

# **1. Änderungsvereinbarung**

**zum**

**Vertrag**

**zwischen**

**der Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit**

**- im Folgenden BIG direkt gesund -**

**und**

**dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e. V.**

**unter Beauftragung**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt**

**- im Folgenden KVSA -**

**über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung**

**nach § 73b SGB V**

**(„Hausarztvertrag“)**

Die Regelungen des Vertrages vom 16.12.2011 über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V werden mit Wirkung ab dem 01.04.2022 in den Vertrag vom 16.12.2011 über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V („Hausarztvertrag“) integriert. Inhalte des Vertrages nach § 73c SGB V sind das arztentlastende Praxismanagement, die Betreuung chronisch kranker Patienten und die erweiterte Gesundheitsuntersuchung.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Vertragstext bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern nur jeweils eine geschlechtsspezifische Bezeichnung verwendet. Die Bezeichnungen umfassen Personen jedweden Geschlechts gleichermaßen.

Die Vertragspartner vereinbaren den Hausarztvertrag mit Wirkung ab 01.04.2022 wie folgt zu ändern:

**I)**

In § 1 Abs. 2 werden die Worte „oder § 73 c“ gestrichen.

**II)**

In § 1 wird folgender Absatz 3 eingeführt:

„Wirtschaftlichkeitskriterien, Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung nach Maßgabe des § 73b Abs. 5 SGB V werden in Anlage 4 dieses Vertrags konkretisiert.“

**III)**

In § 2 Buchst. d werden die Worte „zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V“ durch die Worte „zugelassenen Einrichtungen gemäß § 400 Abs. 2 SGB V“ ersetzt.

Es wird ein Buchst.°e eingeführt: „Hausärzte in Eigeneinrichtungen der KVSA gemäß §°105 Abs.°1c SGB°V“

**IV)**

§ 6 Abs. 10 wird wie folgt geändert:

„Der teilnehmende Hausarzt führt ein einrichtungsinternes, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenes, indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement entsprechend der Anforderung der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)“ in der jeweils geltenden Fassung ein.“

**V)**

In § 6 Abs. 11 wird das Wort „Integrierte“ durch „Besondere“ ersetzt und es werden die Worte „sowie die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V“ gestrichen.

## VI)

Es wird ein neuer § 7 a eingeführt.

### „§ 7 a

#### **Arztentlastendes Praxismanagement**

- (1) Die Vertragspartner streben an, dass in größeren hausärztlichen Praxen unabhängig vom Versorgungsgrad Aufgaben der Patientenbetreuung durch eine speziell ausgebildete Praxisassistentin / Versorgungsassistentin (nachfolgend: Versorgungsassistentin) übernommen werden. Dies bezieht sich sowohl auf die Aufgaben der Patientenbetreuung als auch auf Aufgaben bei der Praxisorganisation außerhalb und innerhalb der Praxis.
- (2) Versorgungsassistentin im Sinne von Absatz 1 ist eine „andere Person“ nach § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V i. V. m. Anlage 8 BMV-Ä.
- (3) Der Versorgungsauftrag nach Absatz 2 umfasst
  - a) die Ausführung von durch den Arzt angeordneten Hilfeleistungen, soweit diese an die nicht-ärztliche Versorgungsassistentin delegiert werden können,
  - b) die standardisierte Dokumentation der Patientenbeobachtung einschließlich standardisierter Erfassung der verschriebenen und der selbst erworbenen freiverkäuflichen Medikamente und des Einnahmeverhaltens mit dem Ziel der Verbesserung der Patientencompliance,
  - c) die Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Testverfahren (z. B. Durchführung von Uhrentests, von Timed up- and go-Test, Esslinger Sturzrisikoassessment),
  - d) Testverfahren bei Demenzverdacht; Erfassung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (Durchführung von DemTet-Test, Test zur Früherkennung von Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD), Syndrom Kurztest (SKT), Mini-Mental-Status-Tests (MMST)),
  - e) das Anlegen einer Langzeitblutdruckmessung,
  - f) das Anlegen der Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG,
  - g) die Bestimmung von Laborparametern vor Ort (z. B. Glucose, Gerinnung),
  - h) die arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern.
- (4) Zusätzlich zu dem in Absatz 3 beschriebenen Versorgungsauftrag soll die Versorgungsassistentin im Rahmen dieser Hausarztversorgung folgende Leistungen in der Hausarztpraxis erbringen:
  - Durchführung eines Terminmanagements
  - Durchführung eines Recall-Systems
  - Telefonmonitoring
  - Qualifizierung des Selbstmanagements der Patienten und Angehörigen
- (5) Der Nachweis einer angestellten bzw. in Ausbildung befindlichen Versorgungsassistentin ist gegenüber dem Hausärzterverband Sachsen-Anhalt e. V. bis zum 01.07. des jeweiligen Jahres zu führen.

## **VII)**

§ 8 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen aus diesem Vertrag erfolgt unter Berücksichtigung des § 9 durch die Vertragspartner über die KVSA.“

## **VIII)**

In § 8 wird folgender Absatz 3 eingeführt:

(3) Die KVSA ergänzt die Datei der teilnehmenden Ärzte nach § 3 Abs. 2 um die Beschäftigung einer Versorgungsassistentin.

## **IX)**

§ 9 Abs. 3 wird gestrichen. § 9 Abs. 4 wird neu § 9 Abs. 3.

## **X)**

§ 11 wird wie folgt geändert:

„Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten („Patientendaten“) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten („Versichertendaten“) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse im Sinne von § 67 Abs. 1 Satz 2 SGB X sind insbesondere die Regelungen der §§ 284, 295 Abs. 1 b SGB V und die des 2. Kapitels des SGB X zu beachten.“

## **XI)**

Anlage 2 (Teilnahmeerklärung des Versicherten) erhält die beigefügte Fassung.

## **XII)**

Anlage 3 (Vergütung) wird wie folgt geändert:

### **XII.1)**

In der Anlage 3 § 1 Abs. 3 werden die Worte „respektive die Praxisassistentin (VERAH)“ durch die Worte „respektive die Versorgungsassistentin“ ersetzt.

### **XII.2)**

In der Anlage 3 wird § 3 wie folgt gefasst:

### **„§ 3**

#### **Betreuung chronisch kranker Patienten**

Für den erhöhten Betreuungsaufwand chronisch kranker Patienten (C1) erhält der an diesem Vertrag teilnehmende Hausarzt zusätzlich **5,00 Euro** je abgerechneter Erst- bzw. Folgedokumentation im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V für in die HZV der BIG direkt gesund eingeschriebene Versicherte. Der Zuschlag wird bei Abrechnung der Pseudo-Ziffern 96019, 96023, 96319, 96323, 99819, 99823, 99849 und 99853 für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Versicherten gewährt.“

### **XII.3)**

In der Anlage 3 wird ein neuer § 3 a eingeführt.

### „§ 3 a

#### Erweiterte Gesundheitsuntersuchung (Check-up-Plus)

- (1) Die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten können den Check-up-Plus ab Vollendung des 18. bis zum vollendeten 35. Lebensjahr einmalig und ab Vollendung des 35. Lebensjahrs jedes zweite Jahr in Anspruch nehmen. Dabei soll ein aus medizinischer Sicht angemessener zeitlicher Abstand zwischen der zuletzt durchgeführten Vorsorgeuntersuchung gem. Kinder-Richtlinie und dem Check-up-Plus liegen.
- (2) Die teilnehmenden Hausärzte erbringen den Check-up-Plus als Komplexleistung aus den GOP 32042, 32064, 32066, 32069, 32070, 32071, 32101, 32122, 32880, 32881, 32882, EKG und ggf. 32076 EBM und erhalten dafür einen Zuschlag auf die GOP 01732 EBM.
- (3) Die Leistung EBM-Ziffer 32076 ist ein fakultativer Bestandteil des Check-up-Plus, da die GLDH-Bestimmung gemäß EBM-Ziffer 32076 erst bestimmt werden soll, wenn die GOT-Bestimmung nach EBM-Ziffer 32069 und die GPT-Bestimmung nach EBM-Ziffer 32070 auffällig sind.
- (4) Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der erweiterten Gesundheitsuntersuchung. Dabei soll der Hausarzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten ansprechen sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinweisen.
- (5) Ergeben die Untersuchungen den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Hausarzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.
- (6) Für den Fall, dass das Ergebnis des Check-up-Plus auf das Vorliegen einer chronischen Krankheit hinweist, wirkt der Hausarzt darauf hin, den Versicherten in ein bei der BIG direkt gesund bestehendes strukturiertes Behandlungsprogramm einzuschreiben.
- (7) Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.
- (8) Für die Leistungserbringung der Inhalte der GOP 99022 zahlt die BIG einen Zuschlag in Höhe von **13,73 Euro** je abgerechneter Leistung zusätzlich und außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.
- (9) Die Abrechnung der Leistungen des Check-up-Plus über die KVSA erfolgt über die Abrechnungsziffer 99022. Die KVSA prüft die Abrechnungsvoraussetzungen. Die Abrechnung wird im Formblatt unter Konto 408 Kapitel 91 Abschnitt 1 bis Ebene 6 ausgewiesen. Bei durch den teilnehmenden Hausarzt erfolgter Abrechnung der Ziffer 99022 setzt die KVSA die GOP 01732 hinzu. Die GOP 01732 wird im Formblatt 3 unter Konto 523 Kapitel 1 Abschnitt 7 bis Ebene 6 ausgewiesen.
- (10) Neben der Abrechnungsziffer 99022 ist der nach § 25 Abs. 1 SGB V geregelte Check-up (EBM 01732) bei demselben Versicherten im gleichen und im folgenden Kalenderjahr nicht wiederholt abrechenbar.

Leistung	SNR	EBM	Klartext	EUR
<b>Zuschlag Komplex- leistung Check-up-Plus</b>	<b>99022</b>	32042	Bestimmung Blutkörperse- n- geschwindigkeit	<b>13,73 €</b>
		32064	Harnsäure	
		32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)	
		32069	GOT	
		32070	GPT	
		32071	Gamma-GT	
		32101	TSH	
		32122	Vollständiger Blutstatus mittels auto- matisierter Verfahren	
		32880	Harnstreifentest	
		32881	Bestimmung der Nüchternplas- maglukose	
		32882	Bestimmung des Lipidprofils (Ge- samtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyceride)	
		VP/GP	EKG	
32076	<i>fakultativ bei auffälligem GOT und GPT: GLDH</i>			
<b>Zusatzmodul 1</b>	<b>33012B</b>	33012	Sonographische Untersuchung der Schilddrüse mittels B-Mode-Verfah- ren	<b>8,67 €</b>
<b>Zusatzmodul 2</b>	<b>33042B</b>	33042	Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren mittels B-Mode-Verfahren	<b>16,11 €</b>
<b>Zusatzmodul 3</b>	<b>03321B</b>	03321	Belastungs-Elektrokardiographie	<b>22,31 €</b>

(11) Die Vergütung der SNR 33012B, 33042B und 03321B wird ab 01.01.2023 für das jeweilige Jahr entsprechend der Orientierungswertveränderung nach EBM weiterentwickelt.

(12) Die Pauschalen 33012B, 33042B und 03321B sind nur im Zusammenhang mit der Durchführung des Check-up-Plus abrechenbar.

#### **XII.4)**

In der Anlage 3 wird ein neuer § 3 b eingefügt.

## „§ 3 b

### Vergütungsregelung zum arztentlastenden Praxismanagement

Es wird eine jährliche Vergütung in Höhe von **5,00 Euro** pro in die HZV der BIG direkt gesund eingeschriebenen Versicherten der Praxis gezahlt, wenn in der Praxis eine Versorgungsassistentin gemäß § 7 a Hausarztvertrag tätig bzw. in Ausbildung ist.“

#### XII.5)

In der Anlage 3 werden im § 6 die Auszahlungszeitpunkte wie folgt geregelt:

Vergütungsposition	Auszahlungszeitpunkt	Datengrundlage
G 1	Jahresende	Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Betrachtungsquartal (2. Quartal des laufenden Jahres) (§ 2 dieser Anlage)
Versorgungsassistent	Jahresende	Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Betrachtungsquartal (2. Quartal des laufenden Jahres) (§ 3 b dieser Anlage)
C1	Restzahlung	Abrechnung der DMP-Ziffern für die Erst- bzw. Folgedokumentation (§ 3 dieser Anlage)
Check-up-Plus	Restzahlung	Abrechnung der Pseudo-Ziffer 99022 (§ 3 a dieser Anlage)

#### XIII)

Es wird eine neue Anlage 4 (Wirtschaftlichkeitskriterien) in der beigefügten Fassung eingeführt.

#### XIV)

Die Änderungsvereinbarung tritt am 01.04.2022 in Kraft. Zu diesem Zeitpunkt tritt der Vertrag vom 16.12.2011 über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V außer Kraft. Die bis zum 31.03.2022 auf der Grundlage der bisherigen Verträge erbrachten Leistungen werden nach den bis dahin geltenden Bestimmungen erbracht und abgerechnet. Für Leistungen, die nach diesem Zeitpunkt erbracht werden, gelten die Bestimmungen des Vertrages über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V („Hausarztvertrag“) in der Fassung dieser 1. Änderungsvereinbarung.

Anlagen:

Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherter

Anlage 4 Wirtschaftlichkeitskriterien

Berlin, den

Magdeburg, den

---

Peter Kaetsch  
Vorstandsvorsitzender  
BIG direkt gesund

---

Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e. V.

---

Markus Bäumer  
Stv. Vorstandsvorsitzender  
BIG direkt gesund

---

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt