

**Vereinbarung zur Förderung des Hausarztvermittlungsfalls
im Rahmen des Vertrages über die Umsetzung der
hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ("Hausarztvertrag")**

zwischen

der AOK Sachsen-Anhalt

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)

und

dem Hausärzterverband Sachsen-Anhalt e.V. (HÄVSA)

zur Verbesserung der medizinischen Versorgung

§ 1 Ziel der Vereinbarung

Das Ziel dieser Vereinbarung ist die Sicherstellung einer fachärztlichen Versorgung für Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt im ambulanten Bereich durch Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten, als Ergänzung der bereits vorhandenen Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG).

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Die Vereinbarung findet Anwendung im Bereich der KVSA und gilt für alle Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt mit Wohnort in Sachsen-Anhalt, die am Hausarztprogramm teilnehmen.
- (2) Teilnahmeberechtigt an dieser Vereinbarung als überweisende Ärzte sind im Bereich der KVSA zugelassene, in einer Praxis angestellte sowie in einem Medizinischen Versorgungszentrum bzw. in Einrichtungen nach § 311 oder § 105 SGB V tätige Hausärzte, die am Hausarztprogramm teilnehmen (nachfolgend Hausärzte genannt).
- (3) Teilnahmeberechtigt an dieser Vereinbarung als übernehmende Ärzte sind für die fachärztliche Versorgung zugelassene Ärzte, durch Vertragsärzte angestellte Fachärzte, sowie angestellte Fachärzte in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, § 105 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V (im Folgenden: Fachärzte). Ausgenommen sind Laborärzte und Pathologen.
- (4) Die Hausärzte sollen anhand der Befunde, die die Dringlichkeit der Behandlungsbedürftigkeit einschätzen und gem. § 3 Abs. 4 dieser Vereinbarung, an Fachärzte überweisen.

§ 3 Überweisungsverfahren

- (1) Im Rahmen der hausarztkoordinierten Versorgung soll die gezielte Vorstellung von Patienten durch die Hausärzte bei den Fachärzten gesteuert werden. Zu diesem Zweck vereinbaren die Parteien die gezielte Überweisung bzw. Terminvermittlung von Patienten durch Hausärzte an Fachärzte der KVSA. Die Hausarztterminvermittlung soll dabei anstatt der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle der KVSA erfolgen.
- (2) Der behandelnde Hausarzt kann dafür Überweisungen für Patienten mit Teilnahme am Hausarztprogramm für eine dringliche Vorstellung nach den nachfolgenden Regelungen an den Facharzt in Sachsen-Anhalt ausstellen.
- (3) Der überweisende Hausarzt prüft die medizinische Dringlichkeit der Vorstellung beim Facharzt. Die Überweisung innerhalb der gleichen Praxis oder MVZ ist nicht möglich.
- (4) Der Hausarzt vermittelt seinem Patienten einen Facharzttermin durch ein Telefonat mit dem Facharzt oder durch die Übermittlung der „Faxanfrage zur kurzfristigen Mit- und Weiterbehandlung durch den Facharzt“ gem. der Anlage 1 auf dem schnellsten Weg. Für die Vorstellung beim Facharzt erhält der Patient ggf. relevante Vorbefunde und den Überweisungsschein (Muster 6) mit der nachfolgenden Kennzeichnung:

- **Kategorie A** (bis 4. Kalendertag nach HA-Vermittlung)
- **Kategorie B** (5. bis 8. Kalendertag nach HA-Vermittlung)
- **Kategorie C** (9. bis 14. Kalendertag nach HA-Vermittlung)
- **Kategorie D** (15. bis 35. Kalendertag nach HA-Vermittlung)

§ 4 Abrechnungsvoraussetzungen

(1) **Der überweisende Hausarzt**

- nimmt eine fallbezogene Patientenanamnese, die klinische Untersuchung und den Ausschluss wichtiger Differentialdiagnosen vor,
- übermittelt die Ergebnisse der erhobenen Befunde und gibt ggf. Informationen zur begonnenen Therapie oder den üblichen Therapieversuchen unter Nutzung des Überweisungsscheins (Muster 6),
- teilt die Diagnose / Verdachtsdiagnose im Klartext oder wenn möglich nach ICD-10 mit,
- unterstützt den Patienten aktiv bei der Terminvermittlung bzw. stellt aktiv den Kontakt zum Facharzt her, um einen verbindlichen Vorstellungstermin gem. den Vorgaben der Kategorien A bis D zu vereinbaren und gibt das Ausstellungsdatum auf dem Überweisungsschein an,
- gibt in seiner Abrechnung die GOP gemäß § 7 Abs. 4 an,
- gibt an der GOP die BSNR der Praxis, an die der Termin vermittelt wurde, in der Feldkennung 5003 an.

(2) **Der übernehmende Facharzt** bei einem vom überweisenden Hausarzt ausgestellten Überweisungsschein (Muster 6)

- übernimmt diesen Patienten entsprechend einer der in § 3 Abs. 4 vorgegebenen Kategorien A bis D,
- informiert den zuweisenden Hausarzt und den Patienten über den reservierten Behandlungstermin,
- kennzeichnet bei Arzt-Patienten-Kontakt den Abrechnungsschein als Überweisung nach „Hausarzt-Vermittlungsfall“ und übernimmt das Ausstellungsdatum der Überweisung in die Abrechnung (Feldkennung 4102),
- teilt das Ergebnis der Untersuchung bzw. Behandlung dem überweisenden Hausarzt nebst aller notwendigen Informationen über die bei ihm erhobenen Befunde, die erfolgte oder ggf. einzuleitende Behandlung und die von ihm veranlassten Leistungen sowie Empfehlungen zur Weiterbehandlung entsprechend kurzfristig mit.

(3) Eine ggf. erforderliche Nachuntersuchung des Patienten durch den übernehmenden Facharzt nach Abschluss des Behandlungsfalls soll in Absprache mit dem überweisenden Hausarzt erfolgen.

§ 5 Aufgaben des HÄVSA und der KVSA

- (1) Der HÄVSA und die KVSA informieren alle in Betracht kommenden Haus- und Fachärzte sowie ihre Mitglieder über die Inhalte dieser Vereinbarung.
- (2) Die KVSA ermittelt mithilfe des Leistungsdatums den Zeitraum zwischen Hausarztvermittlung und Facharztkontakt des Versicherten anhand des Ausstellungsdatums des Überweisungsscheins und des ersten Arzt-Patienten-Kontaktes beim Facharzt und setzt den entsprechenden Zuschlag (Kennzeichnung durch gesonderte Abrechnungsziffer) in der Quartalsabrechnung des Facharztes zu.
- (3) Ferner übernimmt die KVSA die sachliche und rechnerische Prüfung und ggf. die Berichtigung der ärztlichen Abrechnung, die Rechnungslegung gegenüber der AOK sowie die Auszahlung der Vergütung gegenüber den teilnehmenden Haus- und Fachärzten.

§ 6 Aufgaben der AOK

- (1) Die AOK informiert ihre Versicherten über die Möglichkeit der Hausarztvermittlung und deren Vorteile in Bezug auf die koordinierende Versorgung durch den Hausarzt.
- (2) Die AOK zahlt die Zuschläge gemäß § 7 außerhalb der MGV.

§ 7 Abrechnung und Vergütung

- (1) Eine Vergütung erfolgt grundsätzlich für einen vermittelten Termin. Eine etwaige Nichtinanspruchnahme durch den Versicherten geht nicht zu Lasten der Hausärzte.
- (2) Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen nach dieser Vereinbarung erfolgt über die KVSA. Die Vergütung wird außerhalb der MGV gezahlt und erfolgt mit der Quartalsabrechnung des entsprechenden Quartals. Die Regelungen des § 295 Abs. 1 SGB V finden Anwendung. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt für die AOK mit befreiender Wirkung über die KVSA. Die Vergütung gegenüber dem Arzt wird von der KVSA in den Honorarunterlagen gesondert ausgewiesen.
- (3) Kosten, die der KVSA bei der Umsetzung dieses Vertrages entstehen, werden über die Verwaltungskosten der teilnehmenden Ärzte im Rahmen des Honorarbescheides abgegolten.
- (4) Die überweisenden Hausärzte rechnen für die Terminvermittlung an Fachärzte gemäß
 - Kategorie A: Abrechnungsziffer 03008, Vergütung gemäß EBM
 - Kategorie B - D: Abrechnungsziffer 98003, Vergütung in Höhe der Vergütung der GOP 03008

an dem Tag ab, an dem der Termin mit der Facharztpraxis vereinbart wird.

- (5) In den Kategorien A bis D erhält der übernehmende Facharzt für die Terminvergabe jeweils eine nach Dauer bis zum Kontakt mit dem Versicherten unterschiedliche Vergütung.
- **Kategorie A:** Abrechnungsziffer 98005A in Höhe von 12,00 Euro
 - **Kategorie B:** Abrechnungsziffer 98005B in Höhe von 12,00 Euro
 - **Kategorie C:** Abrechnungsziffer 98005C in Höhe von 8,50 Euro
 - **Kategorie D:** Abrechnungsziffer 98005D in Höhe von 5,00 Euro.
- (6) Die Vergütung der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Nr. 3 und 4 bleiben unberührt.
- (7) Eine gleichzeitige Abrechnung und Vergütung der Zuschläge nach § 87 Abs. 2c Satz 3 SGB V ist ausgeschlossen.
- (8) Die ausgezahlte Vergütung nach Abs. 4 Kategorie A wird im Formblatt unter Konto 400 bis Ebene 6 ausgewiesen. Die ausgezahlte Vergütung nach Abs. 4 Kategorie B bis D und Abs. 5 wird im Formblatt 3 unter Konto 408 bis Ebene 6 ausgewiesen.

§ 8 Maßnahmen der Qualitätssicherung

- (1) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Haus- und Fachärzte verpflichten sich zur Wahrnehmung ihrer fachlichen Fortbildungspflicht. Als eine geeignete Maßnahme sehen die Vereinbarungspartner fachübergreifende Qualitätszirkel an.
- (2) Die teilnehmenden Ärzte werden durch flankierende Informationen der Vereinbarungspartner unterstützt.

§ 9 Controlling

- (1) Die Vereinbarungspartner begleiten die Vereinbarung mit einem engmaschigen Controlling. Dazu stellt die KVSA der AOK die Anzahl der abgerechneten ungeprüften Abrechnungsziffern unter Benennung der LANR und BSNR 6 Wochen nach Beendigung des Abrechnungsquartals in digitaler Form zur Verfügung. Näheres zum Datenaustausch ist in der Schnittstellenbeschreibung geregelt.
- (2) Für die in § 7 Abs. 5 geregelten Zuschläge erfolgt nach einem Jahr Vertragslaufzeit eine Bewertung dieser im Vergleich zur Zuschlagsvergütung nach der Vermittlungsfälle im Rahmen der Regelversorgung. Die Zuschlagsvergütung nach diesem Vertrag soll das durchschnittliche Vergütungsniveau in der Regelversorgung nicht übersteigen. Entsprechend der Ergebnisse wird bei Bedarf eine Anpassung vorgenommen.
- (3) Insbesondere das Überweisungsverhalten gem. § 3 Abs. 4 wird durch die Vereinbarungspartner in geeigneter Weise ausgewertet und überprüft.
- (4) Um den besonderen Wert dieser Vereinbarung bei den Versicherten zu hinterfragen, kann die AOK Sachsen-Anhalt regelmäßig Versichertenbefragungen durch.

§ 10 Datenschutz

Es gelten die im Hauptvertrag geregelten datenschutzrechtlichen Vorgaben.

§ 11 Salvatorische Klausel

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

§ 12 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2021 in Kraft.
- (2) Sie kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden. Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen der Anlagen bedürfen keiner Vereinbarungskündigung. Die Vereinbarung bleibt durch Änderung ihrer Anlage unberührt.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, wenn die Voraussetzungen dieser Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung oder wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen Gründen entfallen.
- (4) Vor Erklärung einer außerordentlichen Kündigung haben alle Vereinbarungspartner - soweit möglich und zumutbar – auf eine Beseitigung der Kündigungsgründe eine angemessene Frist eingeräumt, bevor die Kündigung ausgesprochen wird.
- (5) Die Kündigung hat in schriftlicher Form zu erfolgen.

Unterschriftenseite

Vereinbarung zur Förderung des Hausarztvermittlungsfalls im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ("Hausarztvertrag") zur Verbesserung der medizinischen Versorgung

Magdeburg, den

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

AOK Sachsen-Anhalt

Hausärzteverband
Sachsen-Anhalt e. V.