

**Vertrag
zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73 b Absatz 4 Satz 1 SGB V**

zwischen

den Ersatzkassen

- **BARMER GEK**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse - KKH**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- **hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V.,
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt

und

dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V. (Hausärzteverband)

sowie

**seiner Beauftragten, der
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)**

über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V

Präambel

Die Vertragspartner sehen im Hausarzt den zentralen Koordinator und Begleiter der Versicherten im Gesundheitswesen. Die gesetzliche Regelung über die hausarztzentrierte Versorgung trägt dieser Erkenntnis Rechnung und gibt den Vertragspartnern vor allem mit der Bindung der Versicherten an einen Hausarzt die Möglichkeit zur Gestaltung ihrer Steuerungsaufgabe. Durch die Koordination der Behandlung des Patienten wird bestehenden Defiziten entgegen getreten. Mit der Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen und negativer Effekte wegen unabgestimmter Arzneimittelverordnungen wird die Versorgungseffizienz verbessert, werden Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen und Einsparungen erzielt, die zur Stabilität des Beitragssatzes beitragen. Dies stellt die Grundlage der wirtschaftlichen Tragfähigkeit dieses Vertrages für Versicherte, Ärzte und Ersatzkassen dar.

§ 1 Ziel des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer hausarztzentrierten Versorgung (HZV) für Versicherte der im Rubrum genannten durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte.
- (2) Die besondere hausärztliche Versorgung soll darüber hinaus sinnvoll durch auf sie abgestimmte Versorgungsformen und Versorgungselemente ergänzt werden, wie z. B. Verträge nach §§ 140 a ff. oder 73 c SGB V.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren zur Steuerung des Ordnungsverhaltens die Einführung eines Software-Moduls (Anlage 3).

§ 2 Teilnehmende Hausärzte

Die Teilnahme der Hausärzte an diesem Vertrag ist freiwillig. Grundsätzlich können folgende Hausärzte mit Ausnahme der Kinderärzte in Sachsen-Anhalt teilnehmen:

- a) niedergelassene Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen,
- b) durch Vertragsärzte angestellte Hausärzte,
- c) ermächtigte Hausärzte nach § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung,
- d) Vertragsärzte in Eigeneinrichtungen nach § 105 SGB V,
- e) Hausärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V und medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme des Hausarztes

- (1) Ein Arzt im Sinne von § 2 kann die Teilnahme an der HZV durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach Anlage 1 schriftlich gegenüber dem Hausärzteverband erklären.
- (2) Das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen ist gegenüber dem Hausärzteverband nachzuweisen. Der Fortbestand der Teilnahmevoraussetzungen wird stichprobenartig überprüft.
- (3) Liegen die Teilnahmevoraussetzungen vor, bestätigt der Hausärzteverband dem Hausarzt mit Wirkung für alle HzV-Partner die Teilnahme an der HzV durch Übersendung einer schriftlichen Bestätigung („Teilnahmebestätigung“). Eine Übersendung der Teilnahmebestätigung per Fax genügt der Form. Teilnahmebeginn ist das Quartal, in dem die Teilnahmeerklärung des Arztes beim Hausärzteverband eingegangen ist.
- (4) Der Hausarzt ist nach Maßgabe der in der Teilnahmeerklärung niedergelegten Vorgaben verpflichtet, Veränderungen, die für seine Teilnahme an der HzV relevant sind, unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Der Hausärzteverband meldet die ihm übermittelten Änderungen im Rahmen der Lieferung des Verzeichnisses der Hausärzte („HzV-Arztverzeichnis“) an die Ersatzkasse.

- (5) Die Beendigung der Teilnahme kann in schriftlicher Form mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende des Quartals gegenüber dem Hausärzterverband erklärt werden. Der Hausärzterverband hat die Erklärung mit der nächsten Lieferung des HzV-Arztverzeichnisses den Ersatzkassen zu übermitteln.
- (6) Bei Teilnahme eines angestellten Arztes gemäß § 2 ist die Teilnahmeerklärung sowohl vom angestellten als auch vom anstellenden Arzt zu unterzeichnen. Neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes sind auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname) aufzuführen.
- (7) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
 - a) Der Hausarzt muss gemäß § 2 teilnahmeberechtigt sein.
 - b) Der Hausarzt hat an mindestens zwei hausärztlich geprägten strukturierten Behandlungsprogrammen der Ersatzkassen teilzunehmen.
 - c) Der Hausarzt hat für seine Praxis – gegebenenfalls auch in Gerätegemeinschaft, die bis spätestens 31.12.2013 mit anderen Hausarztpraxen gebildet sein muss - folgende apparative Mindestausstattung vorzuhalten:
 - Blutzuckermessgerät
 - EKG
 - Spirometer mit FEV1-BestimmungFür das arztentlastende Praxismanagement gemäß § 7 und Anlage 4 muss zusätzlich die dort erwähnte Ausstattung vorhanden sein.
 - d) Der Hausarzt muss über ein Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) verfügen.
 - e) Der Hausarzt muss die Service-Standards nach § 6 einhalten.
 - f) Der Hausarzt muss aktiv an der Erreichung der Ziele nach Anlage 6 teilnehmen.
 - g) Der Hausarzt muss seine Patienten über das Hausarztprogramm der Ersatzkassen umfassend informieren.
- (8) Die Vertragspartner stimmen zu den erforderlichen Datenlieferungen eine gesonderte Prozessbeschreibung (Anlage 7) bis zum 14.07.2013 ab.

§ 4

Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme der Versicherten der Ersatzkassen an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der jeweiligen Ersatzkasse. Die Versorgungsrealität für Kinder und Jugendliche sowie die bestehenden Arzt-Patienten-Beziehungen sollen nicht verändert werden. Die Versicherten können sich gegenüber der jeweiligen Ersatzkasse schriftlich zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung verpflichten. Bei einer Einschreibung eines Versicherten, dessen Geschäftsfähigkeit noch nicht besteht oder eingeschränkt ist, wird die Teilnahmeerklärung durch den (gesetzlichen) Vertreter bzw. Betreuer unterzeichnet. Die Einschreibung erfolgt unter Verwendung der Teilnahmeerklärung (Anlage 2) bei dem gewählten Hausarzt.

- (3) Der am Vertrag teilnehmende Hausarzt ist zur Annahme der Teilnahmeerklärung der Versicherten für die Ersatzkasse berechtigt und verpflichtet. Die Teilnahmeerklärung wird vom Hausarzt innerhalb von 10 Tagen an den Hausärzteverband weitergeleitet. Der Hausärzteverband übermittelt der jeweiligen Ersatzkasse monatlich die Einschreibedaten in elektronischer, weiterverarbeitbarer Form gemäß der Prozessbeschreibung nach Abs. 9. Der Versicherte erhält von seiner Ersatzkasse eine Einschreibebestätigung. In dieser ist der vom Versicherten gewählte Hausarzt benannt. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem auf die Einschreibung folgenden Quartal. Der Versicherte hat das Recht, seine Einschreibung innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der Einschreibebestätigung schriftlich bei seiner Ersatzkasse zu widerrufen. Auf Anforderung der Ersatzkasse stellt die KVSA in Einzelfällen die Teilnahmeerklärung als Image-Datei zur Verfügung.
- (4) Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens nach Ablauf eines Jahres beenden. Es gelten die Kündigungsfristen gemäß der Satzung der jeweiligen Ersatzkasse. Die Kündigung erfolgt schriftlich gegenüber der zuständigen Ersatzkasse. Die Ersatzkasse informiert den Hausärzteverband über die Beendigung der Teilnahme im Rahmen des Versichertenverzeichnisses.
- (5) Der teilnehmende Versicherte soll bei Nichterreichbarkeit des von ihm gewählten Hausarztes (z. B. in dessen Urlaub) nach Möglichkeit einen Hausarzt aufsuchen, der ebenfalls an diesem Vertrag teilnimmt.
- (6) Die Teilnahmeerklärung enthält die Verpflichtung, während der Dauer der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ambulante fachärztliche Behandlung nur auf Überweisung durch den gewählten Hausarzt sowie stationäre Behandlung nur nach Einweisung durch den gewählten Hausarzt oder den Facharzt, an den der Hausarzt überwiesen hatte, in Anspruch zu nehmen. Hiervon ausgenommen sind die direkte Inanspruchnahme eines niedergelassenen Facharztes für Frauenheilkunde, Augenheilkunde, Kinder- und Jugendärzte sowie die Behandlung in Notfällen, bei denen die vorherige Einschaltung des Hausarztes nicht angezeigt ist. Die Versicherten sollen den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten wird empfohlen, grundsätzlich Termine für Arztbesuche per Telefon oder Internet vorab zu vereinbaren.
- (7) Der Versicherte wird verpflichtet, die Regeln dieses Vertrages einzuhalten. Bei wiederholten Verstößen gegen diese Regeln kann der vorzeitige Ausschluss des Versicherten durch die jeweilige Ersatzkasse aus der hausarztzentrierten Versorgung erfolgen.
- (8) Die Ersatzkassen tragen die Kosten für Druck und Versand der Teilnahmeerklärung für Versicherte.
- (9) Die Vertragspartner stimmen zu den erforderlichen Datenlieferungen eine gesonderte Prozessbeschreibung bis zum 14.07.2013 ab.

§ 5

Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

- (1) Der Hausarzt übernimmt bei der Versorgung der eingeschriebenen Versicherten die Funktion des Koordinators und begleitet sie durch das Versorgungssystem. Dies umfasst neben der Durchführung der hausärztlichen Betreuung die Koordination der fachärztlichen und der Krankenhausbehandlung sowie die Koordination von Verordnungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege (veranlasste Leistung). Die entsprechenden Richtlinien für veranlasste Leistungen sind zu beachten (§ 92 SGB V).
- (2) Der teilnehmende Hausarzt verschafft sich nach der Einschreibung des Versicherten einen umfassenden Überblick über die Behandlungshistorie und über Art und Umfang der Behandlung durch weitere Leistungserbringer (z. B. verordnete Arzneimittel, behandelnde Fachärzte etc.).
- (3) Soweit sich der teilnehmende Hausarzt von der Notwendigkeit einer fachärztlichen oder einer Krankenhausbehandlung überzeugt hat, erfolgt in Absprache mit dem Patienten eine Überweisung bzw. Einweisung mit eindeutigem Auftrag zu spezieller Diagnostik oder Therapie. §§ 27 ff. EKV bleiben unberührt. Der Hausarzt soll den Versicherten bei Bedarf unterstützen, damit er einen zeitnahen Facharzttermin erhält.
- (4) Der Hausarzt nach § 2 erfüllt seine Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V. Insbesondere nimmt er an Qualitätszirkeln sowie Fortbildungen teil, die sich auf hausarzt-spezifische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie und Geriatrie. Die Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln, vor allem zur Arzneimitteltherapie, erfolgt unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren. Das Tatbestandsmerkmal „geschulter Moderator“ wird in der praktischen Umsetzung durch die KVSA gewährleistet. Jeder Moderator hat entweder eine entsprechende Schulung gegenüber der KVSA nachgewiesen oder verfügt über die geforderte Qualifikation, die der Moderator gegenüber der KVSA zeitnah nachweist.
- (5) Der Hausarzt behandelt die Versicherten der Ersatzkasse nach den für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien.
- (6) Der Hausarzt nimmt pro Jahr an mindestens zwei Fortbildungsveranstaltungen, die vom Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) zertifiziert sind, teil.
- (7) Die Erfüllung der Pflichten nach Absätzen 4 bis 6 ist vom teilnehmenden Hausarzt gegenüber dem Hausärzteverband jahresbezogen nachzuweisen.
- (8) Der teilnehmende Hausarzt soll ein einrichtungsinternes, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenes, indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement einführen, das der Anforderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren vom 18.10.2005 entspricht.
- (9) Der Hausarzt soll bereits bestehende und zukünftig entstehende Integrierte Versorgungsformen nach § 140 a ff. SGB V sowie die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V nutzen bzw. unterstützen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem Hausarzt und den niedergelassenen (Fach-)Ärzten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden.

- (10) Der Hausarzt ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie verpflichtet. Hierzu sind bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der Ersatzkassen mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130 a Abs. 8 SGB V zu verordnen bzw. grundsätzlich „aut idem“ in der Apotheke zuzulassen. Außerdem ist unter der Beachtung der medizinischen Erfordernisse die Auswahl wirtschaftlicher Arzneimittel vorzunehmen.
- (11) Der Hausarzt überprüft die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Verordnungen, insbesondere von Heilmitteln, Hilfsmitteln und von Häuslicher Krankenpflege.

§ 6

Servicestandards für teilnehmende Hausärzte

- (1) An der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte (HzV-Versicherte) sollen Termine für Arztbesuche vorab vereinbaren. Der an diesem Vertrag teilnehmende Hausarzt soll in diesem Fall die Wartezeit auf in der Regel 30 Minuten begrenzen.
- (2) Der Hausarzt stellt bei akuten Behandlungsfällen eine taggleiche Behandlung sicher.
- (3) Der Hausarzt verpflichtet sich, auf Anfrage des Versicherten Termine spätestens für den übernächsten Tag zu vergeben.
- (4) Der Hausarzt führt in notwendigen Fällen Hausbesuche durch.
- (5) An wöchentlich einem Werktag bietet der Hausarzt nach Vereinbarung und Bedarf für berufstätige HzV-Versicherte eine Früh- oder Abendterminsprechstunde (ab 7 Uhr oder bis 20 Uhr) oder eine Samstagsterminsprechstunde ebenfalls nach Vereinbarung an.
- (6) Der Hausarzt überweist HZV-Versicherte an Fachärzte unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung der dem Hausarzt möglichen und notwendigen hausärztlichen Abklärungen. In medizinisch notwendigen Fällen unterstützt er aktiv die Vermittlung von zeitnahen Facharztterminen bei durch den Hausarzt veranlassten Überweisungen. Sofern die zeitnahe Überweisung an einen Facharzt in Einzelfällen nicht möglich ist, erfolgt bei Bedarf auf Anforderung des Hausarztes eine Unterstützung durch die jeweilige Ersatzkasse über deren Hotline.
- (7) Der Hausarzt stempelt ihm vorgelegte Bonushefte von HZV-Versicherten ab, sofern Leistungen betroffen sind, die der Hausarzt erbracht hat. Außerdem erinnert er die teilnehmenden Versicherten an sinnvolle Vorsorgemaßnahmen und Impfungen.
- (8) Der Hausarzt bietet nach technischer Möglichkeit und unter dem Vorbehalt der datenschutzrechtlichen Unbedenklichkeit eine Online-Terminvergabe an.

§ 7

Arztentlastendes Praxismanagement

Die Vertragspartner befürworten die Einführung eines arztentlastenden Praxismanagements und den Einsatz der nichtärztlichen Praxisassistentin. Näheres regelt die Anlage 4.

§ 8 Aufgaben der KVSA

- (1) Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen aus diesem Vertrag erfolgen unter Berücksichtigung der §§ 10 und 10a durch die Vertragspartner über die KVSA.
- (2) Kosten, die der KVSA bei der Umsetzung dieses Vertrages entstehen, werden über die von den teilnehmenden Ärzten zu entrichtenden Verwaltungskosten im Rahmen des Honorarbescheides der teilnehmenden Ärzte abgegolten.
- (3) Die KVSA übernimmt im Rahmen dieses Vertrages sämtliche Aufgaben des Hausärzteverbandes.

§ 9 Aufgaben der Ersatzkassen

- (1) Die jeweilige Ersatzkasse gleicht die ihr nach Maßgabe von § 4 Abs. 3 übermittelten Einschreibedaten gegen ihren Versichertenbestand und gegen das ihr jeweils aktuell vorliegende Arztverzeichnis ab.
- (2) Sie führt und pflegt das Versichertenverzeichnis.
- (3) Die jeweilige Ersatzkasse ist verpflichtet, dem Hausärzteverband das jeweils aktuelle Versichertenverzeichnis als Grundlage der Versorgung gemäß der vereinbarten Fristen in der Schnittstellenbeschreibung zu übermitteln.
- (4) Die Vergütungen sind nach Anlage 5 unter Berücksichtigung der §§ 10 und 10a von der jeweiligen Ersatzkasse zu leisten.

§ 10 Vergütung

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen dieses Vertrages erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Gesamtvertrages. Mit dieser Vergütung sind die vertragsärztlichen Leistungen entsprechend den mit der KVSA bestehenden vertraglichen Regelungen innerhalb bzw. außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütungsvereinbarung mit der KVSA abgegolten.
- (2) Für zusätzliche Leistungen erhält der teilnehmende Arzt bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen die Vergütungen nach Anlage 5. Die Zahlung erfolgt außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb der Regelleistungsvolumen.
- (3) Die Vergütung nach Absatz 2 wird gegenüber dem Arzt in den Honorarunterlagen gesondert dargestellt und ihm entsprechend der Vereinbarung nach § 10a separat überwiesen.

§ 10a
Beachtung des Grundsatzes der Beitragsstabilität,
Refinanzierungs- und Anpassungsklausel

- (1) Die Vertragsparteien sind sich einig, dass für diesen Vertrag der Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 SGB V) gilt. Demnach müssen zusätzliche Aufwendungen der Ersatzkasse, die wegen der zusätzlichen Aufgaben der Hausärzte im Vollzug dieses Vertrages entstehen, durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen vollständig refinanziert werden. Die Umsetzung dieser Absicht sowie die Beachtung des § 73 b Abs. 5a und Abs. 8 SGB V werden vertraglich sichergestellt.
- (2) Beim Vollzug dieses Vertrages werden die Vertragspartner gemeinsam und je einzeln sicherstellen, dass durch eine optimale Steuerung des Versorgungsgeschehens Einsparungen und Effizienzgewinne wenigstens in dem Umfang erzielt werden, der für die Finanzierung entstehender Mehraufwendungen erforderlich ist. Hierzu vereinbaren die Vertragspartner die in Anlage 6 genannten Zielfelder. Die Vertragspartner bedienen sich darüber hinaus insbesondere der Gestaltungsmöglichkeiten, die ihnen dieser Vertrag beispielsweise gemäß § 3 Abs. 7, § 4 Abs. 6 und §§ 5 bis 7 an die Hand gibt und verständigen sich in diesem Rahmen über weitere Handlungsfelder und entsprechende Messkonzepte.
- (3) Die Ersatzkasse verpflichtet sich, nach Ablauf des vierten Quartals seit dem Finanzwirksamwerden dieses Vertrages und anschließend nach jedem weiteren vierten Quartal über Mehraufwendungen, Einsparungen und Effizienzgewinne Rechnung zu legen, wobei zu den Einsparungen und Effizienzgewinnen ausschließlich solche Effekte zählen, die aufgrund der HzV bei an der HzV teilnehmenden Versicherten zu verzeichnen sind. Die Berechnung der Einsparungen erfolgt über alle teilnehmenden Hausärzte.
- (4) Als Vergleichsgruppe dient eine Gruppe, die mit der Gruppe der teilnehmenden Versicherten vergleichbar ist. Die Vertragspartner stimmen sich bei der Auswahl der Vergleichsgruppe ab.
- (5) Liegt der durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen erzielte Wert niedriger als der Wert der Mehraufwendungen, wird die Vergütung dieses Vertrages zum nächstmöglichen Quartal nach Auswertung der Berechnung gemäß Abs. 2 entsprechend angepasst. Mehraufwendungen der Ersatzkassen werden mit zukünftigen Honoraransprüchen der teilnehmenden Hausärzte verrechnet. Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die das Honorarvolumen im vergangenen 4-Quartals-Zeitraum überschreiten, werden durch entsprechende Bonuszahlungen an die teilnehmenden Hausärzte ausgezahlt.
- (6) Die Hausärzte verpflichten sich zu einer sorgfältigen und nachvollziehbaren Leistungsdokumentation.

§ 11

Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“

Die Vertragspartner vereinbaren die Einführung und Umsetzung der hausärztlichen Leitlinie „Multimedikation“ der hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen im Rahmen des Projektes Strukturiertes Informationsmanagement für ärztliche Qualitätszirkel (SIQ). Das SIQ-Modul wird durch ein geeignetes Institut oder eine geeignete Abteilung für Allgemeinmedizin erarbeitet. Die Organisation der Erarbeitung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt. Für die Erarbeitung und Schulung der Qualitätszirkelleiter wird von den Ersatzkassen ein maximales Finanzvolumen in Höhe von 50.000 EUR zur Verfügung gestellt. Über die Verwendung der bereitgestellten Finanzmittel werden die Ersatzkassen in geeigneter Form in Kenntnis gesetzt.

§ 12

Maßnahmen bei Verstoß gegen die Anforderungen des Vertrages

Verstößt ein Hausarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, können im Einvernehmen der Vertragspartner nachfolgende Maßnahmen getroffen werden:

1. Aufforderung durch den Hausärzteverband zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen.
2. Kürzung oder Wegfall der Vergütung nach § 10 Abs. 2 des Vertrages bzw. nachträgliche Korrektur.
3. Rückforderung bereits erfolgter Vergütung nach § 10 Abs. 2 des Vertrages.
4. Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners Widerruf der Teilnahme und der Abrechnungsgenehmigung durch den Hausärzteverband.

§ 13

Beirat

Die Vertragspartner richten einen Beirat ein. Seine Aufgaben und Geschäftsordnung sind einvernehmlich festzulegen.

§ 14

Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

§ 15

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag ist nicht befristet. Er tritt am 01.07.2013 in Kraft; zu diesem Zeitpunkt beginnt auch die Einschreibung der teilnehmenden Ärzte und Versicherten. Die hausarztzentrierte Versorgung der Versicherten sowie Vergütung der Ärzte gemäß des Vertrages wird, soweit in Anlage 5 nicht abweichend geregelt, ab 01.10.2013 wirksam.

- (2) Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden, erstmalig zum 30.09.2015.
- (3) Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen der Anlagen bedürfen keiner Vertragskündigung. § 15 gilt entsprechend.
- (4) Eine beteiligte Ersatzkasse kann auch allein kündigen, in diesem Fall bleibt die Vereinbarung für die verbleibenden Ersatzkassen bestehen.
- (5) Eine außerordentliche Kündigung ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, wenn ein Vertragspartner schwerwiegend gegen die Vertragsverpflichtungen verstößt oder wenn die Voraussetzungen der hausarztzentrierten Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung entfallen.
- (6) Der beteiligten Ersatzkasse steht außerdem ein Sonderkündigungsrecht zu, wenn sie aufgrund dieses Vertrags Hilfen im Sinne des § 265 b SGB V beantragen muss oder wenn sie gezwungen ist, wegen dieses Vertrages einen (höheren) kassenindividuellen Zusatzbeitrag gemäß § 242 SGB V zu erheben.
- (7) Vor Erklärung einer außerordentlichen Kündigung haben alle Vertragspartner soweit möglich und zumutbar auf eine Beseitigung des zur Kündigung berechtigenden Umstandes hinzuwirken. Hierzu wird zur Beseitigung der Kündigungsgründe eine angemessene Frist eingeräumt, bevor die Kündigung ausgesprochen wird.
- (8) Die Kündigung hat schriftlich gegenüber dem Vertragspartner zu erfolgen.

§ 16 Schlussbestimmungen

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

§ 17 Anlagen

Die folgenden Anlagen sind Bestandteile dieses Vertrages.

Anlage 1 - Teilnahmeerklärung Arzt

Anlage 2 - Teilnahmeerklärung Versicherter

Anlage 3 - Arztunterstützende Software

Anlage 4 - Arztentlastendes Praxismanagement

Anlage 5 - Vergütung

Anlage 6 - Zielquoten

Anlage 7 - Prozessbeschreibung (noch zu erstellen)

Unterschriftsseite zum Vertrag zwischen den Ersatzkassen und dem Hausärzterverband Sachsen-Anhalt e.V. und der von den Vertragspartnern beauftragten Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V („Hausarztvertrag“)

Magdeburg, 27.06.2013

.....
Verband der Ersatzkassen e.V.
Der Leiter der Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

.....
Hausärzterverband Sachsen-Anhalt e.V.

.....
Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt