

Kreis Mettmann
Facharzt/-ärztin für Allgemein-
medizin (Einstieg in eine Be-
rufsausübungsgemeinschaft)
Chiffre: 083/2008

Stadt Essen
Facharzt/-ärztin für Haut-
und Geschlechtskrankheiten
Chiffre: 088/2008

Stadt Remscheid
Facharzt/-ärztin für Allgemein-
medizin (Einstieg in eine
Berufsausübungsgemeinschaft)
Chiffre: 091/2008

Stadt Düsseldorf
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: 095/2008

Kreis Wesel
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: 096/2008

Stadt Essen
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: 097/2008

Kreis Viersen
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: 098/2008

Im Bereich Köln

Bewerbungsfrist:
Bis 06.03.2008

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Frauenheilkunde und
Geburtshilfe (Berufsaus-
übungsgemeinschaft)
Chiffre: 045/2008

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für Innere
Medizin -hausärztliche
Versorgung-
(Praxisgemeinschaft)
Chiffre: 049/2008

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für Lungen-
und Bronchialheilkunde
(Berufsausübungsgemein-
schaft)
Chiffre: 050/2008

Bewerbungsfrist:
Bis 13.03.2008

Stadt Köln
Praktische(r) Arzt/Ärztin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 051/2008

Bewerbungsfrist:
Bis 20.03.2008

Oberbergischer Kreis
Facharzt/-ärztin für
Augenheilkunde (Berufsaus-
übungsgemeinschaft)
Chiffre: 046/2008

Kreis Euskirchen
Arzt/Ärztin (Berufsaus-
übungsgemeinschaft)
Chiffre: 047/2008

Im Bereich Köln

Bewerbungsfrist:
Bis 06.03.2008

Stadt Köln
Psychologische(r)
Psychotherapeut(in)
(Praxisgemeinschaft)
Chiffre: P 05/2008

Bewerbungsfrist:
Bis 20.03.2008

Stadt Köln
Psychologische(r) Psycho-
therapeut(in) (Einzelpraxis)
Chiffre: P 03/2008

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Psychotherapeutische Medizin
(Einzelpraxis)
Chiffre: P 04/2008

Vertreterversammlung der KV Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein tritt am 08.03.2008 zu ihrer 12. Sitzung in der 13. Wahlperiode zusammen. Die Sitzung beginnt um 10:00 Uhr c. t. im großen Sitzungssaal im Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9 in Düsseldorf. Die Sitzung ist öffentlich.

Vertrag zur hausarzt- zentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V

Zwischen

**AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse, Düsseldorf**
vertreten durch den Vorsitzenden
des Vorstandes Herrn Wilfried Jacobs
dieser vertreten durch das Vorstandsmit-
glied Frau Cornelia Prüfer-Storcks

IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach
vertreten durch die Vorstandsvorsitzende
Frau Dr. Brigitte Wutschel-Monka

**Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW,
Münster
Krankenkasse für den Gartenbau**
(vertreten durch die Landwirtschaftliche
Krankenkasse NRW)
vertreten durch den Hauptgeschäftsführer
Herrn Heimo-Jürgen Döge

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

und

**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,
Düsseldorf**
vertreten durch den Vorsitzenden
Herrn Dr. Leonhard Hansen
- nachfolgend KV Nordrhein genannt -

und

Hausärzteverband Nordrhein e. V.
vertreten durch den 1. Vorsitzenden
Herrn Dr. Dirk Mecking

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

Präambel

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

- die hausärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Versichertengemeinschaft verantwortliche 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.

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

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

A Grundlagen

§ 1

Gegenstand und Zielsetzung

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V im Einzugsgebiet der KV Nordrhein. Die teilnehmenden Hausärzte übernehmen dabei die Steuerung des Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten und gewährleisten dadurch eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten. Dabei können Wirtschaftlichkeitspotenziale, z. B. im Bereich der Arzneimitteltherapie, durch die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen und vermeidbarer Krankenhausaufenthalte erschlossen werden.
- (2) 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.
- (3) Bestandteile dieses Vertrages sind:
 - Anlage 1 Einverständniserklärung der Versicherten
 - Anlage 2 Teilnahmeerklärung der Hausärztin/des Hausarztes
 - Anlage 3 Nachweis über besondere Anforderungen
 - Anlage 4 Beitrittserklärung Krankenkassen
 - Anlage 5 Kooperationsvereinbarungen (zur Zeit nicht belegt)
 - Anlage 6 Vergütungsvereinbarung Hausärzte
 - Anlage 7 Dokumentationsverfahren (Teil a, b und c)
 - Anlage 8 verbindlich vereinbarte Leitlinien
 - Anlage 9 Zielvereinbarungen
 - Anlage 10 Evaluationskonzept
 - Anlage 11 Verzeichnisstruktur der teilnehmenden Hausärzte

Anlage 12 Aufstellung der Modulverträge (zur Zeit nicht belegt)

§ 2

Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für:

- a) Die Versicherten der beteiligten Krankenkassen, die nach Anlage 1 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben,
- b) die vertragschließenden bzw. beteiligten Krankenkassen, nachfolgend Krankenkassen genannt,
- c) die teilnehmenden Hausärzte mit Sitz im Gebiet der KV Nordrhein, nachfolgend Hausärzte genannt.

B Teilnahme der Versicherten

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Versicherte, die bereits an der Vereinbarung zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V i. V. m. §§ 140 a ff. SGB V vom 01.06.2005 zwischen der KV Nordrhein und den nordrheinischen Primärkassen teilnehmen, nehmen weiterhin an der genannten Vereinbarung teil. Eine gleichzeitige Teilnahme an beiden Verträgen ist nicht möglich.
- (3) Voraussetzung für die Teilnahme von Versicherten ist deren Einverständniserklärung (Anlage 1). Die Einschreibung erfolgt durch die zuständige Krankenkasse oder durch die gewählte Hausärztin/den gewählten Hausarzt nach Absatz (4).
- (4) Die Versicherten wählen mit ihrer Einschreibung die betreuende Hausärztin/den betreuenden Hausarzt. Erfolgt die Einschreibung durch die zuständige Krankenkasse, erhalten die Versicherten zum Nachweis der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung von der Krankenkasse eine schriftliche Mitteilung, die sie der gewählten Hausärztin/dem gewählten Hausarzt vorzulegen haben. Zur Beratung über die Vorteile und Pflichten der/des Versicherten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung erhält die gewählte Hausärztin/der ge-

Amtliche Bekanntmachungen

- wählte Hausarzt von den Krankenkassen ein Argumentationspapier.
- (5) Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit dem Tag der Einschreibung bei der Krankenkasse oder der Hausärztin/dem Hausarzt.
 - (6) Die gewählte Hausärztin/der gewählte Hausarzt soll nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Wichtige Gründe sind insbesondere:
 - a) Umzug der/des Versicherten
 - b) Beendigung der Teilnahme der Hausärztin/des Hausarztes
 - c) gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zur gewählten Hausärztin/zum gewählten Hausarzt
 - (7) Der Wechsel ist der Krankenkasse schriftlich mitzuteilen und eine erneute Einverständniserklärung für die neu gewählte Hausärztin/den neu gewählten Hausarzt ist auszufüllen. Die Krankenkasse informiert die betroffenen Hausärzte sowie die KV Nordrhein über den Wechsel. Mit dem Zugang der Mitteilung bei der Hausärztin/dem Hausarzt erlischt die Vergütungsberechtigung im Rahmen dieses Vertrages für die bisher betreuende Hausärztin/den bisher betreuenden Hausarzt.

§ 4

Pflichten der teilnehmenden Versicherten

- (1) Die Versicherten können ihre Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse kündigen und scheiden zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Die Krankenkasse informiert die Hausärztin/den Hausarzt über das Ausscheiden. Eine erneute Einschreibung der Versicherten ist möglich.
- (2) Die Versicherten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihre betreuende Hausärztin/ihren betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen.
- (3) Die Versicherten verpflichten sich, eine notwendige Krankenhausbehandlung – von Notfällen abgesehen – nur auf Einweisung der betreuenden Hausärztin/des betreuenden Hausarztes oder der/des auf Überweisung in den Behandlungsprozess einbezogenen

- nen Fachärztin/Facharztes in Anspruch zu nehmen.
- (4) Bei Notfällen oder urlaubsbedingter Abwesenheit der betreuenden Hausärztin/des betreuenden Hausarztes nehmen die Versicherten – soweit zumutbar – eine Hausärztin/einen Hausarzt in Anspruch, die/der ebenfalls an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt.
 - (5) Durch das Unterzeichnen der Einverständniserklärung (Anlage 1) erklären die Versicherten, dass sie von der Erinnerungsmittelteilung, insbesondere zu Terminen der gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen, Gebrauch machen möchten.

§ 5

Beendigung der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten endet
 - a) frühestens mit Zugang bzw. Wirksamkeit der Kündigung;
 - b) mit dem Wechsel zu einer nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs.
- (2) Die Krankenkasse kann die Teilnahme beenden, wenn die Versicherten mehrfach ohne Überweisung einen anderen als die gewählte Hausärztin/den gewählten Hausarzt aufsuchen. Dies gilt nicht für das unmittelbare Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen. Die Beendigung der Teilnahme ist den Versicherten und der Hausärztin/dem Hausarzt schriftlich durch die Krankenkasse mitzuteilen. Eine erneute Teilnahme der Versicherten ist möglich.

C Teilnahme der Hausärzte

§ 6

Teilnahmevoraussetzungen für Hausärztinnen und -ärzte

- (1) Die Teilnahme der Hausärzte an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1 a SGB V mit Praxis-sitz im Einzugsgebiet der KV Nordrhein, welche die in diesem Vertrag genannten Anforderungen erfüllen.

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

- (3) Die Teilnahme ist bei der KV Nordrhein schriftlich anzuzeigen (Anlage 2). Gleichzeitig ist der Nachweis der besonderen Anforderungen zu führen (Anlage 3). Ebenfalls werden die Inhalte dieses Vertrages akzeptiert und die KV Nordrhein mit der Durchführung des Vertrages, insbesondere der Abrechnung der Zusatzvergütung (Anlage 6), auf Basis der für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gültigen Vorgaben beauftragt.
- (4) Bei Vorliegen der Voraussetzungen entscheidet die KV Nordrhein im Auftrag der Vertragspartner über die Teilnahme der Hausärzte an diesem Vertrag mit Wirkung für die Zukunft. Über die Entscheidung erhält die Hausärztin/der Hausarzt eine schriftliche Mitteilung, durch die der Beginn der Vertragsteilnahme festgelegt wird. Die KV Nordrhein informiert die Krankenkassen über ihre Entscheidungen fortlaufend, mindestens jedoch einmal monatlich.
- (5) Hausärzte, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklären, jedoch zu Beginn noch nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllen, weisen diese innerhalb von drei Monaten gegenüber der KV Nordrhein nach. Werden die Nachweise bis zum Abschluss der Frist nicht geführt, scheidet die Hausärztin/der Hausarzt aus diesem Vertrag aus. Dies gilt nicht, wenn die Hausärztin/der Hausarzt die Umstände der fehlenden Nachweise nicht zu vertreten hat. In diesem Fall kann die KV Nordrhein die Frist im Einvernehmen mit den Krankenkassen, um längstens sechs Monate verlängern.

§ 7

Persönliche Qualitätsanforderungen der Hausärztinnen und -ärzte

- (1) Die Hausärztin/der Hausarzt verpflichtet sich, sechsmal jährlich an einem regelmäßigen Qualitätszirkel mit dem Ziel des kontinuierlichen Austausches über die Therapie in der Versorgungsgemeinschaft teilzunehmen. Hierzu zählen auch Qualitätszirkel, die aufgrund anderer vertraglicher Verpflichtungen oder freiwillig be-

sucht werden, soweit diese die Voraussetzungen nach Absatz 1 oder Absatz 2 erfüllen. Die Umsetzung soll durch einen ärztlichen Qualitätszirkelmoderator begleitet werden. Die Teilnahmedokumentation und -kontrolle sind durch die KV Nordrhein sicherzustellen.

- (2) Die nach Absatz (1) geforderte Fortbildung muss eine strukturierte Qualitätszirkelsitzung zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Qualitätszirkelmoderatoren enthalten. Zur Optimierung werden alle verfügbaren Daten, insbesondere aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2a SGB V, aus der Pharmakotherapieberatung sowie den Feedback-Berichten der Disease-Management-Programme, genutzt. Weiterhin sollen Qualitätszirkel sowie die regelmäßige Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, insbesondere folgende Themen berücksichtigen:
- Versichertenzentrierte Gesprächsführung
 - Psychosomatische Grundversorgung
 - Palliativmedizin
 - Schmerztherapie
 - Ambulante Geriatrie und Onkologie
 - Psychosoziale Betreuung.
- (3) Die Hausärztin/der Hausarzt führt ein praxisinternes Qualitätsmanagement ein, welches auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnitten, indikatorengestützt und wissenschaftlich anerkannt ist und das den Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 135 a SGB V entspricht. Innerhalb eines Zeitraumes von längstens zwei Jahren sind die Maßnahmen von den Hausärzten zur Etablierung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gegenüber der KV Nordrhein nachvollziehbar zu dokumentieren und nachzuweisen.
- (4) In der Versichertenversorgung sind die medizinischen Standards zu berücksichtigen:
- Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung.

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

§ 8

Qualitätsanforderungen in der Praxisausstattung

Die Teilnahme der Hausärztin/des Hausarztes setzt voraus, dass die Praxis folgende Qualitätsanforderungen erfüllt, die genutzt werden:

- Ausstattung mit einem zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxissoftwaresystem), das beispielsweise die elektronische Führung von Patientenakten, Speicherung von Befunddaten und die Terminerinnerung (Einbestellsystem, Recallsystem) – insbesondere für Termine zu den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfterminen – ermöglicht.
- Eine apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Akutlabor, Sonographie und Lungenfunktionstest – die letzten beiden ggf. in Kooperation mit anderen Praxen).

§ 9

Koordinationsaufgaben und Leistungen der Hausärztinnen und -ärzte

- (1) Die teilnehmende Hausärztin/der teilnehmende Hausarzt erklärt sich bereit:
- a) die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen vorzunehmen. Dabei soll der Behandlungsablauf, insbesondere bei Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer und Versorgungsebenen, koordiniert werden,
 - b) die Verordnung weiterer Leistungen (insbesondere Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege) ggf. unter Einbeziehung der zuständigen Krankenkasse zu koordinieren,
 - c) die Dokumentation durchzuführen, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behand-

- lungsdaten, Befunde und Berichte aller beteiligten Leistungserbringer und Versorgungsebenen,
- d) auf die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen durch Aufklärung und Motivation der Versicherten, Terminüberwachung sowie Überprüfung des Impfstatus zu achten, entsprechende Leistungen einzuleiten oder durchzuführen und hierzu individuell vereinbarte Ziele mit den Versicherten anzustreben. Präventionsangebote der beteiligten Krankenkassen sind zu berücksichtigen. Über die Angebote ist in geeigneter Weise zu informieren,
- e) auf Rehabilitationsbedarf zu achten und erforderliche weitere Schritte einzuleiten,
- f) nicht ärztliche Hilfen und flankierende Dienste in die Behandlungsmaßnahmen zu integrieren,
- g) an den vom Bundesversicherungsamt akkreditierten Disease-Management-Programmen der beteiligten Krankenkassen aktiv teilzunehmen. Rechte und Pflichten (Dokumentation, Vergütung u. a.) ergeben sich insoweit aus diesen Verträgen. Von einer aktiven Teilnahme ist auszugehen, wenn die Hausärztin/der Hausarzt die Versicherten, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an Disease-Management-Programmen erfüllen, über den Sinn und Nutzen von in Frage 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 die Hausärztin/den Hausarzt aktiv in die Behandlung einzubinden. Die Hausärztin/der Hausarzt gibt hierbei Hilfestellung für ein eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Verhalten.
- (3) Die Hausärztin/der Hausarzt nimmt eine umfassende und versichertenorientierte Aufklärung über die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen inkl. der Arzneimittelversorgung vor.
- (4) Es gilt der Grundsatz „ambulante vor stationärer Behandlung“, insbesondere im Hinblick auf ambulant durch-

- föhrbare Operationen und ambulante Rehabilitation. Stationäre Krankenhausbehandlungen sollen durch zeitgerechte Konsultation von niedergelassenen Fachärzten vermieden werden.
- (5) Die Hausärztin/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 die Hausärztin/der Hausarzt unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen, ob ambulante Operationen möglich sind, um diese ggf. zu empfehlen.
- (6) Die Hausärztin/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 die Hausärztin/der Hausarzt bereit, die Umsetzung erforderlicher Maßnahmen, z. B. Rehabilitationsmaßnahmen, Heilmittel- sowie Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt sicherzustellen sowie den Überleitungsbogen gemäß der Anlage 7 c innerhalb der dort dargestellten Fristen auszufüllen. Insbesondere soll eine Abstimmung über die weiteren notwendigen Behandlungen, einschließlich der Arzneimitteltherapie erfolgen. Alternativ kann das Überleitungsmanagement auch telefonisch erfolgen.
- (7) Die Hausärztin/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. Sie/er führt in diesen Fällen eine fachliche Anleitung und Unterstützung sowie eine Überprüfung durch.
- (8) Bei langfristigen Ordnungszeiträumen der häuslichen Krankenpflege von mehr als drei Monaten, welche durch einen Pflegedienst sichergestellt wird, führt die Hausärztin/der Hausarzt bedarfsgerechte Konsultationen (Fallbesprechungen) mit dem Pflegedienst durch.
- (9) Angestrebt wird eine Verzahnung der hausarztzentrierten Versorgung mit den von den teilnehmenden Krankenkassen angebotenen Verträgen, z. B. zur Integrierten Versorgung oder anderer besonderer Versorgungsformen (§ 17). Die Hausärzte weisen auf diese Angebote hin und berücksichtigen sie bei der Behandlungsplanung.

§ 10 Beziehungen zu weiteren Leistungserbringern

- (1) Die Hausärztin/der Hausarzt bezieht die weiter- oder mitbehandelnden Leistungserbringer leitliniengemäß in die Behandlung mit ein.
- (2) Die Hausärztin/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.
- (3) Bei einer Überweisung zur Fachärztin/zum Facharzt oder einer Einweisung in stationäre Behandlung oder zur Rehabilitation erstellt die Hausärztin/der Hausarzt den ärztlichen Kurzbericht gemäß Anlage 7a oder 7b und übergibt diesen sowie alle für die Diagnostik und Therapie notwendigen Vorbefunde an die Versicherten, soweit diese Befunde nicht bereits von der Hausärztin/dem Hausarzt an den Mit- bzw. Weiterbehandler übergeben wurden.
- (4) Die Hausärztin/der Hausarzt fordert bei Nichtvorliegen die Behandlungsdaten, Befunde und Berichte von den zur Weiter- oder Mitbehandlung einbezogenen Leistungserbringern an. Die Krankenkassen fördern diesen Prozess, indem sie eine Berichtspflicht der Fachärzte in Verträgen einfordern.

- (5) Erlangt die Hausärztin/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 die Hausärztin/den Hausarzt übermittelt, wirkt er entsprechend auf die betroffenen Leistungserbringer ein, mit dem Ziel einer positiven Zusammenarbeit. Die Vertragspartner unterstützen diese Bemühungen.
- (6) Wechseln die Versicherten die betreuende Hausärztin/den betreuenden Hausarzt, erhält die neu gewählte Hausärztin/der neu gewählte Hausarzt von der bisher betreuenden Hausärztin/dem bisher betreuenden Hausarzt die den Versicherten betreffenden relevanten Unterlagen in Kopie.

§ 11 Allgemeine Aufgaben und Pflichten der Hausärztinnen und -ärzte

- (1) Die Hausärztin/der Hausarzt informiert beitragsberechtigte Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen auf Wunsch über die Inhalte und die Ziele des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung und schreibt diese ein. Die Einverständniserklärungen der Versicherten sind von der einschreibenden Hausärztin/dem einschreibenden Hausarzt innerhalb einer Woche an die KV Nordrhein zur Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse weiterzuleiten.
- (2) Die nach diesem Vertrag geforderten Unterlagen und Dokumentationen leitet die Hausärztin/der Hausarzt innerhalb der bestimmten Fristen und in den genannten Formaten der entsprechenden Stelle zu (Anlage 7a und 7b).
- (3) Soweit notwendige Arztbefragungen im Rahmen des Evaluationskonzeptes gemäß Anlage 10 beschlossen werden, nimmt die Hausärztin/der Hausarzt daran teil.
- (4) Im Falle der Beendigung der Teilnahme informiert die Hausärztin/der Hausarzt unverzüglich die KV Nordrhein in schriftlicher Form.
- (5) Im Falle der Beendigung der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung informiert die Hausärztin/der

Hausarzt die bei ihr/ihm betreuten Versicherten unverzüglich in neutraler Form. Die Krankenkassen können die Versicherten über die weitere Möglichkeit der Teilnahme bei einer anderen Hausärztin/einem anderen Hausarzt informieren.

§ 12

Besondere Leistungen und Pflichten der Hausärztinnen und -ärzte

- (1) Die Hausärztin/der Hausarzt stellt zeitlich sicher, dass sie/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 für die an der Vereinbarung teilnehmenden Versicherten auch außerhalb der Praxiskernzeiten (08:00 Uhr bis 18:00 Uhr) – soweit erforderlich.
 3. Bei aus Patientensicht dringlichen Situationen erfolgt möglichst eine zeitnahe Behandlung in der nächstfolgenden Sprechstunde.
 4. Für Patienten mit bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf ermöglicht die Hausärztin/der Hausarzt auch zu Zeiten des örtlich geregelten Notdienstes ihre/seine telefonische Erreichbarkeit und führt – soweit notwendig – Dringlichkeitsbesuche durch.
 5. Sicherstellung der persönlichen telefonischen Erreichbarkeit des Praxisteam außerhalb der Sprechstunde inklusive der Mittagszeit. Ausgenommen sind die örtlich geregelten Notfalldienstzeiten.
- (2) Zur Förderung der Akzeptanz der hausarztzentrierten Versorgung bietet die Hausärztin/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. zur Fachärztin/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 werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen mit der KV Nordrhein vergütet, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Die zusätzlichen extrabudgetären Vergütungen sowie die notwendigen Abrechnungsziffern ergeben sich aus der Anlage 6.

§ 14

Beendigung der Teilnahme der Hausärztinnen und -ärzte

- (1) Die Teilnahme einer Hausärztin/eines Hausarztes an diesem Vertrag endet durch schriftliche Kündigung
 - der Hausärztin/des Hausarztes
 - durch eine Kündigung gemäß Absatz (8).
- (2) Die Hausärztin/der Hausarzt kann ihre/seine Teilnahme an dem Vertrag gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt acht Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Soweit festgestellt wird, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an diesem Vertrag nicht mehr vorliegen, können Maßnahmen nach Absatz 7 erfolgen.
- (4) Bei erheblichen Vertragsverstößen einer Hausärztin/eines Hausarztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen, aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann, können Maßnahmen nach Absatz (8) erfolgen.
- (5) Ein sonstiger wichtiger Grund ist insbesondere die fortgesetzte Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele, die

im Rahmen der zwischen der KV Nordrhein und den nordrheinischen Verbänden der 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.

- (6) Verstößt eine Hausärztin/ein Hausarzt gegen gesetzliche oder berufsrechtliche Verpflichtungen oder gegen die Inhalte dieses Vertrages, können neben möglichen gesetzlichen, disziplinarischen oder berufsrechtlichen Maßnahmen auch Maßnahmen gemäß Absatz (8) erfolgen.
- (7) Entsprechende Hinweise der Vertragspartner sind zu berücksichtigen.
- (8) Die KV Nordrhein kann unter den genannten Voraussetzungen folgende Maßnahmen im Namen aller Vertragspartner ergreifen:
 - a) schriftliche Aufforderung durch die KV Nordrhein, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - b) keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Pauschalen gemäß Anlage 6,
 - c) Kündigung der Teilnahme und der Abrechnungsgenehmigung.
- (9) Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen bleibt unberührt.
- (10) Die betroffene Hausärztin/der betroffene Hausarzt kann innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Zustellung einer Entscheidung nach Absatz (8) eine schriftliche Stellungnahme abgeben. Die Stellungnahme ist in die weiteren Entscheidungen einzubeziehen.
- (11) Eine Kündigung tritt mit Ende der Vier-Wochen-Frist gemäß Absatz (10) in Kraft. Eine erneute Teilnahme der Hausärztin/des Hausarztes ist mit schriftlicher Zustimmung aller Krankenkassen möglich.

D Qualitätssicherung

§ 15 Leitlinien

- (1) Die Hausärztin/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 die Hausärztin/der Hausarzt verpflichtend implementiert (Anlage 8).

E Wirtschaftlichkeit

§ 16 Wirtschaftlichkeitsziele

Die Vertragspartner treffen Vereinbarungen zu den Zielen sowie zu den Instrumenten und der Umsetzung dieser Ziele gemäß 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. Um eine nach gemeinsamer Beurteilung qualifizierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung zu erreichen, verweisen die Vertragspartner u. a. auf die zur Weiterentwicklung des Arzneivolumens durchgeführte Arzneimittelstudie 2002 und die dort aufgezeigten Einsparpotenziale, insbesondere im Bereich Generika und Me-Too-Präparate. Soweit notwendig, verpflichtet sich die Hausärztin/der Hausarzt, zur Unterstützung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimitteltherapie an der Pharmakotherapieberatung im Bereich der KV Nordrhein teilzunehmen.

- (2) Zur Ausschöpfung dieser Wirtschaftlichkeitspotenziale stellt die teilnehmende Hausärztin/der teilnehmende Hausarzt sicher, dass
 - die in der jeweiligen Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmitteleausgabenvolumen zwischen der KV Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/Verbänden der Krankenkassen für Hausärzte festgelegten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele erreicht werden;
 - bei der Verordnung von Generika nach Möglichkeit Generika aus dem unteren Preissegment des jeweiligen Wirkstoffmarktes genutzt werden und dabei von den Krankenkassen geschlossene Rabattverträge mit Generika-Anbietern berücksichtigt werden;
 - die Versicherten über die wirtschaftliche Nutzung von Arzneimitteln, insbesondere der rabattierten Arzneimittel, aufgeklärt werden.

Sonstige Leistungen

- (3) Die Hausärztin/der Hausarzt beachtet bei der Verordnung von Krankentransporten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten. Um eine wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung sicherzustellen, sind insbesondere folgende Inhalte auf der Verordnung zu kennzeichnen:
 - die Art des Beförderungsmittels,
 - die Entscheidung über die medizinisch-technische Ausstattung,
 - die Entscheidung über die medizinisch-fachliche Betreuung,
 - die Begründung des Beförderungsmittels.

Sofern eine medizinisch-fachliche Betreuung für den Transport, insbesondere bei Serienfahrten, nicht erforderlich ist, ist die Verordnung eines Liegendkrankentransportes gegenüber einem Krankentransportwagen die wirtschaftlichere Verordnungsweise.
- (4) Die Hausärztin/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 dürfen 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.
 - Um eine wirtschaftliche Versorgung mit Bandagen sicherzustellen, ist zwingend nur die 7-stellige Hilfsmittel-Nummer auf dem vorgesehenen Muster 16 (Kreuz Nr. 7) anzugeben. In diesen Fällen trägt der Fachhandel die Verantwortung für die Auswahl und Abgabe des wirtschaftlich günstigsten Hilfsmittels.
- (5) Die Hausärztin/der Hausarzt wirkt auf eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Heilmittelversorgung hin, die sich an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamen Bundesausschuss orientiert.

F Weitere Vereinbarungen

§ 17 Ergänzende Verträge (Modulverträge)

- (1) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass dieser Vertrag die Grundlage für zu vereinbarende Modulverträge, z. B. Verträge nach § 140 a SGB V (Integrierte Versorgung) oder über besondere Versorgung nach anderen Rechtsvorschriften (z. B. § 73 c SGB V), ist. Die Modulverträge werden fortlaufend in der Anlage 12 aufgeführt.
- (2) Die Modulverträge regeln die sektorübergreifende und ggf. fachübergreifende Versorgung der Versicherten. Dabei werden 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 beschrieben und ggf. definiert und zum Nutzen aller an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte und Versicherten ausgebaut.

- (3) Die/der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Hausärztin/teilnehmende Hausarzt erwerben deshalb die Berechtigung zur Teilnahme an den Modulverträgen, soweit in diesen keine besonderen Teilnahmevoraussetzungen geregelt sind. Zur Sicherstellung der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekte dieses Vertrages ist für die Teilnahme an den Modulverträgen für die Hausärztin/den Hausarzt die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung bindend, soweit in diesen Verträgen nichts Abweichendes bestimmt ist. Die bestehende Teilnahme an bereits existierenden Verträgen bleibt davon unberührt.
- (4) Bei sich widersprechenden Regelungen haben die Vorschriften der hausarztzentrierten Versorgung im Zweifel Vorrang vor denen der Modulverträge.
- (5) 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.

§ 18

Evaluation

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren die Entwicklung und Umsetzung eines Evaluationskonzeptes mit Wirtschaftlichkeitsanalysen anhand von Controllingdaten, Arzt- und Versichertenbefragungen bis zum 30.06.2008 (Anlage 10). Um aussagefähige Ergebnisse zu erhalten, beinhaltet die Auswertung sowohl die erbrachten ärztlichen als auch die verordneten Leistungen.
- (2) 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, ver-

einbaren die Vertragspartner ggf. eine entsprechende Dokumentation (Anlage 7a und 7b). Vorhandene Dokumentationsinstrumente werden möglichst genutzt.

§ 19

Ausschreibung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich zur inhaltlich abgestimmten Ausschreibung des Vertrages.
- (2) Die KV Nordrhein schreibt die Teilnahmeöglichkeiten an dem Vertrag nach Abstimmung mit den Vertragspartnern in der „KVNo aktuell“ aus.
- (3) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die ihnen zur Verfügung stehenden Medien, über die Möglichkeiten der Teilnahme und über die Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die teilnehmenden Hausärzte.

§ 20

Kooperationsvereinbarungen

- (1) Fachärzte, Krankenhäuser, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelieferanten, Krankentransportunternehmen sowie umsatzsteuerpflichtige Leistungserbringer (z. B. Hilfsmittelerbringer, Taxiunternehmen etc.) können diesem Vertrag nicht beitreten. Diese können jedoch mittels Kooperationsvereinbarungen bei Bedarf hinzugezogen werden. Ihre Leistungen sind in besonderen Kooperationsvereinbarungen (Anlage 5) festzulegen.
- (2) Die Einbindung von Kooperationspartnern ist nur gemeinschaftlich und einstimmig durch die Vertragspartner möglich.
- (3) Der Grundsatz, dass nur Zusatzleistungen und nicht gesetzliche bzw. in anderen Verträgen geregelte Leistungen Bestandteil dieses Vertrages sein können, gilt für Kooperationsvereinbarungen entsprechend.

§ 21

Verzeichnisse der teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzte

- (1) Über die teilnehmenden und die ausgeschiedenen Hausärzte führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Die KV Nordrhein stellt die aktuelle Fassung

dieses Verzeichnisses den teilnehmenden Krankenkassen in elektronischer Form zur Verfügung (Anlage 11).

- (2) Das Verzeichnis enthält auch Angaben darüber, welche Anforderungen des Vertrages die Hausärztin/der Hausarzt erfüllt, insbesondere auch über die laufend nachzuweisenden Qualitätsanforderungen.
- (3) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten in geeigneter Form über die teilnehmenden Hausärzte. Eine Information kann u. a. über das Internet erfolgen.

§ 22

Teilnahmevoraussetzungen weiterer Krankenkassen

Der Beitritt weiterer Krankenkassen, die nicht im Rubrum genannt sind, ist möglich. Er beginnt, vorbehaltlich der Zustimmung aller Vertragspartner, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4, frühestens jedoch mit dem Vertragsbeginn. Mit dem Beitritt werden die Inhalte des Vertrages akzeptiert.

§ 23

Rechnungslegung

Die Rechnungslegung erfolgt durch die Vertragsärzte für die in der Anlage 6 bestimmten Beträge direkt mit der KV Nordrhein parallel zur üblichen Honorarabrechnung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes. Die Zahlung der Beträge nach Anlage 6 erfolgt außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 400 erfasst und separat ausgewiesen.

§ 24

Zuzahlung

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

§ 25

Datenschutz

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

Amtliche Bekanntmachungen

§ 26

Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt zum 01.01.2008 in Kraft.
- (2) Der Vertrag gilt zunächst bis zum 31.12.2008. Die Laufzeit verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern er nicht gemäß Absatz (3) von einer der Vertragsparteien gekündigt wird.
- (3) Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum 30. Juni bzw. 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden.
- (4) Die Vertragspartner werden die Entwicklung insbesondere der Leistungsmenge sowie die Erreichung der vertraglich vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele gemeinsam beobachten. Sofern insbesondere die Leistungsmenge überproportional zunimmt oder die vertraglich vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele nicht erreicht werden, analysieren die Vertragspartner die Ursachen dieser Entwicklungen und verständigen sich zeitnah über die sich daraus ergebenden Konsequenzen. Soweit durch zu vereinbarenden Maßnahmen die vorstehend festgestellten Ergebnisse nicht kurzfristig verbessert werden können, kann der Vertrag vorzeitig unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende durch einzelne Vertragspartner gekündigt werden. Absatz 5 gilt entsprechend.
- (5) 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.
- (6) Der Verordnungsgeber hat zur Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch kranker Versicherten 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 Einverständnis, dass erforderliche Vertragsän-

derungen 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 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.

- (7) Bei Anpassung/Änderung des EBM und/oder des Honorarverteilungsvertrages sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen dieses Vertrages unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgesehenen Stichtagen vorgenommen werden. Kommt eine Einigung über die vorzunehmenden Änderungen nicht zustande, kann der Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.
- (8) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Als wichtige Gründe gelten insbesondere Gesetzesänderungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörde gegenüber den Krankenkassen.

§ 27

Salvatorische Klausel

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

14.12.2007
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender

19.12.2007
Hausärzterverband Nordrhein e. V.
gez. Dr. Dirk Mecking
Vorsitzender

20.12.2007
AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse
gez. Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes

27.12.2007
IKK Nordrhein
gez. Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorstandsvorsitzende

Landwirtschaftliche
Krankenkasse NRW
gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer

Anlagen zum Vertrag

- Anlage 1
Einverständniserklärung der Versicherten
- Anlage 2
Teilnahmeerklärung der Hausärztin/des Hausarztes
- Anlage 3
Nachweis über besondere Anforderungen
- Anlage 4
Beitrittserklärung Krankenkassen
- Anlage 5
Teilnahmeerklärung Kooperationspartner
- Anlage 6
Vergütungsvereinbarung Hausärzte
- Anlage 7
Dokumentationsverfahren (Teil a, b und c)
- Anlage 8
Verbindlich vereinbarte Leitlinien
- Anlage 9
Zielvereinbarungen
- Anlage 10
Evaluationskonzept

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Arztstempel



Anlage 1

Einverständniserklärung der/des Versicherten

zur Teilnahme an der
Hausarztzentrierten Versorgung
durch den Hausarzt und der Krankenkasse
des Versicherten

- Ersteinschreibung
- Arztwechsel

Unterschrift des Arztes

Ja, ich möchte an der Hausärztlichen Versorgung durch meinen Hausarzt und meiner Krankenkasse teilnehmen. Folgende Informationen sind mir bekannt:

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung	Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Auswahl eines Hausarztes ist Voraussetzung für die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung. • Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Eine Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen erfolgt nur auf Überweisung meines Hausarztes. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen keiner Überweisung. Eine Krankenhausbehandlung sollte - abgesehen von Notfällen - durch die Einweisung meines Hausarztes oder des auf Überweisung konsultierten Facharztes erfolgen. • Mein betreuender Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte der Hausarztzentrierten Versorgung informiert. • Meine Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Ich kann meine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen. Der Austritt erfolgt zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse. • Meine Teilnahme endet automatisch mit dem Wechsel zu einer nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Krankenkasse, beim Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen und dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Falle eines Umzugs oder einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt besteht die Möglichkeit des Wechsels. • Die Einverständniserklärung wird zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen von meinem betreuenden Hausarzt an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein versandt. Ich erhalte eine Durchschrift der Einverständniserklärung, ein weiteres Exemplar verbleibt bei meinem Hausarzt. • Meine Daten und Informationen über die Art und Ergebnisse der Behandlung werden im erforderlichen Umfang nur von den an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Vertragspartner eingesehen und gespeichert. • Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der Hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. • Sämtliche Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden keinem Unbefugten zugänglich gemacht. • Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht. • Die Hausarztzentrierte Versorgung kann wissenschaftlich begleitet und mit der wissenschaftlichen Auswertung kann ein geeignetes Forschungsinstitut beauftragt werden.

Ja, ich habe die Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzerklärung zur Hausarztzentrierten Versorgung zur Kenntnis genommen und wünsche eine Behandlung auf Grund des mir vorgestellten Versorgungskonzeptes.
Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen Versorgungskonzeptes im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden.

Unterschrift des Versicherten/ des gesetzlichen Vertreters oder des Vormundes



LSV
Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung



Hausärzterverband Nordrhein e.V.

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen gemäß des Vertrages über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Hausärzterverband Nordrhein e.V.,
AOK Rheinland/Hamburg, IKK Nordrhein und Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW

Bitte Erklärung je Teilnehmer ausfüllen

Rücksendung auch per Fax möglich: Bezirksstelle Düsseldorf Fax-Nr. 0211/5970-8574
Bezirksstelle Köln Fax-Nr. 0221/7763-6550

Titel	Vorname	Name	
Straße/Nr.		PLZ/Ort	KV-Nr.

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung als

HAUSARZT

und erfülle die in § 6 des Vertrages genannten Qualitätsanforderungen

- **vollständig.**
(Die entsprechenden Nachweise liegen dem Antrag bei.)
- **noch nicht vollständig.**
Die entsprechenden Nachweise lege ich innerhalb von **3 Monaten**, die Nachweise hinsichtlich der Einführung eines Qualitätsmanagements bis spätestens zum **31.12.2009** vor.

Ich nehme an folgenden Disease-Management Programmen teil :

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Diabetes Mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes Mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> | COPD | <input type="checkbox"/> |
| Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> | Brustkrebs | <input type="checkbox"/> |

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung bekannt:
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist;
 - dass mit schriftlicher Mitteilung der KV Nordrhein der Beginn meiner Vertragsteilnahme festgelegt wird;
 - dass ich im Falle der Beendigung meiner Teilnahme die KV Nordrhein und die bei mir eingeschriebenen Patienten/Patientinnen in neutraler Form informiere;
 - dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann;
 - welche vertraglichen Aufgaben ich als Hausarzt gemäß § 9 zu erfüllen habe;
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte;
 - dass die Vertragspartner die Entwicklung eines Evaluationskonzeptes mit Wirtschaftlichkeitsanalysen anhand von Controllingdaten und Patientenzufriedenheitsanalysen vereinbaren;
2. Ich erkläre, dass ich die KV Nordrhein unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
3. Ich werde darüber hinaus
 - die Teilnahmeerklärungen von Patienten/Patientinnen innerhalb einer Woche an die KV Nordrhein zur Information der jeweiligen Krankenkasse weiterleiten;
 - sechsmal pro Jahr an einem von der KV Nordrhein und/oder der Ärztekammer anerkannten Qualitätszirkel und/oder in gleicher Häufigkeit an einer zertifizierten Fortbildungsveranstaltung teilnehmen;
 - die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.
4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten.
5. Ich beauftrage die KV Nordrhein mit der Durchführung des o. g. Vertrages.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages		
Ort/Datum	Unterschrift	Stempel Arzt / Gemeinschaftspraxis

Anlage 2 a



LSV
Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung

Hausärzterverband Nordrhein e.V.

Erklärung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen gemäß des Vertrages über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Hausärzterverband Nordrhein e.V.,
AOK Rheinland/Hamburg, IKK Nordrhein und Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW
ab dem 01.01.2008

Bitte Erklärung je Teilnehmer ausfüllen

Rücksendung auch per Fax möglich: Bezirksstelle Düsseldorf Fax-Nr. 0211/5970-8574
Bezirksstelle Köln Fax-Nr. 0221/7763-6550

Titel	Vorname	Name	
Straße/Nr.		PLZ/Ort	KV-Nr.

Ich nehme bereits an folgenden Hausarztverträgen teil:

Primärkassen	<input type="checkbox"/>
Ersatzkassen	<input type="checkbox"/>
Betriebskrankenkassen	<input type="checkbox"/>

Ich nehme an folgenden Disease-Management Programmen teil :

Diabetes Mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	Brustkrebs	<input type="checkbox"/>

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum oben genannten Vertrag und akzeptiere gleichzeitig mit dieser Erklärung die Inhalte des zwischen der KV Nordrhein, dem Hausärzterverband Nordrhein e.V., der AOK Rheinland/Hamburg, der IKK Nordrhein und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW geschlossenen Vertrages über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V und beauftrage die KV Nordrhein mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere mit der Abrechnung der Zusatzvergütungen dieses Vertrages.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des vorgenannten Vertrages

Ort/Datum	Unterschrift	Vertragsarztstempel
-----------	--------------	---------------------

Anlage 3

Erklärung über die Praxisausstattung (Ergänzung zum Teilnahmeantrag gemäß Anlage 2)

Hiermit bestätige ich, dass ich gemäß den Regelungen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung folgende Mindestausstattung in meiner Praxis bzw. ggf. in Kooperation vorhalte :

1. Blutzuckermessgerät:

in der Praxis vorhanden

2. EKG:

in der Praxis vorhanden

3. Akutlabor:

in der Praxis vorhanden

4. Sonographie:

in der Praxis vorhanden oder
 wird in Kooperation erbracht mit:

5. Lungenfunktionstest:

in der Praxis vorhanden oder
 wird in Kooperation erbracht mit:

6. Arzt-Informations-System:

Meine Praxis verfügt bereits über ein Arzt-Informations-System, das insbesondere die elektronische Führung der Patientenakten und die Speicherung der Befunddaten sicherstellt sowie ein Einbestellsystem (Termine zu Früherkennungsmaßnahmen und Impftermine) unterstützt:

ja
 nein

Ort, Datum Unterschrift/
Vertragsarztstempel

Anlage 4

Beitrittserklärung für Krankenkassen zur Vereinbarung zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V

zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden gültig ab 01.01.2008

Hiermit erklären wir den Beitritt zur Vereinbarung zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden gültig ab 01.01.2008.

Die Inhalte der Vereinbarung haben wir zur Kenntnis genommen und lassen diese gegen uns gelten.

Name der Krankenkasse:

Anschrift:

Ansprechpartner:

Tel.:

Fax:

E-MailAdresse:

Datum Unterschrift/
Vorstand

Anlage 5

Teilnahmeerklärung Kooperationspartner

Name:

Anschrift:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Hiermit trete ich der Vereinbarung zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den beteiligten Krankenkassen bei.

An der dem Vertrag entsprechenden Kooperation wirke ich aktiv mit.

Alle vertraglichen Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Datum Stempel und Unterschrift

Zustimmungserklärung zum Beitritt weiterer Leistungserbringer seitens des Beirates:

Datum Vorsitzender/
alternierender
Vorsitzender
des Beirates

Anlage 6

zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V

– Vergütungsvereinbarung Hausärzte –

§1

Leistungsbeschreibung und Vergütung

- (1) Für zusätzliche Koordinierungsleistungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung bei eingeschriebenen Patienten erhält die Hausärztin/der Hausarzt pro Quartal eine Betreuungspauschale in Höhe von 4,00 EUR. Die Betreuungspauschale ist abrechnungsfähig, wenn in einem Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat; sie wird über die Symbolnummer 92301 abgerechnet.
- (2) Für die besondere Betreuung der zugleich in ein Disease-Management-Programm eingeschriebenen Patienten und die in diesem Zusammenhang erforderliche Koordination der hausarztzentrierten Versorgung mit der medizinischen Versorgung nach den Disease-Management-Programmen erhält die Hausärztin/der Hausarzt eine weitere Betreuungspauschale in Höhe von 4,00 EUR, insgesamt also 8,00 EUR pro Quartal; in diesem Fall erfolgt die Abrechnung der Symbolnummer 92300, eine Abrechnung der Symbolnummer 92301 ist ausgeschlossen. In den ersten beiden Quartalen nach einer Neueinschreibung in ein Disease-Management-Programm beträgt die Betreuungspauschale 12,50 EUR. Die Betreuungspauschale ist abrechnungsfähig, wenn im Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat und gleichzeitig die Patientin/der Patient in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben war; sie wird über die Symbolnummer 92310 abgerechnet. Eine Abrechnung der Symbolnummern 92300 oder 92301 im Quartal, in dem die Symbolnummer 92310 zur Abrechnung kommt, ist ausgeschlossen.
- (3) Die Beträge entsprechend der gültigen Vereinbarungen DMP Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, KHK und

Asthma bronchiale/COPD finden im Rahmen dieses Vertrages Anwendung. Für die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten in das Disease-Management-Programm, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen erhält die Hausärztin/der Hausarzt eine Vergütung in Höhe von 25,00 EUR. Bei der Erstellung der Quartalsabrechnung (I. Quartal 2008) setzt die KV Nordrhein der jeweiligen Abrechnungsnummer automatisch den im Rahmen der Verträge gültigen Betrag zu, wenn die Erstdokumentation elektronisch erstellt wurde. Für Erstellung und Versand der Folgedokumentationen im Disease-Management-Programm erhält die Hausärztin/der Hausarzt eine entsprechende Vergütung in Höhe von 15,00 EUR nach dem jeweils zutreffenden Disease-Management-Vertrag. Die Abrechnung der Leistungen gemäß Absatz 3 kann nur im Rahmen der gültigen Disease-Management-Programme erfolgen.

- (4) Für die notwendige Betreuung der eingeschriebenen Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten und am Wochenende bei bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf erhält die Hausärztin/der Hausarzt je angefallenen Einsatz einen Pauschalzuschlag auf die Abrechnungsziffern 01411 und 01412 EBM in Höhe von 35,00 EUR. Dieser Zuschlag wird über die Pseudoziffer 92302 abgerechnet.
- (5) Für die besondere Betreuung der eingeschriebenen Patienten im persönlichen Kontakt während eines Krankenhausaufenthaltes und den laufenden Austausch mit der behandelnden Krankenhausrztin/dem behandelnden Krankenhausarzt erhält die Hausärztin/der Hausarzt eine Überleitungspauschale von 40,00 EUR. Voraussetzung ist, dass die Hausärztin/der Hausarzt die Patientin/den Patienten mindestens einmal unmittelbar vor der Entlassung aus der stationären Behandlung (maximal eine Woche) persönlich besucht und die Überleitung in die ambulante Versorgung – bei Berufstätigen insbesondere die frühzeitige Wiedereingliederung in das Berufsleben – mit der behandelnden Krankenhausrztin/dem behandelnden Krankenhausarzt abstimmt. Die Pauschale wird über

die Symbolnummer 92303 abgerechnet.

- (6) Die unter Absatz 5 dargestellte Überleitungspauschale bei stationärer Krankenhausbehandlung erhöht sich auf insgesamt 81,00 EUR je Fall, wenn und soweit – insbesondere um Berufstätigen die frühzeitige Wiedereingliederung in das Berufsleben zu ermöglichen – die Hausärztin/der Hausarzt im Zusammenhang mit dem Überleitungsmanagement erforderliche Maßnahmen, z.B. Rehabilitationsmaßnahmen, Heilmittel - sowie Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt sicherstellt sowie den vollständig ausgefüllten Überleitungsbogen gemäß der Anlage 7 c zu diesem Vertrag unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Krankenhauserlassung der Krankenkasse per Fax zuleitet. Die Pauschale wird über die Symbolnummer 92304 abgerechnet.
- (7) Das Überleitungsmanagement gemäß Absatz (5) kann auch telefonisch anstelle des persönlichen Besuches im Krankenhaus erbracht werden. Hierfür wird je Krankenhausaufenthalt der Patientin/des Patienten ein Betrag von 18,00 EUR nach Symbolnummer 92305 vergütet. Die Symbolnummern 92303, 92304 und 92305 sind nur einmal je Krankenhausaufenthalt abrechnungsfähig und können nicht parallel abgerechnet werden.
- (8) Übernimmt nach Prüfung durch die Hausärztin/den Hausarzt eine ehrenamtliche Bezugsperson der Patientin/des Patienten die einfache Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, erhält die Hausärztin/der Hausarzt für die fachliche Anleitung und Unterstützung dieser Bezugsperson sowie für die Qualitätskontrolle bei der Erstverordnung eine Pauschale in Höhe von 75,00 EUR, welche nach der Symbolnummer 92306 abgerechnet wird. In den Folgequartalen erhält die Hausärztin/der Hausarzt für diese Leistungen eine Pauschale in Höhe von 35,00 EUR nach der Symbolnummer 92307. Diese Vergütung entfällt, wenn die Pflege nicht durch Ehrenamtliche sichergestellt werden kann, da eine Anleitung und Kontrolle eines Pflegedienstes durch die Hausärztin/den Hausarzt nicht notwendig ist.

Amtliche Bekanntmachungen

(9) Zusammenfassung der abrechnungsfähigen Vergütung und Symbolnummern:

Leistung	Betrag	Symbolnummer
Betreuungspauschale (je Quartal)	4,00 EUR	92301
Betreuungspauschale für Patienten, die gleichzeitig an Disease-Management-Programmen teilnehmen (je Quartal)	8,00 EUR	92300
Betreuungspauschale für Patienten zu Beginn der Teilnahme an Disease-Management-Programmen (jeweils für das I. und II. Quartal)	12,50 EUR	92310
Mehraufwandsentschädigung eDMP* (I. Quartal 2008) ** (Abrechnung erfolgt über Disease-Management-Programm)	9,00 EUR	
Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten in ein internistisches DMP, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte ** (Abrechnung erfolgt über Disease-Management-Programm)*	25,00 EUR	
Erstellung und Versand der internistischen Folgedokumentationen im DMP ** (Abrechnung erfolgt über Disease-Management-Programm)	15,00 EUR	
Dringlichkeitsbesuche	35,00 EUR	92302
Überleitungsmanagement – persönlich	40,00 EUR	92303
Überleitungsmanagement – persönlich – Sicherstellung der Umsetzung erforderlicher Maßnahmen nach stationärem Aufenthalt sowie Nachweis des Überleitungsbogens gemäß Anlage 7 c erforderlich	81,00 EUR	92304
Überleitungsmanagement – telefonisch	18,00 EUR	92305
Betreuung bei einfacher Behandlungspflege – Erstverordnung	75,00 EUR	92306
Betreuung bei einfacher Behandlungspflege – Folgequartal	35,00 EUR	92307

* Bei der Erstellung der Quartalsabrechnung (I. Quartal 2008) setzt die KV Nordrhein der jeweiligen Abrechnungsnummer automatisch den Betrag von 9,00 Euro zu, wenn die Erstdokumentation elektronisch erstellt wurde.

** Gemäß der aktuell gültigen Vereinbarung DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1, ab 01.04.2007
DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2, ab 01.04.2007
DMP-Vertrag Koronare Herzkrankheit (KHK), ab 01.04.2007
DMP-Vertrag Asthma bronchiale/COPD, ab 01.04.2007
DMP-Vertrag Brustkrebs, ab 01.04.2007

§ 2

Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2008 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum 30. Juni bzw. 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12.2008, ganz oder teilweise gekündigt werden. Für den Fall einer Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung einzutreten. Die gekündigte Vereinbarung bleibt über den Kündigungstermin hinaus für die Vertragsparteien verbindlich, bis sie durch eine neue vertragliche Regelung ersetzt wird.

§ 3

Rechnungslegung

Es erfolgt eine Abrechnung mit den Krankenkassen über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Es werden für die Leistungspauschalen entsprechende Symbolnummern mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein abgestimmt.

§ 4

Verjährung

- (1) Die Verjährung bezüglich der Abrechnung nach dieser Vereinbarung richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 69 SGB V, § 61 SGB X). Fehler in der Abrechnung dieses Vertrages können von den teilnehmenden Krankenkassen innerhalb eines Jahres nach Erhalt der Unterlagen (§ 16) berichtigt werden. Unberührt hiervon bleibt der aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen herrührende Anspruch auf Schadenersatz aus unerlaubter Handlung. Die Berichtigung der Honorarabrechnung teilen die teilnehmenden Krankenkassen der zuständigen KV-Bezirksstelle mit.

- (2) Werden sachlich-rechnerische Fehler erst im Laufe eines Prüfungs- oder Beschwerdeverfahrens oder in einem Verfahren zur Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen bzw. in einem anschließenden Sozialgerichtsverfahren festgestellt, so gilt die Antragsfrist in jedem Fall als gewahrt.

14.12.2007
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender

19.12.2007
Hausärzterverband Nordrhein e. V.
gez. Dr. Dirk Mecking
1. Vorsitzender

20.12.2007
AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse
gez. Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes

27.12.2007
IKK Nordrhein
gez. Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorstandsvorsitzende

Landwirtschaftliche
Krankenkasse NRW
gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer

Dokumentation - Hausarztvertrag AOK Rheinland/Hamburg, IKK Nordrhein, LKK NRW

Anlage 7a

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis			Datum	

Weiterbehandlung durch:

Ärztlicher Kurzbericht
- Hausarzt - Krankenhaus/Reha-Einrichtung - Hausarzt -

Name der Einrichtung: _____

Behandelnder Arzt: _____ Station: _____

Krankenhausaufenthalt vom: _____ bis: _____

Aufnahmegrund: _____

Diagnosen mit ICD- 10 :

Medikation Aufnahme **Medikation Entlassung** nach Abgleich mit Aufnahmemedikation

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Änderung Ja / Nein	Medikamenten Veränderungen erfolgt	Morgens Aufnahme	Mittags	Abends	Nachts

Befunde

EKG
 Röntgen
 Labor
 Sono
 Echo
 Doppler
 CT
 NMR
 Endoskopie
 OP

Empfehlung zur Weiterbehandlung:

_____ Datum
 _____ Name / Unterschrift der Ärztin / des Arztes
 _____ Stempel

Dokumentation - Hausarztvertrag AOK Rheinland/Hamburg, IKK Nordrhein, LKK NRW

Anlage 7b

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis		Datum		

Zur Weiterbehandlung empfohlene Fachrichtung:

Ärztlicher Kurzbericht
- Hausarzt - Facharzt -

Behandelnde Hausärztin/

Behandelnder Hausarzt:

Diagnosen mit ICD- 10 :

Bisherige Medikation

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Änderung Ja / Nein

Befunde

- EKG
 Röntgen
 Labor
 Sono
 Echo
 Doppler
 CT
 NMR
 Endoskopie
 OP

Empfehlung zur Weiterbehandlung:

Datum

Name / Unterschrift der Hausärztin / des Hausarztes

Stempel

Anlage 8

zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V

– Verbindlich vereinbarte Leitlinien –

- (1) Die Vertragspartner beschließen einvernehmlich über die verbindliche Einführung mindestens einer Leitlinie pro Jahr, welche die Hausärzte verpflichtend implementieren.
- (2) Leitlinien können erstellt werden durch:
 - ÄZQ
 - DEGAM
 - Leitliniengruppe
 - Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft
 Leitlinien anderer Autoren können durch übereinstimmende Willenserklärung der Vertragspartner zum Einsatz kommen.
- (3) Zur Erarbeitung der Einzelheiten setzen die Vertragspartner eine Expertengruppe ein. Die Expertengruppe entscheidet u. a. über die Auswahl der Felder für Leitlinien, über deren Umsetzung und Implementierung.
- (4) Bei der Auswahl der Leitlinien sind chronische Volkskrankheiten sowie Krankheiten, die hohe Ausgaben verursachen, vorrangig zu berücksichtigen. Ebenso sind Wirtschaftlichkeitsaspekte zu beachten.
- (5) Die verbindlich vereinbarten Leitlinien werden in dieser Anlage aufgeführt.

Protokollnotiz:

Als erste Leitlinie könnte die DEGAM-Leitlinie für pflegende Angehörige vereinbart werden. Hintergrund ist die Verbesserung der Pflegesituation für pflegenden Angehörige bei Häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V. Die Leitlinie bezieht sich allerdings auf die Pflege von pflegebedürftigen Versicherten im Sinne des SGB XI. Daher ist zunächst zu prüfen, ob diese inhaltlich überhaupt in Betracht kommen kann.

Anlage 9

zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V

– Zielvereinbarungen –

- (1) Vertragspartner treffen Zielvereinbarungen für einzelne Bereiche, welche für die Hausärzte verbindlich sind.
- (2) Sobald eine Zielanalyse durch eine entsprechende Evaluation erfolgt, besteht seitens der Krankenkassen die Möglichkeit, Hausärzte, welche die vereinbarten Ziele nicht nachweisen können, von der hausarztzentrierten Versorgung auszuschließen. Näheres hierzu ist im Vertrag geregelt.
- (3) Nachfolgende Zielvereinbarungen wurden getroffen:

Zielvereinbarung	Gültig ab	Bemerkungen
Erreichung der in der jeweiligen Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen zwischen der KV Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/Verbänden der Krankenkassen für Hausärzte festgelegten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele.*	01.01.2008	Zielerreichung jeweils innerhalb von einem Jahr
Reduzierung der durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachten Kosten für Bandagen um 10 % durch grundsätzliche Angabe der 7-stelligen Hilfsmittel-Nummer auf der ärztlichen Verordnung nach Muster 16. Die Vertragsärzte erhalten zur Umsetzung dieses Hilfsmittelziels eine entsprechende einheitliche Umsetzungshilfe durch die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen.	01.01.2008	Zielerreichung innerhalb von einem Jahr.
Reduzierung der durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachten Kosten für verordnete Krankentransporte um 10 % durch die Wahl des medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Transportmittels. Die Vertragsärzte erhalten zur Umsetzung dieses Fahrkostenziels eine entsprechende einheitliche Entscheidungshilfe durch die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen.	01.01.2008	Zielerreichung innerhalb von einem Jahr

* Werte in Abhängigkeit zur jeweils für das Kalenderjahr gültigen Vereinbarung zum Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen

Anlage 10

zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V

– Evaluationskonzept –

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren bis zum 30.06.2008 das Evaluationskonzept. Bereits von den Krankenkassen aufgebaute Strukturen und Evaluationskonzepte sind zu berücksichtigen und einzubinden. Die Nutzung von Qualitätsindikatoren, z. B. die AQUA-Indikatoren, welche vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, erarbeitet wurden, ist zu prüfen.
- (2) Im Rahmen der Evaluation können Arztbefragungen vereinbart werden. Diese befassen sich vor allem mit der Interaktion zwischen den verschiedenen Leistungsebenen (Fachärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen u. a.), der Compliance der Patienten und der Umsetzung der Qualitätssicherung im Sinne dieses Vertrages. Die Hausärzte nehmen an den Arztbefragungen verpflichtend teil.
- (3) Um entsprechende Zielanalysen vornehmen zu können, erfolgt die Evaluation sowohl auf Ebene aller Leistungserbringer als auch auf Ebene der einzelnen Hausärztin/des einzelnen Hausarztes. Die Ergebnisse der einzelnen Hausärzte sind anderen Leistungserbringern nicht zugänglich zu machen.