

**Vertrag**  
über die  
**hausärztliche Versorgung nach § 73b Abs. 4 Satz 3 SGB V**

in der Fassung des 1. Nachtrages vom 01.04.2017

**„AOK – Hausarztvertrag“**

zwischen der

- 1. AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen**  
Basler Straße 2  
61352 Bad Homburg  
(vertreten durch den Vorstand)

nachfolgend AOK Hessen genannt

und der

- 2. Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**  
Georg – Voigt – Str. 15  
60325 Frankfurt am Main

nachfolgend KV Hessen genannt

## Inhaltsverzeichnis

Präambel .....	3
§ 1 Gegenstand und Zielsetzung .....	4
§ 2 Geltungsbereich .....	4
§ 3 Aufgaben der KV Hessen .....	4
§ 4 Aufgaben der AOK Hessen .....	5
§ 5 Beginn und Ende der Teilnahme von Hausärzten .....	5
§ 6 Qualitätsanforderungen an die teilnehmenden Hausärzte .....	6
§ 7 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte .....	8
§ 8 Teilnahme des Versicherten .....	10
§ 9 Beginn und Ende der Teilnahme von Versicherten .....	10
§ 10 Abrechnung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen .....	11
§ 11 Qualität und Wirtschaftlichkeit .....	13
§ 12 Vertragscontrolling .....	14
§ 13 Beirat .....	14
§ 14 Datenschutz .....	14
§ 15 Laufzeit und Kündigung .....	15
§ 16 Öffentlichkeitsarbeit .....	15
§ 17 Schlussbestimmungen .....	16
Anlagenverzeichnis .....	17

## **Präambel**

Die hausärztliche Versorgung ist ein unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Für viele Patienten ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner im Umgang mit der Erkrankung, bei der Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie, bei der Gesundheitsberatung und -förderung sowie für die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.

Die Versicherten der AOK Hessen haben gemäß § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf Unterstützung durch ihre Krankenkasse, insbesondere zur Orientierung und Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Versicherten sollen einer strukturierten und koordinierten Versorgung zugeführt und damit Effizienzsteigerungen erreicht werden.

Die Beratungsintensität für Patienten mit chronischen oder in Behandlung befindlichen schwierigen und langwierigen Krankheiten soll erhöht werden, um so eine umfassende, engmaschige und kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten.

Ziel dieses Vertrages ist, die hausärztliche Versorgung für Versicherte der AOK Hessen durch Zusammenarbeit mit engagierten und besonders qualifizierten Hausärzten hinsichtlich Qualität, Serviceleistungen und Koordinierung zu verbessern und flächendeckend in Hessen sicherzustellen.

## **§ 1 Gegenstand und Zielsetzung**

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Regelung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 3 SGB V für Versicherte der AOK Hessen.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte übernehmen die Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten und verantworten die wirtschaftliche, qualitativ hochwertige sowie serviceorientierte Behandlung. Dabei werden Wirtschaftlichkeitspotentiale, z.B. im Bereich der Arzneimitteltherapie, vermeidbare Krankenhausaufenthalte und anderen nachgelagerten Versorgungsbereichen erschlossen. Die Vertragspartner werden im zulässigen Rahmen laufend Maßnahmen zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität realisieren.
- (3) Die Ziele dieses Vertrages sollen insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:
  1. Innovatives Vergütungssystem, das wirtschaftliche und qualitätsorientierte Behandlungsweisen fördert
  2. Individuelle Begleitung der teilnehmenden Versicherten durch den gesamten Versorgungsprozess entsprechend § 7
  3. Höhere Beratungsintensität bei Versicherten mit einer chronischen oder in Behandlung befindlichen, schwierigen und langwierigen Krankheit durch engmaschige und kontinuierliche Betreuung inkl. Überweisungsmanagement

## **§ 2 Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt für:

- (1) Hausärzte im Sinne von § 73 Abs. 1a SGB V, die an der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gemäß § 95 SGB V beteiligt sind, unabhängig davon, ob sie die Tätigkeit in einer Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ, selbstständig oder im Angestelltenverhältnis (durch den Zulassungsausschuss genehmigt) ausüben, soweit sie die vertraglichen Qualitätsanforderungen nach § 6 erfüllen (im Folgenden: Hausärzte genannt).
- (2) alle Versicherten der AOK Hessen, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag gemäß § 8 bei einem an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt erklärt haben und die nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V teilnehmen.

## **§ 3 Aufgaben der KV Hessen**

Die KV Hessen verpflichtet sich gegenüber der AOK Hessen, eine Versorgung nach diesem Vertrag sicher zu stellen. Die aus diesem Vertrag für die KV Hessen resultierenden Rechte und Pflichten lauten wie folgt:

1. Einbindung der Hausärzte durch Annahme der Teilnahmeerklärungen der Hausärzte
2. Überprüfung der Teilnahmeerklärungen der Hausärzte auf das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen und Bestätigung - unter Angabe des Teilnahmebeginns - oder Ablehnung der Teilnahme in schriftlicher Form an den Hausarzt
3. Veröffentlichung der am Vertrag teilnehmenden Hausärzte im Internet
4. Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch Hausärzte

5. Führung eines Verzeichnisses über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte. Die KV Hessen stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses der AOK Hessen wöchentlich, bei Bedarf häufiger, in elektronischer Form zur Verfügung. Die Vertragspartner bestimmen nach Vertragsschluss die Inhalte, das Format, den Zeitpunkt und ein Verfahren, welches die Datenübermittlung auf elektronischem Wege ermöglicht. Die Beschreibung erfolgt in Anlage 5.
6. Bereitstellung einer EDV-Lösung zur Vertragsumsetzung sowie kostenlose Zurverfügungstellung in den teilnehmenden Hausarztpraxen
7. elektronische Entgegennahme von Teilnahmemeldungen der Versicherten aus den Hausarztpraxen
8. Erstellung eines Verzeichnisses der eingegangenen Teilnahmemeldungen der Versicherten in elektronischer Form und wöchentliche Übermittlung an die AOK Hessen („Vorläufiges Teilnehmerverzeichnis“). Es gilt § 3 Ziff. 5 Satz 3.
9. Annahme, des von der AOK Hessen gemäß § 4 Ziff. 2 erstellten Teilnehmerverzeichnisses der Versicherten und Information der teilnehmenden Hausärzte über den Teilnahmezustand der/des Versicherten. Die Information der Hausärzte soll elektronisch über die EDV-Lösung erfolgen.
10. sachlich rechnerische Prüfung der arzt- und kassenseitigen Abrechnung und Auszahlung der Vergütungen
11. Durchführung von Maßnahmen bei Vertragsverletzungen von Hausärzten

#### **§ 4 Aufgaben der AOK Hessen**

Die AOK Hessen:

1. nimmt das von der KV Hessen gemäß § 3 Ziff. 8 übermittelte vorläufige Teilnehmerverzeichnis der Versicherten entgegen und prüft die Teilnahmeberechtigungen der Versicherten
2. erstellt auf Basis dieser Prüfung ein Teilnehmerverzeichnis der Versicherten und übermittelt dieses wöchentlich und in elektronischer Form an die KV Hessen („Abgestimmtes Teilnehmerverzeichnis“). Es gilt § 3 Ziff. 5 Satz 3.
3. nimmt die Kündigungen und Widerrufe der Versicherten zur Vertragsteilnahme entgegen und übermittelt diese Informationen im Rahmen des Teilnehmerverzeichnis gem. Ziff. 2 an die KV Hessen
4. informiert den Versicherten schriftlich über die Teilnahme und die Beendigung der Teilnahme
5. vergütet die Leistungen dieses Vertrages gemäß § 10

#### **§ 5 Beginn und Ende der Teilnahme von Hausärzten**

- (1) Die Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung hat der Hausarzt gegenüber der KV Hessen zu erklären (Anlage 2). Mit der Teilnahmeerklärung hat der Hausarzt die Erfüllung der persönlichen und sächlichen Anforderungen gemäß § 6 dieses Vertrages zu führen und die entsprechenden Nachweise vorzulegen. Ergänzend gilt Abs. 6.

- (3) Mit der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Hausarzt zur vertragsgemäßen Versorgung und zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben.
- (4) Darüber hinaus verpflichtet sich der Hausarzt, die Abrechnung der Leistungen über die KV Hessen durchzuführen.
- (5) Mit Abgabe der Teilnahmeerklärung erteilt der Hausarzt die Zustimmung zur Veröffentlichung seines Namens, der Praxisanschrift und Kontaktdaten im Internet.
- (6) Hausärzte, die zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung den Nachweis über die Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung noch nicht erfüllen, müssen diese innerhalb von 12 Monaten nach Abgabe der Teilnahmeerklärung gegenüber der KV Hessen nachweisen.
- (7) Die Teilnahme des Hausarztes beginnt mit dem Zeitpunkt der Unterschrift auf seiner Teilnahmeerklärung sobald die KV Hessen ihm in einem Bestätigungsschreiben nach § 3 Ziff. 2 seine Teilnahme bestätigt.
- (8) Die Teilnahme eines Arztes endet:
  1. mit der Beendigung dieses Vertrages
  2. mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit
  3. mit einer schriftlichen Kündigung des Hausarztes gegenüber der KV Hessen zur Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende, jedoch frühestens nach vier Quartalen seit Beginn der Teilnahme oder
  4. mit dem Wegfall der Voraussetzungen gemäß § 6.
- (9) Verstößt der teilnehmende Hausarzt gegen vertragliche Verpflichtungen, werden nach Anhörung des Arztes nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
  1. Schriftliche Aufforderung durch die KV Hessen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten
  2. keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für nach diesem Vertrag erbrachte und abgerechnete Leistungen
  3. Kündigung der Teilnahme und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Hessen in Absprache mit der AOK Hessen innerhalb einer angemessenen Frist. Eine erneute Teilnahme am Vertrag ist erst nach Ablauf einer Frist von 12 Monaten möglich. Bei wiederholten Vertragsverstößen können die Vertragspartner einvernehmlich der Teilnahme des Hausarztes auf Dauer widersprechen.
  4. Die Maßnahmen können einzeln oder kumulativ ergriffen werden.

## **§ 6 Qualitätsanforderungen an die teilnehmenden Hausärzte**

- (1) Der Arzt erfüllt folgende persönliche Qualitätsanforderungen
  1. Teilnahme als Vertragsarzt im Rahmen der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V in Hessen.
  2. Der teilnehmende Hausarzt soll nach Möglichkeit zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 Psychotherapievereinbarung berechtigt sein.
  3. Durch die regelmäßige Teilnahme an – durch die Ärztekammern zertifizierten Fortbildungen – sollen innerhalb von 5 Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte

vorzugsweise aus den für diesen Vertrag relevanten folgenden Themenbereichen erreicht werden:

- Patientenzentrierte Gesprächsführung
- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychiatrische Erkrankungen
- Schmerztherapie
- Geriatrie

und bedarfsabhängig aus Themenbereichen, die jährlich verbindlich vom Beirat festgelegt werden, um die Ziele des Vertrages zu unterstützen.

4. Anwendung evidenzbasierter Leitlinien für die hausärztliche Praxis. Die Behandlungsfreiheit des Hausarztes bleibt gewahrt.
5. Teilnahme an Angeboten zur Pharmakotherapie oder Teilnahme an Qualitätszirkeln zu pharmakologischen Themen. Die Vertragspartner stimmen die Angebote einvernehmlich im Beirat ab.
6. Die Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements mit Dokumentation weniger, aber aussagekräftiger Qualitätsindikatoren im Sinne von § 73b Abs. 2 Nr. 4 SGB V
7. Ausbildung des Praxispersonals in Kenntnissen der Notfallversorgung und Reanimation
8. Leistungsdokumentationen müssen entsprechend der vertraglich getroffenen Vergütungsregelungen und Diagnoseangaben nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD 10) verschlüsselt werden.
9. Integration der Gesundheitsangebote und spezifischen Beratungsleistungen der AOK Hessen in die Behandlungskonzepte (z.B. Pflegeberatung der AOK Hessen)
10. Unterstützung und Dokumentation im Rahmen der Prämien- und Bonusprogramme der AOK Hessen
11. Unterstützung und Förderung der Versorgung auf Basis von Verträgen der AOK Hessen nach § 73c, §§ 140a – d (a.F.), § 140a (n.F.), § 43 und § 137f SGB V
12. Sicherstellung eines wirtschaftlichen qualitätsorientierten Überweisungs- und Ordnungsverhaltens sowie die Vermeidung von Doppeluntersuchungen
13. Optimierung der ambulanten medizinischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen
14. Berücksichtigung der Ergebnisse des QSR<sup>1</sup>-Verfahrens bei Einweisungen in das Krankenhaus für veröffentlichte Leistungsbereiche ([www.weisse-liste.krankenhaus.aok.de/](http://www.weisse-liste.krankenhaus.aok.de/))

---

<sup>1</sup> Qualitätssicherung mit Routinedaten ([www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/](http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/))

Der Arzt erfüllt folgende sächlichen Qualitätsanforderungen:

1. Nutzung eines Praxis-Datenverarbeitungs-Systems, welches die elektronische Führung der Patientenakten, die Speicherung der Befunddaten, die elektronische Abrechnung und ein Einbestellsystem (z.B. Termine zu den gesetzlichen Früherkennungs-Maßnahmen, nach der Impfvereinbarung mit der AOK Hessen vorgesehene Wiederholungsimpfungen) sicherstellt
2. Vorhaltung und Nutzung der technischen Voraussetzungen zur Kommunikation mit E-Mail und/oder Telefax, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen
3. Vorhaltung und Nutzung der von der KV Hessen kostenlos zur Verfügung gestellten EDV-Lösung zur elektronischen Teilnahmeerfassung der Versicherten
4. Vorhaltung einer apparativen Mindestausstattung:
  - EKG mit 12-Kanal-Aufzeichnung
  - Langzeit-RR-Monitoring (ggf. in Kooperation mit anderen Praxen)
  - Qualitätskontrolliertes Blutzucker-Messgerät
  - Akutlabor
  - Spirometrische Lungenfunktionstestung (ggf. in Kooperation mit anderen Praxen)
  - Notfall-Arztkoffer als Ein- oder Zweikoffer-System
5. Die Ausstattung der teilnehmenden Arztpraxen mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem)
6. Sicherstellung des Praxiszugangs für behinderte Patienten
7. Sprechstunden täglich von Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage in Hessen. Angebot einer regelmäßigen Abendsprechstunde bis mindestens 19.00 Uhr oder einer Terminvereinbarung bis mindestens 19.00 Uhr an einem Tag pro Woche oder eine Samstagsterminsprechstunde für Berufstätige.

## **§ 7 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte**

(1) Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich:

1. die Versicherten der AOK Hessen über die Inhalte und Ziele des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren und auf Wunsch in die Hausarztzentrierte Versorgung einzuschreiben. Diese Einschreibung erfolgt mittels der Teilnahmeerklärung Versicherte (Anlage 1), die der Hausarzt im Auftrag der AOK Hessen entgegennimmt und bei sich nach den gesetzlichen Vorgaben archiviert. Ein Exemplar der Teilnahmeerklärung inkl. der dazugehörigen Patienteninformation und Information zum Datenschutz hat der Hausarzt dem Versicherten als Nachweis der Teilnahme mitzugeben. Die Teilnahme wird elektronisch über die zur Verfügung gestellte EDV-Lösung an die KV Hessen gemeldet und von dieser an die AOK Hessen, die eine Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen vornimmt. Der Hausarzt hat der AOK Hessen auf deren Anforderung hin das Original der Teilnahmeerklärung des Versicherten vorzulegen. Das Formular zur Teilnahmeerklärung (Anlage 1) wird dem Arzt in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.
2. im Behandlungsfall durch aktive Steuerung Doppeluntersuchungen zu vermeiden



3. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen vorzunehmen, auch in der Form, dass durch die Arztpraxis auf Wunsch des Patienten in medizinisch erforderlichen Fällen entsprechende Termine direkt mit dem Mit- bzw. Weiterbehandler zeitnah vereinbart werden
  4. einen aktiven Austausch mit Ärzten bzw. anderen Leistungserbringern bei Mit- bzw. Weiterbehandlung, insbesondere auch bei stationärer Einweisung, zu führen
  5. die Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegende Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt für alle teilnehmenden Versicherten kostenfrei sicher zu stellen
  6. die Dokumentation durchzuführen, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung
  7. Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten einzuleiten oder durchzuführen, soweit der Patient diesen zustimmt. Präventionsangebote der AOK Hessen sind zu berücksichtigen und zu unterstützen sowie Impfungen gemäß der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorzunehmen
- (2) Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich weiterhin im Rahmen einer rationalen Pharmakotherapie zu wirtschaftlichen Verordnungen unter Beachtung der ärztlichen Therapiefreiheit und Verantwortung, insbesondere:
1. bevorzugte Verordnung von Arzneimitteln gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK Hessen mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130a Abs. 8 SGB V, sofern den Ärzten diese Informationen in geeigneter Weise zur Verfügung stehen, und Nutzung der aut-idem-Regelung nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen.
  2. unbeschadet der Regelung in Ziff. 1 Verordnung von preisgünstigen Generika
  3. Verordnung von Biosimilars i.S. der Arzneimittelvereinbarung (Anlage 4)
- (3) Der teilnehmende Hausarzt
1. bezieht die weiter- oder mitbehandelnde Facharztbene leitliniengerecht mit ein
  2. prüft bei erforderlichen Operationen unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen, ob eine ambulante Operation medizinisch möglich ist
  3. nimmt erforderliche Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung unter aktiver Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der Einweisung vor und empfiehlt dem Patienten gezielt unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen ein geeignetes Krankenhaus
  4. erklärt sich bereit, für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen die Wartezeit auf in der Regel 30 Minuten zu begrenzen (bei Auftreten von Notfällen sind diese bevorzugt zu behandeln)
  5. informiert den Versicherten bei Erscheinen in der Praxis auf Wunsch über die voraussichtliche Wartezeit
  6. verpflichtet sich, die Daten der Teilnahmeerklärungen der Versicherten tagesaktuell elektronisch über die von der KV Hessen zur Verfügung gestellten EDV-Lösung zu erfassen und an diese innerhalb einer Woche zu übermitteln
  7. kooperiert mit dem Arztpartnermanagement der AOK Hessen

## **§ 8 Teilnahme des Versicherten**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Hessen gemäß § 2 Absatz 2 dieses Vertrages.
- (3) Der Versicherte wählt einen an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt. Er erklärt seine Teilnahme an dieser Hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der AOK Hessen durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1. Mit dieser Erklärung werden die Regeln dieses Vertrags akzeptiert und der Hausarzt gewählt. Der Hausarzt übermittelt die Daten tagesaktuell mit Hilfe der EDV-Lösung an die KV Hessen. Der Versicherte erhält ein mit einem Arztstempel versehenes Exemplar der Erklärung für seine Unterlagen.
- (4) Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Augen -, Frauen -, Kinder - und Jugendärzte nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Bei Notfällen oder bei urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Hausarztes soll grundsätzlich ein niedergelassener Hausarzt in Anspruch genommen werden. Dieser sollte möglichst ebenfalls an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Die teilnehmenden Versicherten sollen eine Krankenhausbehandlung nur auf Verordnung des Hausarztes oder des auf Überweisung in Anspruch genommenen Facharztes in Anspruch nehmen.
- (5) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V zwischen der AOK Hessen und dem Hessischen Hausärzterverband (HÄV) ist ausgeschlossen.
- (6) Die Einschreibung in diesen Vertrag bei einem Hausarzt, der keine Kenntnis über die Teilnahme an dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V oder der keine Kenntnis über eine Kündigung bzw. einen Widerruf des Versicherten zur Teilnahme an diesem Vertrag hat, gilt als wirksam im Verhältnis zur AOK Hessen, bis er gem. § 3 Ziff. 9 über den Teilnahmestatus informiert wurde.
- (7) Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, benötigen zum Wirksamwerden ihrer Teilnahme die Unterschrift ihres gesetzlichen Vertreters.

## **§ 9 Beginn und Ende der Teilnahme von Versicherten**

- (1) Mit der freiwilligen Einschreibung wird der betreuende Hausarzt gewählt. Der Versicherte kann ohne Nennung eines Grundes innerhalb von 14 Tagen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung gegenüber der AOK Hessen seine Teilnahme schriftlich widerrufen. Näheres ist in Anlage 1 geregelt.
- (2) Die Teilnahme beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung, jedoch frühestens ab 01.07.2016. Die Teilnahmeerklärung ist schwebend unwirksam, bis der einschreibende Arzt gem. § 3 Ziff. 9 über den Teilnahmestatus des Versicherten informiert wurde.
- (3) Die Wahlentscheidung des Versicherten kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gegenüber dem betreuenden Hausarzt geändert werden. Als wichtiger Grund gilt:
  1. Umzug
  2. Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt

3. Ende der Teilnahme des gewählten Hausarztes

- (4) Verstößt der Versicherte gegen die Verpflichtung gemäß § 8 Abs. 4, kann die AOK Hessen eine der folgenden Maßnahmen aussprechen:
1. Schriftliche Aufforderung, die vertragliche Verpflichtung einzuhalten
  2. Beendigung der Teilnahmeberechtigung
- (5) Die Teilnahme bei einem neuen Hausarzt kann durch Abgabe einer neuen Teilnahmeerklärung (Anlage 1) unter Kenntlichmachung des Feldes „Arztwechsel“ erklärt werden.
- (6) Der Versicherte kann seine Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals schriftlich gegenüber der AOK Hessen kündigen, jedoch frühestens nach Ablauf des ersten Vertragsjahres.
- (7) Die Teilnahme eines Versicherten endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses zwischen dem Versicherten und der AOK Hessen.
- (8) Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus mit dem Ende der Teilnahme des behandelnden Arztes an diesem Vertrag, soweit der Versicherte zu keinem anderen teilnehmenden Arzt wechseln kann oder will.
- (9) Die AOK Hessen informiert den Versicherten schriftlich über das Ausscheiden des Arztes aus der Hausarztzentrierten Versorgung.

**§ 10 Abrechnung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen**

- (1) Für die Information, Beratung, Einschreibung und Ausgestaltung des hausärztlichen Versorgungsgeschehens bei eingeschriebenen Patienten erhält der Hausarzt die nachfolgend definierten Vergütungen:

Beschreibung		Vergütung	GOP
Einschreibevergütung	Einmal bei Einschreibung und vollständiger elektronischer Übermittlung der Einschreibedaten	7 €	92318
Vertragsmanagement-pauschale	Quartalsweise Vergütung ab dem Quartal der Einschreibung je Versicherten, unabhängig vom Vorliegen eines Patientenkontaktes	3,50 €	92319
Chronikerpauschale 1 (C1)	Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von C1 – Indikationen aus dem ICD-Katalog je Indikation gemäß Anlage 3	3 €	92320
Chronikerpauschale 2 (C2)	Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von C2-Indikationen aus dem ICD-Katalog je Indikation gemäß Anlage 3	5 €	92321

Chronikerpauschale 3 (C3)	Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von C3-Indikationen aus dem ICD-Katalog je Indikation gemäß Anlage 3	9 €	92322
MFA-Pauschale	Quartalsweise Vergütung je Betriebsstätte, falls in dieser eine Medizinische Fachangestellte tätig ist, die eine Zusatzausbildung als NäPa, VERAH <sup>2</sup> aufweist oder Gesundheits- und Krankenpflegerin ist; Voraussetzung: die Betriebsstätte hat im Abrechnungsquartal mindestens 20 Patienten in diesen Vertrag eingeschrieben	400 €	92323
Überweisungspauschale	Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen. In dringlichen Fällen kann die Arztpraxis auf Wunsch des Patienten Termine innerhalb von 72h zur Mit- bzw. Weiterbehandlung in Abgrenzung zu Notfalleinweisungen und Modalitäten der Terminservicestellen vereinbaren	7 €	92324
P4P „Arzneimittel“	siehe Ausführungen in Anlage 4		

- (2) Die Chronikerpauschalen C1, C2 und C3 sind kumuliert je Versicherten und Quartal nur bis zu einem maximalen Betrag von 50,00 € vergütungsfähig. Eine Chronikerpauschale kann für einen eingeschriebenen HzV-Versicherten je Diagnosegruppe (Indikation), laut Anlage 3, ausgelöst werden. Voraussetzung ist das Vorliegen einer gesicherten Kodierung einer ICD aus der betroffenen Diagnosegruppe durch den teilnehmenden Hausarzt im Abrechnungsquartal. Die in Anlage 3 vereinbarten Ausschlussregeln verhindern in wenigen Sonderfällen das gleichzeitige Auslösen gewisser Diagnosegruppen.
- (3) Eine gleichzeitige Abrechnung der Leistungen des Betreuungsstrukturvertrages durch einen teilnehmenden Hausarzt für einen an dieser HzV teilnehmenden Versicherten ist ausgeschlossen.
- (4) Die vertragsgegenständlichen Leistungen gem. Abs. 1 werden von der AOK Hessen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.
- (5) Die kassenseitige Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütung erfolgt über die KV Hessen. Insoweit gelten die jeweils gültigen Bestimmungen des Gesamtvertrages (Zahlungstermine, sachlich-rechnerischen Berichtigungen usw.) Der Ausweis der besonderen

<sup>2</sup> NäPa = nicht-ärztliche Praxisassistentin  
VERAH = Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

Gebührenordnungspositionen nach diesem Vertrag erfolgt in der GKV Kontenart 408, Kapitel 91 (hessenspezifische GOP's) auf Ziffernerebenen.

- (6) Die arztseitige Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen erfolgt über die KV Hessen. Die Abrechnung von durch angestellten Ärzten erbrachten Leistungen erfolgt über den Vertragsarzt oder das MVZ, bei der die Anstellung besteht. Es gelten insoweit insbesondere die Abrechnungsrichtlinien der KV Hessen in der jeweils gültigen Fassung. Die KV Hessen ist berechtigt, für die Durchführung der Abrechnung arztseitig den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz sowie weitere satzungsgemäße Abzüge einzubehalten.
- (7) Stellt sich durch Abrechnungsprüfung der AOK Hessen heraus, dass Vergütungen ohne Grundlage von der KV Hessen in Rechnung gestellt wurden, so ist die KV Hessen verpflichtet, die entsprechenden Beträge an die AOK Hessen zurückzuzahlen.
- (8) Die KV Hessen unterrichtet die AOK Hessen jeweils bis zum Ende eines Quartal für das Vorquartal über die Umsetzung des Vertrages und die Auswirkungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungsstruktur. Zu dieser Unterrichtung gehören auch Angaben zum Ausmaß der Inanspruchnahme der Leistungen nach Abs. 1 sowie die Häufigkeit aller Diagnosen nach Anlage 3. Hierzu übermittelt die KV Hessen der AOK Hessen quartalsweise die erforderlichen Daten des vorangegangenen Quartals. Die weiteren Details zu Datenformat und Datenparametern vereinbaren AOK Hessen und KV Hessen nach Abschluss des Vertrages.

### **§ 11 Qualität und Wirtschaftlichkeit**

- (1) Mit dem Vertrag streben die Vertragsparteien an, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die vertragsspezifische Wirtschaftlichkeit zu fördern. Die Struktur- und Prozessverbesserungen, die durch die besondere hausärztliche Versorgung und eine erhöhte Beratungsintensität im Rahmen des HzV-Vertrages entstehen, lassen Qualitätsverbesserungen und Wirtschaftlichkeitseffekte erwarten. Diese ergeben sich im Wesentlichen aus Effizienzsteigerungen und Strukturveränderungen in der Versorgung, insbesondere in den Themenfeldern:
  1. Verringerung von Facharztkontakten durch die Hausarztbindung
  2. Erhöhte Versorgungsqualität chronisch Kranker sowie von Patienten mit einer langen und schwerwiegenden Erkrankung
  3. Einsatz der VERAH, NÄPa, Gesundheits- und Krankenpfleger(in)
  4. Vermeidung von Doppeluntersuchungen
  5. Reduzierung von Arbeitsunfähigkeits- und Krankengeldtagen
  6. Vermehrtes Angebot und vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten
  7. Gezielte, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 4
  8. Wirtschaftliche Krankenhauseinweisung durch Information über und Steuerung in Krankenhäuser mit nachgewiesener hoher Versorgungsqualität im Sinn von § 6 Abs. 1 Ziff. 14
- (2) Geeignete Zielfelder, um die oben genannten Qualitätsverbesserungen sowie die wirtschaftlichere Versorgung zu erreichen, werden durch die Vertragspartner nach Abschluss

des Vertrags näher ausgestaltet. Es obliegt den Vertragspartnern anhand geeigneter objektiver Indikatoren diese Ziele zu messen.

- (3) Weiterhin werden Regelungen zur Qualitätssicherung vereinbart, die über die allgemeine Qualitätssicherung beim Hausarzt hinaus gehen. Hierzu zählen unter anderem spezielle Fortbildungen für teilnehmende Hausärzte.

### **§ 12 Vertragscontrolling**

- (1) Die Vertragspartner dieses Vertrages stimmen darin überein, dass ein Vertragscontrolling zur Ermittlung der medizinischen und finanziellen Auswirkungen dieser neuen Versorgungsform erforderlich ist. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, sollen die Auswertungen die erbrachten ärztlichen Leistungen als auch die verordneten Leistungen beinhalten. Es ist dabei ein Abgleich mit den Zeiträumen vor dem Beginn dieses Vertrages als auch ein direkter anonymisierter Vergleich mit nicht teilnehmenden Hausärzten und Versicherten möglich.
- (2) Die nähere Ausgestaltung des Vertragscontrollings erfolgt nach Vertragsschluss in gemeinsamer Abstimmung der Vertragspartner.

### **§ 13 Beirat**

- (1) Die Umsetzung dieses HzV-Vertrages wird von einem Beirat begleitet, der aus vier Vertretern, zwei Vertretern der AOK Hessen und zwei Vertretern der KV Hessen, besteht. Jedes Beiratsmitglied hat das Recht, nicht stimmberechtigte Fachleute zur Beratung hinzuzuziehen.
- (2) Der Beirat tagt nach Bedarf und ist darüber hinaus außerordentlich auf Antrag eines Beiratsmitgliedes einzuberufen.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat insbesondere folgende Aufgaben:
  1. Unterbreitung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte und -prozesse
  2. Bewertung und Vorbereitung von Vertragsänderungen im rechtlich zulässigen Rahmen
  3. Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit
  4. Vorbereitung und Weiterentwicklung der Vergütungsbestandteile im rechtlich zulässigem Rahmen
  5. Vorbereitung und Weiterentwicklung eines regelmäßigen Vertragsmonitorings und –controllings

### **§ 14 Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist von den an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzten als auch von den Vertragspartnern zu gewährleisten. Die Einhaltung aller zu beachtenden datenschutzrechtlichen Vorschriften (insbesondere der

Sozialdatenschutz und die Verpflichtungen aus § 203 StGB) obliegt den Vertragspartnern für ihren Zuständigkeitsbereich.

- (2) Die Vertragspartner sind wechselseitig verpflichtet, über sämtliche schutzbedürftigen Tatsachen, Vorgänge, Informationen, Materialien und sonstigen Gegenstände aus dem Geschäftsbereich des Vertragspartners, die ihnen und ihren Mitarbeitern in Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren, insbesondere Informationen über sämtliche Vorgänge vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.
- (3) Die Vertragspartner haben darauf hinzuwirken, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise eingeschaltet werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 wie eigene Verpflichtungen erfüllen. Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig, wenn sie Dritte mit der Erfüllung des Vertrages beauftragen wollen.
- (4) Die Verpflichtung der Vertragspartner, ihrer Mitarbeiter sowie Auftraggeber oder in anderer Weise eingeschalteter Dritter zur Geheimhaltung gemäß Abs. 1 und zur Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften nach den vorstehenden Bestimmungen besteht auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses.
- (5) Die Datenverarbeitung bei der KV Hessen richtet sich im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages nach den Regelungen des SGB V.

### **§ 15 Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.07.2016 in Kraft und endet am 30.06.2019. Die Vertragslaufzeit kann einmal durch die AOK Hessen um ein Jahr verlängert werden. Die Ausübung dieser Verlängerungsoption muss schriftlich, bis spätestens 15.03.2019, der KV Hessen gegenüber erklärt werden.
- (2) Der Vertrag kann von beiden Vertragspartnern, unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende bei Vorliegen sonstiger wichtiger Gründe gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, wenn:
  1. aufsichtsrechtliche, gerichtliche oder gesetzliche Entscheidungen oder Maßnahmen dem Vertrag seine Grundlage entziehen und die Erfüllung des Vertrages rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird. Die Vertragsparteien bemühen sich vor einer außerordentlichen Kündigung in diesem Fall um eine Vertragsanpassung.
  2. aufsichtsrechtliche Anordnungen gemäß § 71 Abs. 6 SGB V getroffen werden und
  3. bei wiederholten Verstößen eines Vertragspartners gegen Inhalte des Vertrages.
- (3) Eine Kündigung bedarf der Schriftform.

### **§ 16 Öffentlichkeitsarbeit**

- (1) Der Start des Vertrages wird von den Vertragspartnern gemeinsam öffentlichkeitswirksam kommuniziert.
- (2) Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig über weitere Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit.
- (3) Die Kommunikation gegenüber den teilnehmenden bzw. teilnahmeberechtigten Hausärzten obliegt der KV Hessen.

- (4) Die Kommunikation gegenüber den Versicherten obliegt der AOK Hessen.

### **§ 17 Schlussbestimmungen**

- (1) Leistungspflichten, die sich aus dem Vertrag ergeben und über die Vertragslaufzeit hinaus wirken, bleiben unverändert bestehen.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.
- (3) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (4) Die Anlagen dieses Vertrages und die Vergabeunterlagen nebst Anhängen sind verbindlicher Bestandteil des Vertrages.



## Anlagenverzeichnis

- Anlage 1: Teilnahme-/ Einwilligungserklärung des Versicherten
- Anlage 2: Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 3: Indikationsliste für Chronikerpauschale C 1 bis C 3
- Anlage 4: Arzneimittelvereinbarung
- Anlage 5: Datenaustausch Schnittstellendefinition (wird ergänzt nach Vertragsschluss)

Bad Homburg,

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

.....  
Datum, Unterschrift

Frankfurt am Main,

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

.....  
Datum, Unterschrift