu den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfterminen) unterstützt
- b) Terminvereinbarung in der Praxis bei dringlicher Überweisung zum Facharzt oder Einweisung ins Krankenhaus etc.
- c) Vorhaltung einer apparativen Mindestausstattung (EKG, Akutlabor, Lungenfunktionstest – ggf. in Kooperation mit anderen Praxen)
- d) Zeitnaher Befundaustausch mit den an der Behandlung des Patienten beteiligten Leistungserbringern, spätestens zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des weiterbehandelnden Leistungserbringers (ggf. durch Mitgabe der Befunde)
- e) Sicherstellung der besonderen Betreuung für die an der Vereinbarung teilnehmenden Patienten auch außerhalb der regulären Sprechstunden
- f) Soweit möglich Teilnahme an den DMP-Programmen (ausgenommen sind Kinder- und Jugendärzte, solange noch keine entsprechenden Programme existieren)

Die beigetretenen Ärzte stellen zeitlich sicher, dass sie in ausreichendem Umfang für die Betreuung der teilnehmenden Patienten persönlich zur Verfügung stehen.

(4) Hausärzte, die ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung erklären und die zu Beginn noch nicht alle persönlichen und sachlichen Qualitätsanforderungen erfüllen, müssen diese bis 31.12.2005 und die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136a SGB V geforderten Nachweise spätestens bis 31.12.2006 gegenüber der KV Nordrhein vorlegen. Die KV Nordrhein prüft die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln bzw. Fallkonferenzen und/oder Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. Werden die Nachweise bis zum Abschluss der Frist nicht geführt, scheidet der Hausarzt aus der Vereinbarung aus. Dies gilt nicht, wenn die

Umstände der fehlenden Nachweise auf Fakten beruhen, die der Hausarzt nicht zu vertreten hat. In diesem Fall kann die KV Nordrhein die Frist im Einvernehmen mit den Krankenkassen um längstens 6 Monate verlängern.

## § 5b

### Qualitätsanforderungen der beitretenden Fachärzte

Die Qualitätsanforderungen für Fachärzte ergeben sich aus Anlage 4.

## § 6

### Teilnahmevoraussetzungen für Patienten

- (1) Es können an der Vereinbarung teilnehmen:
  - a) Patienten mit Anerkennung ab der Pflegestufe II
  - b) Multimorbide Patienten mit mind. drei chronischen Grunderkrankungen, bei denen eine der Gebührenordnungsnummern 03001, 03002, 03210, 03211, 04001, 04002, 04210 oder 04211 zur Abrechnung kommt.
  - c) Patienten mit der Hauptdiagnose „Bösartige Neubildung“ (ICD 10 Verschlüsselung C00-C97), soweit für die Hauptdiagnose kein DMP in Nordrhein existiert.

Die vertragschließenden Parteien können durch Vereinbarungen zu diesem Vertrag den Kreis der teilnahmeberechtigten Patienten ergänzen.

- (2) Voraussetzung für die Teilnahme eines Patienten ist dessen Einverständniserklärung (Anlage 1). Der Patient wählt mit seiner Einschreibung den betreuenden Hausarzt. Der Hausarzt bestätigt das Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 1.

Die Teilnahme des Patienten beginnt mit dem Tag der Einschreibung in der Arztpraxis.

Die Einverständniserklärung des Patienten ist vom einschreibenden Arzt innerhalb einer Woche an die KV Nordrhein weiterzuleiten.

- (3) Der Patient kann seine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse aus der Hausarztzentrierten Versorgung aus. Die Krankenkasse informiert den Hausarzt und die KV Nordrhein über das Ausscheiden. Eine erneute Einschreibung ist möglich.

Die Teilnahme des Patienten endet:

- a) mit dem Wechsel zu einer an der Vereinbarung nicht beteiligten Krankenkasse
- b) mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches
- c) mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Krankenkasse

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Eine Kündigung der Teilnahme oder der Wechsel eines Hausarztes innerhalb der Vereinbarung Hausarztzentrierte Versorgung kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gemäß § 9 Abs. 2 zu Beginn des nächsten Quartals vollzogen werden. Eine Fortsetzung der Teilnahme an dieser Vereinbarung ist jedoch nur möglich, wenn dem zuletzt betreuenden Hausarzt der Wechsel schriftlich mitgeteilt wird und die Einschreibeerklärung des künftig betreuenden Hausarztes rechtzeitig vor Quartalsbeginn der KV Nordrhein und der Krankenkasse übermittelt wird.

## § 7

### Teilnahmevoraussetzungen weiterer Krankenkassen

Der Beitritt weiterer Krankenkassen, die nicht im Rubrum genannt bzw. als Betriebskrankenkasse beigetreten sind, ist möglich. Er beginnt vorbehaltlich der Zustimmung des Beirates (§ 16) mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5, frühestens jedoch mit dem Vereinbarungsbeginn. Mit dem Beitritt werden die Inhalte der Vereinbarung akzeptiert.

## § 8a

### Aufgaben der beitretenden Hausärzte

- (1) Der teilnehmende Hausarzt verpflichtet sich:
  - a) beitriftsberechtigte Patienten der teilnehmenden Krankenkassen über den Inhalt und die Ziele der Vereinbarung zur Hausarztzentrierten Versorgung und die sich daraus ergebenden Vorteile zu informieren und sie zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung zu motivieren
  - b) die Patienten einzuschreiben und die hierfür erforderlichen Unterlagen entgegenzunehmen, entsprechend den vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen weiterzuleiten und aufzubewahren sowie die nach dieser Vereinbarung geforderten Unterlagen und Dokumentationen innerhalb der bestimmten Fristen und in den genannten Formaten der KV Nordrhein zuzuleiten. Veränderungen des Teilnahmestatus sind der KV Nordrhein unverzüglich mitzuteilen
  - c) die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen vorzunehmen. Dabei soll der Behandlungsablauf, insbesondere bei Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer und Versorgungsebenen, koordiniert werden. Der Hausarzt betreut und berät seine Patienten, indem er Behandlungsschritte koordiniert
  - d) die Dokumentation durchzuführen, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aller beteiligten Leistungserbringer und Versorgungsebenen
- e) auf Rehabilitationsbedarf zu achten und erforderliche weitere Schritte einzuleiten
- (2) Der teilnehmende Hausarzt bezieht die weiter- oder mitbehandelnden Leistungserbringer leitliniengemäß in die Behandlung mit ein.
- (3) Bei erforderlichen Operationen prüft der Hausarzt unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen, ob ambulante Operationen möglich sind, um diese ggf. zu empfehlen.
- (4) Die teilnehmenden Hausärzte nehmen erforderliche Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung gezielt unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen bzw. der Bedürfnisse der Patienten vor. Sind Krankenhäuser dieser Vereinbarung beigetreten, weisen die Ärzte die Patienten vorrangig in diese Krankenhäuser ein.
- (5) Die teilnehmenden Hausärzte erklären sich bereit – soweit sinnvoll – von ihnen eingeschriebene Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes in der Region zu besuchen und den Behandlungsverlauf – insbesondere die Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung – mit den Krankenhausärzten unter Mitwirkung des Patienten zu besprechen.
- (6) Die Arzneimittelverordnungen richten sich nach dem medizinisch Notwendigen unter Berücksichtigung qualitativer und ökonomischer Grundsätze. Die Vertragspartner stimmen erstmalig zum 30.06.2005 eine Empfehlungsliste (Anlage 10) der zu verordnenden Medikamente ab, beginnend mit den 20 am häufigsten verordneten Wirkstoffen (s. WIdO, ZI, Schwabe). Die Liste ist regelmäßig durch die Vertragspartner zu aktualisieren und zu erweitern. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich, nach Aufforderung an der Pharmakotherapieberatung im Bereich der KV Nordrhein teilzunehmen.

## § 8b

### Aufgaben der beitretenden Fachärzte

Die Aufgaben für Fachärzte ergeben sich aus Anlage 4.

## § 9

### Pflichten der teilnehmenden Patienten

- (1) Die teilnehmenden Patienten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen; keiner Überweisung bedarf das unmittelbare Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen. Die teilnehmenden Pa-

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

tienten sollten eine Krankenhausbehandlung – von Notfällen abgesehen – nur auf Einweisung des Hausarztes oder des auf Überweisung konsultierten Facharztes in Anspruch nehmen. Bei Notfällen oder urlaubsbedingter Abwesenheit des behandelnden Hausarztes wird empfohlen, grundsätzlich einen Hausarzt in Anspruch zu nehmen, der ebenfalls an diesem Vertrag teilnimmt.

- (2) Der behandelnde Hausarzt darf nur aus wichtigem Grund gewechselt werden. Als wichtiger Grund gilt insbesondere:
  - a) Umzug
  - b) Gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt.

## § 10 Ausschreibung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich zur inhaltlich abgestimmten Ausschreibung der Vereinbarung.
- (2) Die KV Nordrhein schreibt die Teilnahmemöglichkeit an der Vereinbarung nach Abstimmung mit den Vertragspartnern in der KVNo aktuell aus.
- (3) Die Krankenkassen informieren ihre Mitglieder über die ihnen zur Verfügung stehenden Medien über die Möglichkeiten der Teilnahme und über die Inhalte der Hausarztzentrierten Versorgung.

## § 11 Verzeichnisse der Ärzte und Patienten

- (1) Über die teilnehmenden und die ausgeschiedenen Ärzte führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Die KV Nordrhein stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses den Verbänden der Krankenkassen und beigetretenen Krankenkassen monatlich in elektronischer Form entsprechend zur Verfügung (Anlage 7).
- (2) Über die teilnehmenden und die ausgeschiedenen Patienten führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis je Krankenkasse. Die KV Nordrhein stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses den Verbänden der Krankenkassen und den beigetretenen Krankenkassen monatlich in elektronischer Form entsprechend zur Verfügung (Anlage 7). Die KV Nordrhein bereinigt das Verzeichnis (z. B. Mehrfacheinschreibung).

## § 12 Vergütungen

- (1) Die vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Patienten werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen mit der KV Nordrhein vergütet, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

- (2) Für die Information, Beratung und Einschreibung eines Patienten erhält der Hausarzt eine einmalige Einschreibepauschale von 20,00 EUR, die über die Pseudoziffer 92100 abgerechnet wird.

- (3) Für die Ausgestaltung des besonderen hausärztlichen Versorgungsgeschehens bei eingeschriebenen Patienten erhält der Hausarzt pro Quartal eine Betreuungspauschale in Höhe von 8,00 EUR. Die Betreuungspauschale ist abrechnungsfähig, wenn in einem Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat; sie wird über die Pseudoziffer 92101 abgerechnet.

- (4) Für die notwendige Betreuung der eingeschriebenen Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten und am Wochenende bei absehbar schwierigem Krankheitsbild und Krankheitsverlauf erhält der Hausarzt je angefallenen Einsatz einen Pauschalzuschlag auf die Abrechnungsziffern 01411 und 01412 EBM 2000plus in Höhe von 35,00 EUR. Dieser Zuschlag wird über die Pseudoziffer 92102 abgerechnet und ist je Patient max. dreimal p. a. abrechnungsfähig, darüber hinaus nur nach Genehmigung der Krankenkasse. Ausgenommen von dieser Begrenzung ist die Betreuung von Patienten mit externer Medikamentenpumpe.

- (5) Für die besondere Betreuung der eingeschriebenen Patienten im persönlichen Kontakt während eines Krankenhausaufenthaltes und den laufenden Austausch mit dem behandelnden Krankenhausarzt erhält der Hausarzt eine Überleitungspauschale von 40,00 EUR. Voraussetzung ist, dass der Hausarzt den Patienten mindestens einmal unmittelbar vor der Entlassung aus der stationären Behandlung (max. 1 Woche) persönlich besucht und die Überleitung in die ambulante Versorgung mit dem behandelnden Krankenhausarzt abstimmt. Die Pauschale wird über die Pseudoziffer 92103 abgerechnet. Diese Ziffer ist je Patient max. dreimal während der Vertragslaufzeit (bis 31.12.2006) und nur einmal je Krankenhausaufenthalt abrechnungsfähig.

- (6) Wird auf Veranlassung des Hausarztes ein nach § 2 Buchstabe c beitreter Facharzt tätig, kann dieser für die Betreuung des eingeschriebenen Patienten eine Mitbetreuungspauschale von 8,00 EUR je Quartal abrechnen. Die Mitbetreuungspauschale ist abrechnungsfähig, wenn in einem Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auf Überweisung des Hausarztes stattgefunden hat. Die Abrechnung erfolgt über die Pseudoziffer 92104.

- (7) Die unter Abs. 2 bis 6 genannten Vergütungspauschalen sollen die teilnehmenden Ärzte als Zusatzvergütung aus den Mitteln der Integrierten Versorgung erhalten (Anlage 6).

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

## § 13 Evaluation

- (1) Die Vertragsparteien vereinbaren die Entwicklung eines Evaluationskonzeptes mit Wirtschaftlichkeitsanalysen anhand von Controllingdaten und Patientenzufriedenheitsanalysen bis zum 31.12.2005 (Anlage 9). Um aussagefähige Ergebnisse zu erhalten, beinhaltet die Auswertung sowohl die erbrachten ärztlichen Leistungen als auch die verordneten Leistungen.
- (2) Über die Ausgestaltung der Evaluation treffen die Vertragspartner eine einvernehmliche Regelung. Hierbei sind bereits von den Krankenkassen aufgebaute Strukturen / Evaluationskonzepte zu berücksichtigen und einzubinden. Die Kosten sind Aufwendungen des Integrationsvertrages im Rahmen der §§ 140a ff. SGB V und § 12 Abs. 7 dieser Vereinbarung.

## § 14 Datenschutz

Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die ärztliche Schweigepflicht zu beachten.

## § 15 Disease-Management-Programme (DMP) und Integrationsverträge (IGV)

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, den Patienten sowohl über die für ihn geeigneten Integrationsmodelle der am Vertrag beteiligten Krankenkassen als auch über die in Frage kommenden Disease-Management-Programme zu informieren, und motivieren zur Teilnahme.
- (2) Sofern durch Änderungen in der Risikostrukturausgleichsverordnung Überschneidungen zwischen den medizinischen Inhalten des DMP und der integrierten Versorgung entstehen, ist das DMP vorrangig und die integrierte Versorgungsform von den Vertragspartnern entsprechend zu modifizieren (vgl. § 18 Abs. 5), so dass Kompatibilität gewährleistet bleibt.

## § 16 Zusammenarbeit

- (1) Die Begleitung der Hausarztzentrierten Versorgung wird einem Beirat übertragen. Der Beirat strebt einvernehmliche Lösungen an.
- (2) Dem Beirat gehören vier Vertreter der KV Nordrhein und vier der Krankenkassen an. Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Über

die Sitzverteilung auf Krankenkassenseite verständigen sich die Krankenkassen. Für die Mitglieder sind Stellvertreter in gleicher Anzahl zu benennen.

- (3) Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Beirat einzuberufen.
- (4) Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (5) Der Beirat entscheidet mehrheitlich über den Beitritt weiterer Vertragspartner.
- (6) Der Beirat hat insbesondere zu beraten über:
  - a) den Leistungsumfang
  - b) die Einhaltung und Weiterentwicklung der in dieser Vereinbarung festgelegten Qualitätsanforderungen
  - c) die Vertragsauslegung und die Weiterentwicklungen
  - d) die Vergütungsentwicklung
  - e) die Evaluation
  - f) die ökonomischen und medizinischen Entwicklungen unter Beachtung der Zielsetzung
  - g) die Voraussetzungen für die Teilnahme von Kooperationspartnern nach § 3

Wesentliche Bestandteile dieser Vereinbarung können die Vertragspartner nur gemeinschaftlich verändern bzw. anpassen. Der Beirat kann hierzu Empfehlungen abgeben.

## § 17 Vertragsverletzungen

- (1) Verstößt ein Leistungserbringer gegen gesetzliche oder berufsrechtliche Verpflichtungen oder gegen die Inhalte dieser Vereinbarung, können neben möglichen gesetzlichen oder berufsrechtlichen Maßnahmen folgende Maßnahmen ergriffen werden:
  - a) Aufforderung durch die KV Nordrhein, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten
  - b) Keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Pauschalen gemäß § 12
  - c) Widerruf der Teilnahme und der Abrechnungsgenehmigung.
- (2) Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen bleibt unberührt
- (3) Aus besonderem Grund ist der Ausschluss von Versicherten möglich. Der Beirat bestimmt die besonderen Gründe.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

## § 18 Inkrafttreten / Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 01.06.2005 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung gilt zunächst bis zum 31.12.2006. Die Laufzeit verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern nicht gemäß Abs. 3 von einer der Vertragsparteien gekündigt wird.
- (3) Die Vereinbarung kann unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum 30. Juni bzw. 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden.
- (4) Die Kündigung dieser Vereinbarung durch einzelne Vertragspartner ist möglich. In diesem Fall behält die Vereinbarung für die übrigen Vertragspartner weiterhin ihre Gültigkeit, es sei denn, durch die Kündigung des Vertragspartners entfällt die Geschäftsgrundlage dieser Vereinbarung.
- (5) Der Verordnungsgeber hat zur Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) vorgesehen. Soweit diese Integrationsvereinbarung die medizinische Grundlage eines Behandlungsprogrammes tangiert, sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen dieses Vertrages, die infolge einer Risikostrukturausgleichsverordnung, 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 Frist oder zu den vorgesehenen Stichtagen vorgenommen werden können. Kommt eine Einigung über die vorzunehmende Änderung nicht zustande, kann der Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.
- (6) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieser Vereinbarung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt.

## § 19 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder die Vereinbarung unvollständig sein, so wird die Vereinbarung in ihren 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.

## Vertrag

zwischen der  
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo)  
und dem  
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. /  
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.  
vertreten durch die Landesvertretung NRW  
(VdAK/AEV)

handelnd für ihre beigetretenen Mitgliedskassen

## über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

**durch teilnehmende Hausärzte für Versicherte  
der Ersatzkassen**

### Präambel

Die hausärztliche Versorgung stellt einen unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems dar. Für zahlreiche Patientenprobleme bedeutet der Weg über den Hausarzt die zweckmäßige und wirtschaftliche Form des Umgangs mit der Erkrankung. Der Hausarzt kann zur Steuerung des Versorgungsgeschehens einen bedeutenden Beitrag leisten, indem er den Patienten bei der Inanspruchnahme der differenzierten Versorgungsangebote des Systems begleitet und durch fachlichen Austausch mit anderen Leistungserbringern eine verbesserte Koordination der Versorgung gewährleistet.

Die Vertragspartner wollen vor diesem Hintergrund die gesetzgeberischen Bemühungen zur Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung mit eigenen Aktivitäten unterstützen. Sie erklären ihre Absicht, mit diesem Vertrag hausarztzentrierte Versorgungsstrukturen im Bereich der KV Nordrhein schrittweise umzusetzen.

## § 1 Ziele des Vertrages

- (1) Ziel dieses Vertrages ist die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage des § 73b Abs. 2 SGB V. Sie erfolgt vorbehaltlich einer gesamtvertraglichen Regelung nach § 73b Abs. 3 SGB V. Über eine Einschreibung von Versicherten bei besonders qualifizierten Hausärzten sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöht werden. Die Partner dieses Vertrages gehen davon