

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

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

aus, dass durch die Koordinierung der Behandlung durch den Hausarzt eine Verbesserung der Versorgungsqualität erzielbar ist. Wirtschaftlichkeitsreserven können durch eine rationale Pharmakotherapie, die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen und nicht erforderliche Krankenhauseinweisungen erschlossen werden.

- (2) Die teilnehmenden Hausärzte übernehmen die Steuerungsverantwortung für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten. Sie sammeln die Behandlungs- und Befunddaten für die Patienten und planen mit dem Patienten die Behandlung und – soweit erforderlich – die Inanspruchnahme anderer Leistungserbringer. Damit wird durch die Steuerungsfunktion des Hausarztes eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten erreicht.
- (3) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Hiervon ausgenommen sind Augen- und Frauenärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten, psychotherapeutisch tätige Ärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die für eine genehmigte Psychotherapie ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Dieser Vertrag lässt im Übrigen die hausärztliche Versorgungstätigkeit der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin unberührt. Bei Notfällen oder bei urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Hausarztes soll grundsätzlich ein niedergelassener Hausarzt in Anspruch genommen werden. Dieser sollte möglichst ebenfalls an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Die teilnehmenden Versicherten sollen eine Krankenhausbehandlung nur auf Einweisung des Hausarztes oder des auf Überweisung in Anspruch genommenen Facharztes in Anspruch nehmen. Aufgrund der damit verbundenen Steuerungseffekte und den daraus zu erwartenden Wirtschaftlichkeitseffekten kann den teilnehmenden Versicherten durch ihre Ersatzkasse ein Bonus gewährt werden.
- (4) Die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen dieses Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung werden durch eine Evaluation begleitet.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für
 - zugelassene Hausärzte, die die Qualitätsanforderungen nach § 4 dieses Vertrages erfüllen, und Gemeinschaften dieser Hausärzte sowie

- Hausärzte in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen nach § 4 dieses Vertrages gewährleisten (im Folgenden zusammengefasst als Hausärzte bezeichnet).

- (2) Weiter gilt der Vertrag für Versicherte der beigetretenen Ersatzkassen (Anlage 1). Für die Teilnahme ist eine Einschreibung bei einem teilnehmenden Hausarzt, der in Nordrhein für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist, erforderlich.
- (3) Versorgungsregion ist der Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

§ 3

Teilnahme von Hausärzten

- (1) Die Teilnahme der Hausärzte an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte, die die in § 4 dieses Vertrages genannten besonderen persönlichen und sächlichen Qualitätsanforderungen erfüllen.
- (3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist bei der KV Nordrhein schriftlich zu beantragen (Anlage 2). Mit dem Antrag ist der Nachweis der besonderen Anforderungen gemäß § 4 dieses Vertrages zu führen. Gleichzeitig werden mit dem Antrag die Inhalte dieses Vertrages akzeptiert und die KV Nordrhein mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere der Abrechnung der Zusatzvergütungen nach § 14 dieses Vertrages auf Basis der für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gültigen Vorgaben, beauftragt. Der VdAK/AEV erhält auf Wunsch Einsicht in die eingegangenen Anträge.
- (4) Über die Teilnahme des Hausarztes entscheidet die KV Nordrhein im Auftrag der beigetretenen Ersatzkassen. Über die Entscheidung erhält der Hausarzt eine schriftliche Mitteilung, in welcher der Beginn der Vertragsteilnahme festgelegt wird.

§ 4

Qualitätsanforderungen

- (1) Zu den persönlichen Qualitätsanforderungen gehören:
 - Kontinuierliche Teilnahme an einem von der KV Nordrhein oder der Ärztekammer anerkannten Qualitätszirkel (vier- bis sechsmal pro Jahr), in dem an Fallbeispielen festgestellte Koordinationsmängel thematisiert und Vorschläge zur Optimierung

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

der Prozesssteuerung und der Arzneimitteltherapie erarbeitet werden.

- Die Teilnehmer des Qualitätszirkels nutzen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie alle verfügbaren Daten, insbesondere aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2a SGB V, der Pharmakotherapieberatung und den DMP-Feedback-Berichten. Die KV Nordrhein stellt diese Daten den Qualitätszirkeln zur Verfügung.
 - Strukturierte hausärztliche Fortbildung im Rahmen von Qualitätszirkeln mit besonderer Berücksichtigung von patientenzentrierter Gesprächsführung, psychosomatischer Grundversorgung, Palliativmedizin, Schmerztherapie und ambulanter Geriatrie und/oder alternativ Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen, die vorgenannte Themenkomplexe abdecken.
 - Einsatz evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien für die hausärztliche Praxis gemäß Anlage 3, die entsprechend dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse weiterentwickelt und ergänzt werden.
 - Einführung eines internen Qualitätsmanagements einschließlich Praxisassessments mit Dokumentation weniger, aber aussagekräftiger Qualitätsindikatoren inklusive Erwerb eines Zertifikats durch eine von den Vertragspartnern gemeinsam anerkannte Stelle (siehe Anlage 6).
- (2) Zu den sächlichen Qualitätsanforderungen gehören:
- Ein Praxis-DV-System, das insbesondere die elektronische Führung der Patientenakten und die Speicherung der Befunddaten sicherstellt sowie ein Einbestellsystem (Termine zu den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen) unterstützt. Diese Voraussetzung muss bis zum 31.12.2005 erfüllt sein.
 - Vorhaltung einer apparativen Mindestausstattung (EKG und Akutlabor sowie Lungenfunktionstest – Letzteres gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Praxen).
- (3) Hausärzte, die eine Teilnahme an diesem Vertrag erklären und die zu Beginn noch nicht alle persönlichen Qualitätsanforderungen erfüllen, müssen die Anmeldung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems innerhalb von 3 Monaten gegenüber der KV Nordrhein nachweisen. Die Teilnahme an einem Qualitätszirkel ist binnen drei Monaten gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.

§ 5

Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

- (1) Der teilnehmende Hausarzt verpflichtet sich,
- Versicherte der beigetretenen Ersatzkassen über den Inhalt und die Ziele des Vertrages zur haus-

arztzentrierten Versorgung und die sich daraus ergebenden Vorteile zu informieren,

- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen vorzunehmen,
 - die Dokumentation durchzuführen, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
 - präventive Leistungen einzuleiten oder durchzuführen. Präventionsangebote der beigetretenen Ersatzkassen sind zu berücksichtigen,
 - auf Rehabilitationsbedarf zu achten und erforderliche weitere Schritte einzuleiten.
- (2) Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich, im Rahmen der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln
- die in den Leitlinien genannten Wirkstoffe zu beachten, soweit sie vorhanden sind,
 - insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und auf eine Auswahl aus den preisgünstigsten Mitteln zu achten.
- (3) Der teilnehmende Hausarzt bezieht die weiter- oder mitbehandelnde Facharztbene leitliniengerecht mit ein.
- (4) Bei erforderlichen Operationen prüft der Hausarzt unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen, ob eine ambulante Operation möglich ist.
- (5) Die teilnehmenden Hausärzte nehmen erforderliche Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung gezielt unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen vor. Die Ersatzkassen liefern dafür geeignete Informationen.
- (6) Die teilnehmenden Hausärzte erklären sich unter Servicegesichtspunkten bereit, für eingeschriebene Ersatzkassen-Versicherte
- bei vorab vereinbarten Terminen die Wartezeit auf grundsätzlich maximal 30 Minuten zu begrenzen (bei Auftreten von Notfällen sind diese bevorzugt zu behandeln) und
 - geeignete Termine für Berufstätige außerhalb der üblichen Sprechstunden anzubieten.
- (7) Im Falle der Beendigung seiner Teilnahme hat der Hausarzt die KV Nordrhein sowie die bei ihm eingeschriebenen Patienten zu informieren.
- (8) Der Hausarzt verpflichtet sich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten innerhalb von einer Woche an die KV Nordrhein zu übermitteln.

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

§ 6 Ausschreibung

Die KV Nordrhein schreibt das Vorhaben im Auftrag der beigetretenen Ersatzkassen in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Projektziele, persönlichen und sächlichen Qualitätsanforderungen und weiterer Aufgaben für interessierte Hausärzte aus.

§ 7 Verzeichnis der Hausärzte

Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte nach § 2 dieses Vertrages führt die KV Nordrhein im Auftrag der beigetretenen Ersatzkassen jeweils ein Verzeichnis. Die KV Nordrhein stellt die aktuellen Fassungen dieser Verzeichnisse den Verbänden der Ersatzkassen und ihren Mitgliedschaften monatlich, bei Bedarf häufiger, in elektronischer Form entsprechend Anlage 4 zur Verfügung.

§ 8 Vertragsverletzungen

Verstößt der teilnehmende Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, können folgende Maßnahmen veranlasst werden:

- Aufforderung durch die KV Nordrhein, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
- Keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Pauschalen nach § 14 dieses Vertrages,
- Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.

§ 9 Teilnahme von Versicherten

(1) Versicherte der Ersatzkassen können nach Vollendung des 18. Lebensjahres auf freiwilliger Basis an der hausarztzentrierten Versorgung entsprechend dieses Vertrages teilnehmen, sofern sie durch schriftliche Erklärung (Anlage 5) die Regeln dieses Vertrages akzeptieren und einen teilnehmenden Hausarzt wählen (Einschreibung).

Die Erklärung erfolgt gegenüber dem Hausarzt, der die Erklärung wöchentlich an die KV Nordrhein zur Übermittlung an die jeweilige Ersatzkasse weiterleitet. Der Versicherte erhält eine mit dem Arztstempel versehene Kopie der Erklärung für seine Unterlagen.

- (2) Einschreibungen können bei jeder persönlichen Inanspruchnahme erfolgen.
- (3) Mit der Einschreibung wird der betreuende Hausarzt gewählt. Diese Wahlentscheidung kann bei Vor-

liegen eines wichtigen Grundes gemäß § 11 Abs. 2 dieses Vertrages gegenüber dem betreuenden Hausarzt unverzüglich geändert werden. Eine Fortsetzung der Teilnahme an diesem Vertrag ist nur möglich, wenn der Versicherte unverzüglich einen neuen Hausarzt wählt, der ebenfalls an diesem Vertrag teilnimmt und dieser die Einschreibeerklärung rechtzeitig vor Quartalsbeginn der KV Nordrhein übermittelt.

(4) Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet zum Ende des dann laufenden Quartals aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Im Übrigen gilt eine Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende.

(5) Die Teilnahme eines Versicherten endet mit Beendigung der Teilnahmeberechtigung oder dem Ende der Mitgliedschaft in der Ersatzkasse.

(6) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den Hausarzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus der hausarztzentrierten Versorgung.

(7) Eine erneute Einschreibung ist jederzeit möglich.

§ 10 Information der Versicherten

Die beigetretenen Ersatzkassen informieren ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung. Dabei wird insbesondere informiert über

- die Inhalte und Ziele des Vertrages,
- die teilnehmenden Hausärzte,
- die Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung und
- die vereinbarten besonderen persönlichen und sächlichen Qualitätsanforderungen an die teilnehmenden Hausärzte.

§ 11 Rechte und Pflichten der teilnehmenden Versicherten

(1) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen.

Hiervon ausgenommen sind Augen- und Frauenärzte sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, die bei genehmigten Psychotherapien ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Bei Notfällen oder bei urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Hausarztes soll grundsätzlich ein niedergelassener Hausarzt in Anspruch

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

genommen werden. Dieser sollte möglichst ebenfalls an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Die teilnehmenden Versicherten sollen eine Krankenhausbehandlung nur auf Verordnung des Hausarztes oder des auf Überweisung in Anspruch genommenen Facharztes in Anspruch nehmen.

(2) Der gewählte Hausarzt soll nur aus wichtigem Grund gewechselt werden. Als wichtiger Grund gilt insbesondere

- Umzug,
- gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt.

(3) Verstößt der Versicherte gegen die Verpflichtung gemäß § 11 Abs. 1 dieses Vertrages, kann die Ersatzkasse eine der folgenden Maßnahmen aussprechen:

- Schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
- Beendigung der Teilnahmeberechtigung.

§ 12 Versichertenverzeichnis

Die beigetretenen Ersatzkassen übermitteln der KV Nordrhein jeweils bis zum 10. des zweiten Monats nach Quartalsende eine Liste mit den Krankenversicherungsnummern für die eingeschriebenen Versicherten in elektronischer Form zu Abrechnungszwecken.

§ 13 Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und des jeweils gültigen Honorarverteilungsvertrages. Zusätzliche Honoraransprüche für vertragsärztliche Leistungen entstehen vorbehaltlich § 14 dieses Vertrages nicht.

§ 14 Zusatzvergütungen

(1) Für die Information, Beratung und Einschreibung im Rahmen der Einschreibung eines Versicherten erhält der Hausarzt eine Vergütung in Höhe von 9,00 EUR. Die Abrechnung erfolgt über die Pseudo-Ziffer 92001.

(2) Für die Ausgestaltung des hausärztlichen Versorgungsgeschehens bei eingeschriebenen Patienten erhält der Hausarzt erstmals im Folgequartal nach Einschreibung eine Steuerungs pauschale in Höhe von 9,00 EUR. Die Steuerungs pauschale wird fällig, soweit in einem Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt.

Die Abrechnung erfolgt über die Pseudo-Ziffer 92002.

(3) Die Vergütung der vorgenannten Pauschalen erfolgt gegenüber der KV Nordrhein außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.

§ 15 Datenschutz

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist sowohl von den am Vertrag teilnehmenden Hausärzten als auch von den Vertragspartnern zu gewährleisten.

§ 16 Evaluation

(1) Die Partner dieses Vertrages stimmen darin überein, dass eine Evaluation zur Ermittlung der medizinischen und finanziellen Auswirkungen dieser neuen Versorgungsform erforderlich ist. Vorgesehen ist die Beauftragung eines externen Instituts. Um aussagefähige Ergebnisse zu erhalten, beinhalten die Auswertungen die erbrachten ärztlichen Leistungen als auch die verordneten Leistungen, insbesondere auch zur Umsetzung der Behandlungsleitlinien. Es ist dabei ein Abgleich mit Zeiträumen vor dem Beginn dieses Vertrages als auch ein direkter Vergleich mit nicht teilnehmenden Hausärzten und Versicherten vorzunehmen.

(2) Die Vertragspartner übernehmen jeweils die Hälfte der Kosten des Controllings. Diese Regelung gilt zunächst bis zum 31.06.2007. Für den darüber hinausgehenden Zeitraum werden die Partner dieses Vertrages rechtzeitig Verhandlungen aufnehmen.

(3) Über Umfang und Ausgestaltung des Controllings treffen die Vertragspartner bis zum 30.09.2005 eine entsprechende Vereinbarung.

(4) Die KV Nordrhein beruft eine Arbeitsgruppe, die Ende 2005 eine Empfehlung zur Strukturierung einer praxisübergreifenden elektronischen Patientenakte für Patienten der strukturierten Behandlungsprogramme unter Einschluss der Arzneimittelverordnungen abgibt. Die Vertragspartner verpflichten sich, die elektronische Patientenakte auf der Grundlage der Empfehlung der Arbeitsgruppe zu erproben und zu optimieren mit dem Ziel, sie allgemein einzuführen. Die Ersatzkassen benennen medizinische Sachverständige, die in der Arbeitsgruppe mitwirken.

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

§ 17

Vernetzung mit Angeboten zur Integrierten Versorgung

Angestrebt wird eine Vernetzung der hausarztzentrierten Versorgung mit den von den Ersatzkassen individuell vereinbarten Verträgen zur Integrierten Versorgung. Der Hausarzt weist auf die Integrationsangebote der Ersatzkassen hin und berücksichtigt sie bei der Behandlungsplanung. Absprachen hierzu erfolgen individuell zwischen den Ersatzkassen und der KV Nordrhein.

§ 18

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann.

In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

§ 19

Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2005 in Kraft und kann frühestens zum 30.06.2007 gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Monate zum Ende eines Kalendervierteljahres.
- (2) Aus wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum 31. Dezember des Jahres gekündigt werden.
- (3) Eine einzelne Ersatzkasse kann mit Ablauf der Laufzeit oder zu einem späteren Zeitpunkt aus dem Vertrag austreten. Die schriftliche Willenserklärung muss mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalschluss erfolgen.
- (4) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

Ausschreibung eines besonderen Versorgungsauftrages

**im Rahmen des Programms zur Früherkennung
von Brustkrebs durch Mammographie-Screening
gem. der Richtlinien des Bundesausschusses
der Ärzte und Krankenkassen über die
Früherkennung von Krebserkrankungen
(„Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“)
und der Anlage 9.2 des BMV-Ä bzw.
EKV für die Screening-Einheit Duisburg,
Kleve, Wesel im Bereich Nordrhein**

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat am 15.12.2003 eine Änderung der Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“) in Abschnitt B Nr. 4 hinsichtlich der Einführung eines Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening beschlossen. Weitere Ausgestaltung findet dieses in der Anlage 9.2 des BMV-Ä bzw. des EKV. Beide Regelwerke sind veröffentlicht im *Deutschen Ärzteblatt*, Heft 4 vom 23. Januar 2004. Daneben sind Änderungen der Anlage 9.2 BMV-Ä bzw. EKV im *Deutschen Ärzteblatt*, Heft 18 vom 6. Mai 2005 veröffentlicht worden.

Diese Ausschreibung richtet sich an nordrheinische Vertragsärzte, die sich um die Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs als sog. Programmverantwortlicher Arzt in der Screening-Einheit Duisburg, Kleve, Wesel bewerben möchten.

Ziel des flächendeckenden Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie ist die möglichst frühe Erkennung und Behandlung von Brustkrebs und damit insgesamt die Verringerung der Sterblichkeit an Brustkrebs.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben eine gemeinsame Einrichtung „Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ („Kooperationsgemeinschaft“) gegründet. Die Kooperationsgemeinschaft organisiert, koordiniert und überwacht die Durchführung der Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms.

Die Kooperationsgemeinschaft soll regionale Untergliederungen („Referenzzentren“) bilden. Die Referenzzentren übernehmen Aufgaben der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sowie der Fortbildung, Betreuung und Beratung der am Früherkennungsprogramm teilnehmenden Ärzte.

Nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien haben Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des