

---

**Auf der Grundlage des Strukturvertrages nach § 73a SGB V vom 28.07.1998  
und Anlagen wird folgender Vertrag geschlossen:**

**„Mein Arzt“**

**zur Interdisziplinären Versorgung**

zwischen

der **BKK Aktiv**  
Erthalstr. 1, 55118 Mainz  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden  
Reinhard Brücker

und

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**  
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M.  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
vertreten durch den stellv. Vorstandsvorsitzenden  
Dr. med. Gerd W. Zimmermann

---

## **Präambel**

Die hausärztliche Versorgung stellt einen unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems dar. Für zahlreiche Patientenprobleme bedeutet der Weg über den Hausarzt die zweckmäßige und wirtschaftliche Form des Umgangs mit der Erkrankung. Der Hausarzt kann zur Steuerung des Versorgungsgeschehens einen bedeutenden Beitrag leisten, indem er den Patienten bei der Inanspruchnahme der differenzierten Versorgungsangebote des Systems begleitet und durch fachlichen Austausch mit anderen Leistungserbringern eine verbesserte Koordination der Versorgung gewährleistet.

Die Vertragspartner sehen den Hausarzt als zentralen Koordinator und Begleiter der Versicherten im Gesundheitswesen. Die aktuelle gesetzliche Regelung über die interdisziplinäre Versorgung gibt den Vertragspartnern die Möglichkeit, ambulante Behandlungen in Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten sowie optional weiteren Leistungserbringern zu organisieren.

Für die Vertragspartner steht bei der Auswahl und dem Angebot der einzelnen Elemente der interdisziplinären Versorgung immer der Patient im Mittelpunkt. Hierdurch wird dem Patienten eine verbesserte, strukturierte, evidenzbasierte und leitlinienorientierte Behandlung und Therapie eröffnet, die seinen individuellen Bedürfnissen entspricht und an der er aktiv teilhaben kann. Ausgehend von einer „Lotsenfunktion“ des Hausarztes kommt diesem dabei eine zentrale steuernde und koordinierende Funktion zu.

## **§ 1**

### **Zielsetzung/Versorgungsauftrag**

Ziele dieses Vertrages sind:

1. Übertragung der Steuerungsverantwortung an die teilnehmenden Hausärzte und dadurch Steigerung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung
2. Intensivierung und Strukturierung der Zusammenarbeit der Fachärzte mit den Hausärzten
3. Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Im Mittelpunkt des vorliegenden Vertrages steht die Koordinierung, Steuerung, Begleitung und Überwachung der Versorgung des Patienten durch die beteiligten Hausärzte im Zusammenwirken mit den Fachärzten.

Die Koordination von verordneten Leistungen und die Vermeidung von negativen Effekten bei nicht abgestimmten Arzneimitteltherapien sollen eine Steigerung der Versorgungsqualität für die Patienten bewirken. Durch eine Effizienzsteigerung sollen die vorhandenen Ressourcen geschont werden. Dazu dienen unter anderem eine rationale Pharmakotherapie und die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen.

---

Die Vertragspartner vereinbaren zur Erreichung dieses Zieles folgendes:

1. Aktive Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt innerhalb der Patientenbetreuung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und unter Beachtung der vereinbarten Betreuungsstandards (§ 5); dieses gilt auch im Hinblick auf die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln.
2. Aktive Einbindung der Patienten in den Behandlungsverlauf durch die beteiligten Leistungserbringer. Hierbei sind ihnen durch die Ärzte Maßnahmen für ein eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Verhalten bei gleichzeitigem Angebot und Nutzen geeigneter präventiver Maßnahmen aufzuzeigen. Des Weiteren verpflichten sich die teilnehmenden Versicherten, sich entsprechend den Vorgaben dieses Vertrages zu verhalten.
3. Die enge Kooperation soll die definierten Betreuungsstandards (§ 5) für den teilnehmenden Patienten sicherstellen.
4. Die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen dieses Vertrages werden durch die Vertragspartner gemeinsam beobachtet und ausgewertet.

Die Bindung des Patienten an den Hausarzt und die teilnehmenden Fachärzte gewährleistet die Erfüllung des oben beschriebenen Versorgungsauftrages.

Es ist geplant, ergänzend weitere Behandlungsmodule (z. B. zu den Themen: Herzerkrankungen, chronische Wunden, Rückenschmerz, Allergie, Psoriasis, Arthritis etc.) vertraglich zu regeln, die durch die am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte erarbeitet und von den Vertragspartnern gemeinsam verabschiedet werden. Einzelheiten werden bei Bedarf in gesonderten Anlagen zu diesem Vertrag festgelegt.

## **§ 2 Geltungsbereich**

1. Dieser Vertrag gilt für:
  - 1.1. zugelassene Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten, die die Qualitätsanforderungen dieses Vertrags erfüllen, und Gemeinschaften dieser Hausärzte,
  - 1.2. zugelassene Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen sowie in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen dieses Vertrags gewährleisten,
  - 1.3. Kinder- und Jugendärzte. Sie gelten als Hausarzt im Sinne dieses Vertrages für Versicherte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für diesen Personenkreis gelten die für Hausärzte getroffenen Bestimmungen sinngemäß. Weiter gilt: Versicherte, die das 15. aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, können wählen, ob sie ihre Teilnahme gegenüber einem Hausarzt oder einem Kinder- und Jugendarzt erklären.(im Folgenden zusammengefasst als Hausärzte bezeichnet)
  - 1.4. zugelassene Fachärzte und Gemeinschaften dieser Fachärzte, die die Qualitätsanforderungen dieses Vertrages erfüllen.

- 
2. Versorgungsregion ist schwerpunktmäßig die Region des Ärztenetzes Rhein-Main; es können aber auch außerhalb dieser Region in Hessen niedergelassene Vertragsärzte, die die Qualitätsanforderungen dieses Vertrags erfüllen, teilnehmen, wobei diese die für das Ärztenetz Rhein-Main maßgeblichen Regelungen zu Qualitätssicherung, Kommunikation und Zusammenarbeit berücksichtigen sollen.
  3. Weiter gilt der Vertrag für Versicherte der BKK Aktiv. Für die Teilnahme ist eine Einschreibung bei einem teilnehmenden Hausarzt, der in Hessen für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist, erforderlich.

### **§ 3 Teilnahme der Ärzte**

1. Die Teilnahme der Ärzte an diesem Vertrag ist freiwillig.
2. Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte im Sinne des § 2, die die in § 4 genannten personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen erfüllen.
3. Die Teilnahme an der interdisziplinären Versorgung ist gegenüber der KV Hessen schriftlich zu beantragen (Anlage 2). Mit dem Antrag ist der Nachweis der Qualitätsanforderungen gemäß § 4 zu führen. Gleichzeitig werden mit dem Antrag die Inhalte dieses Vertrages akzeptiert und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen mit der Durchführung dieses Vertrags, insbesondere mit der Abrechnung der Zusatzvergütungen nach § 14 dieses Vertrages auf der Basis der für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gültigen Vorgaben beauftragt. Die BKK Aktiv erhält auf Wunsch Einsicht in die eingegangenen Anträge.
4. Über die Teilnahme des Arztes entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung Hessen im Auftrag der BKK Aktiv. Die Teilnahme beginnt bei Vorliegen aller Voraussetzungen mit dem Eingang der Teilnahmeerklärung bei der KV Hessen, frühestens jedoch mit dem Inkrafttreten der vorliegenden Vereinbarung. Über die Entscheidung erhält der Hausarzt eine schriftliche Mitteilung, aus der sich u.a. der Zeitpunkt des Beginns der Vertragsteilnahme ergibt.
5. Der teilnehmende Arzt kann seine Teilnahme am Vertrag mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kündigen.

### **§ 4 Qualitätsanforderungen an die teilnehmenden Ärzte**

1. Zu den persönlichen Qualitätsanforderungen gehören:
  - 1.1. Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie, mindestens 4 Sitzungen pro Jahr;
  - 1.2. Einsatz evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien für die hausärztliche Praxis sowie Fallkonferenzen in weiteren QZ-Runden;
  - 1.3. Strukturierte ärztliche Fortbildung im Rahmen von Qualitätszirkeln mit besonderer Berücksichtigung von patientenzentrierter Gesprächsführung, psychosomatischer Grundversorgung, Palliativmedizin, Schmerztherapie und ambulanter Geriatrie und / oder alternativ Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen, die vorgenannte Themenkomplexe abdecken. Für Fachärzte sowie für Kinder- und Jugendärzte gilt dies mit der Maßgabe,

---

dass sich die verbindliche Teilnahme auf solche Qualitätszirkel bezieht, deren Themen den jeweiligen fachspezifischen Inhalten der Weiterbildungsordnung entsprechen;

1.4. Einführung eines internen Qualitätsmanagements (QM) gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. Oktober 2005);

1.5. Bereitschaft zur Teilnahme an Telematik;

soweit dies nicht bereits durch die Teilnahme am Ärztenetz Rhein-Main abgedeckt ist.

2. Zu den sächlichen Qualitätsanforderungen gehören:

2.1. ein Praxis-Datenverarbeitungs-System, das insbesondere die elektronische Führung der Patientenakten und die Speicherung der Befunddaten sicherstellt sowie ein Einbestellsystem (Termine zu den gesetzlichen Früherkennungs-Maßnahmen) unterstützt; außerdem Praxisausstattung mit E-Mail, Fax, etc.

2.2. Vorhaltung einer apparativen Mindestausstattung (EKG und Akutlabor sowie Lungenfunktionstest – letzteres ggf. in Kooperation mit anderen Praxen). Für Fachärzte sowie für Kinder- und Jugendärzte gilt dies mit der Maßgabe, dass sich die apparative Mindestausstattung nach den jeweiligen fachspezifischen Inhalten der Weiterbildungsordnung richtet.

3. Ärzte, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklären und die zu Beginn noch nicht alle persönlichen Qualitätsanforderungen erfüllen, müssen:

3.1. die Anmeldung zur Einführung eines QM-Systems gemäß 1.4 innerhalb von 3 Monaten gegenüber der KV Hessen nachweisen,

3.2. die Anmeldung zur Teilnahme an einem Qualitätszirkel gemäß 1.3 ebenfalls binnen 3 Monaten gegenüber der KV Hessen nachweisen.

## **§ 5**

### **Betreuungsstandards**

Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, nachfolgende Betreuungsstandards verbindlich einzuhalten:

1. Soweit der an diesem Vertrag teilnehmende Hausarzt die Notwendigkeit einer fachärztlichen Behandlung erkannt hat, erfolgt in Absprache mit dem Patienten eine Überweisung an den entsprechenden Facharzt. Dieser führt die notwendigen Untersuchungen und Therapien in Absprache mit dem teilnehmenden Hausarzt unter Berücksichtigung bereits vorliegender Befunde durch. Der Hausarzt wird den Versicherten bei der Terminvereinbarung mit einem teilnehmenden Facharzt unterstützen.

2. Für die teilnehmenden Fachärzte erstreckt sich der Versorgungsauftrag entsprechend ihrem Zulassungsstatus.

3. Der teilnehmende Facharzt verpflichtet sich, Behandlungstermine für an diesem Vertrag teilnehmende Patienten innerhalb von 14 Kalendertagen zur Verfügung zu stellen und die Behandlung / Diagnostik des Patienten zu beginnen und entsprechend der vorliegenden Indikation innerhalb eines angemessenen Zeitraums abzuschließen. Der Überweisungsschein des teilnehmenden Patienten wird vom

---

überweisenden Hausarzt mit einem Aufkleber besonders gekennzeichnet (§9, Abs. 1.3).

4. Bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit des Patienten beträgt die Frist für eine Terminvergabe durch den teilnehmenden Facharzt eine Woche.
5. Hält der Hausarzt im Falle einer drohenden Krankenhauseinweisung eine fachärztliche Untersuchung für erforderlich, verpflichtet sich der teilnehmende Facharzt, dem Patienten möglichst noch am selben Tag einen Termin einzuräumen.
6. Der Facharzt ist nach Durchführung des Überweisungsauftrags zu einer Rücküberweisung des Patienten an den zuweisenden Hausarzt verpflichtet. Eine Überweisung an einen weiteren Facharzt erfolgt in der Regel durch den Hausarzt. Bei Notwendigkeit einer weiteren diagnostischen Abklärung in gleicher Fachrichtung kann eine weiterführende Behandlung durch den entsprechenden Facharzt per Überweisung unter Beachtung der bundesmantelvertraglichen Vorgaben direkt veranlasst werden.
7. Eine in Ausnahmefällen erforderliche Überweisung vom Facharzt an eine andere Fachrichtung erfolgt ausschließlich in Absprache mit dem teilnehmenden Hausarzt.
8. Bei erforderlichen Operationen ist zu prüfen, ob unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen eine ambulante Operation möglich ist.
9. Die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung erfolgt gezielt unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sowie unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen.
10. Sollte eine stationäre Einweisung durch den Facharzt zur weiteren Diagnostik und / oder Therapie notwendig werden, ist der teilnehmenden Hausarzt umgehend zu informieren.
11. Nach Beendigung eines stationären Aufenthaltes stimmen der teilnehmende Hausarzt und der teilnehmende Facharzt die weitere Behandlung ab.
12. Bei Bedarf wird der teilnehmende Hausarzt dem Patienten direkt am Tage der Entlassung aus der stationären Behandlung im Rahmen seiner Praxisöffnungszeiten einen Termin einräumen, falls die Entlassung vor 14.00 Uhr erfolgt ist.
13. Der teilnehmende Hausarzt verpflichtet sich, gemäß Therapieleitlinien erforderliche bzw. empfohlene Nachuntersuchungen zeitgerecht zu veranlassen.
14. Die gemäß Therapieleitlinien erforderliche bzw. empfohlene Nachuntersuchung eines sowohl stationär als auch ambulant abgeschlossenen Behandlungsfalls erfolgt nur in Absprache mit dem zuweisenden Hausarzt.
15. Unter Servicegesichtspunkten soll sich der teilnehmende Arzt bereit erklären, für eingeschriebene Versicherte der BKK Aktiv bei vorab vereinbarten Terminen in der Regel die Wartezeit auf 30 Minuten zu begrenzen (bei Auftreten von Notfällen sind diese bevorzugt zu behandeln) und pro Woche eine Abendsprechstunde nach 18.00 Uhr, alternativ eine Frühsprechstunde ab 7.00 Uhr, einzurichten.
16. Information der teilnehmenden Versicherten über geeignete regionale Präventionsangebote (insbesondere der BKK Aktiv) unter Berücksichtigung der spezifischen Risikofaktoren sowie ggf. Einleitung oder Durchführung entsprechender Maßnahmen.

- 
17. Soweit auf der Grundlage der Anlage 1 a zum Rahmenvertrag über den Aufbau vernetzter Praxisstrukturen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem BKK Landesverband Hessen vom 28.07.1998 in der jeweils gültigen Fassung für chronisch kranke Patienten ein Patientenbuch geführt wird, führt der Hausarzt darin die Befunde und Untersuchungsunterlagen zusammen. Durch die Führung des Patientenbuches erhalten die behandelnden Fachärzte die notwendigen aktuellen Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten.
  18. Der Facharzt übermittelt dem zuweisenden Hausarzt zeitnah innerhalb 1 Woche nach Abschluss der Diagnostik alle notwendigen Informationen über die von ihm erhobenen Befunde, die erfolgte Behandlung, die von ihm veranlassten Leistungen sowie Empfehlungen zur weiteren Behandlung.
  19. Der teilnehmende Hausarzt informiert den Patienten auch über die bei ihm vorliegenden Facharztbefunde, ergänzt ggf. das Patientenbuch entsprechend (s. o.) und vereinbart mit ihm die weiteren Behandlungsabläufe.

Die Regelungen der Anlage 1 a zum Rahmenvertrag über den Aufbau vernetzter Praxisstrukturen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem BKK Landesverband Hessen vom 28.07.1998 in der jeweils gültigen Fassung sind hierbei zu beachten.

## **§ 6**

### **Weitere Aufgaben der Haus- und Fachärzte**

1. Gewährleistung der Betreuungsstandards gemäß § 5
2. Aufklärung der Versicherten der BKK Aktiv über die Inhalte, Ziele und Vorteile der Teilnahme am vorliegenden Vertrag
3. Motivation der Patienten zur Teilnahme und aktiven Mitwirkung
4. Bei Überweisung zur fachärztlichen Versorgung, informiert der Hausarzt den Patienten über die in der jeweiligen Fachgruppe am Vertrag teilnehmenden Fachärzte. Zusätzlich weist er den Patienten darauf hin, dass er die Vorteile des Vertrages nur dann in Anspruch nehmen kann, wenn er einen am Vertrag teilnehmenden Facharzt aufsucht.
5. Einschreibung des Versicherten, fristgerechte Weiterleitung der Teilnahmeerklärung des Versicherten einschl. Datenschutzerklärung an die BKK Aktiv
6. Besondere Beratung des Patienten durch Haus- und Fachärzte:
  - 6.1. *Hausärztliche* Leistungen neben der Ausgestaltung des hausärztlichen Versorgungsgeschehens nach diesem Vertrag:
    - 6.1.1. bei Einschreibung: Erstdokumentation, Befunderhebung, Eigenanamnese, Familienanamnese, Medikation einschl. Selbstmedikation, Allergien, Prüfung von: DMP-Status, Impfstatus (u.a. Gripeschutz) ggf. Impfberatung, Check-up, Krebsvorsorge, ggf. Überprüfung auf Durchführung der Kinderuntersuchungen, Festlegen von Behandlungszielen.
    - 6.1.2. besonderes hausärztliches Gespräch / Betreuung: Impfstatus prüfen und ggf. Impfungen veranlassen, ggf. Reiseimpfberatung einschließlich Aufklärung und Beratung zu Kostenübernahme und OpelAktivPlus, Veranlassung von turnusmäßigen U-, Krebsvorsorge-, Check-Up-Untersuchungen, Präventionsberatung nach § 20 SGB V, Hinweise auf Präventionsbereich

---

(ortsübliche Angebote der BKK und OpelAktivPlus). Rückblick, Ausblick, Zielsetzungen (Impfungen, Ernährung, Bewegung, Vorsorge), Medikationsprüfung und -beratung. Aushändigung des Patientenfragebogens (§ 12, Nr. 5) an den Versicherten.

6.1.2.1. bei Erwachsenen / Jugendlichen zusätzlich: Suchtgefahr, persönliche Lebensumstände und Lebensumfeld

6.1.2.2. bei Kindern: altersgemäße Entwicklung; Hinweis auf weitere Beratungstermine für Kinder und Jugendliche;

Durchführung weiterer Beratungstermine für Kinder und Jugendliche (Anlage 3) ausschließlich durch Kinder- und Jugendärzte.

6.2. *Fachärztliche* Leistungen neben der Ausgestaltung des fachärztlichen Versorgungsgeschehens nach diesem Vertrag:

Besonderes fachärztliches Gespräch / Betreuung: Dokumentation: Überweisung durch welche Ärzte zu Mitbehandlung / Konsil / Auftrag? Mitbehandlung anderer Fachrichtungen notwendig? Prüfung und ggf. Veranlassung von turnusmäßigen fachärztlichen Krebsvorsorgeuntersuchungen, fachärztliche Präventionsberatung § 20 SGB V, Begleitung DMP-Teilnahme, Hinweis auf Präventionsbereiche (ortsübliche Angebote der BKK Aktiv und OpelAktivPlus).

7. Koordination diagnostischer, therapeutischer und ggf. pflegerischer Maßnahmen, dadurch Optimierung des Behandlungsablaufes unter Berücksichtigung der vereinbarten Ziele gem. § 1
8. Qualitätsgesichertes, wirtschaftliches Ordnungsverhalten und dessen Optimierung mit dem Ziel der Realisierung von Einsparungen
9. Leitliniengerechte Behandlung und ggf. Überweisung zur weiter- und / oder mitbehandelnden Versorgungsebene
10. Beachtung des Rehabilitationsbedarfs und ggf. Einleitung der erforderlichen Schritte unter Einschaltung der BKK Aktiv durch Haus- und / oder Fachärzte
11. Teilnahme der Ärzte an fachgruppenspezifischen strukturierten Behandlungsprogrammen nach §§ 137 ff. SGB V (DMP)
12. Motivation des Patienten zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach §§ 137 ff SGB V unter Berücksichtigung seiner Entscheidungsfreiheit (DMP)

Die auf der Grundlage dieses Vertrages erbrachten ärztlichen Leistungen (mit Ausnahme der in Anlage 3 geregelten Leistungen) sind vom teilnehmenden Vertragsarzt nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen erbracht wurden, nach den für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen in Hessen allgemein gültigen Bestimmungen über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen abzurechnen.

## **§ 7 Ausschreibung**

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen schreibt das Vorhaben im Auftrag der BKK Aktiv in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen unter Benennung des Projektzieles, der persönlichen und sächlichen Qualitätsanforderungen und der Aufgaben für interessierte Ärzte aus.



---

## **§ 8 Vertragsverletzungen**

Verstößt der teilnehmende Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, können folgende Maßnahmen veranlasst werden:

1. Aufforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, auch auf Antrag der BKK Aktiv, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten;
2. keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Pauschalen nach § 14;
3. Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.

## **§ 9 Teilnahme von Versicherten**

1. Grundsätzliches zur Teilnahme der Versicherten:
  - 1.1. Die Teilnahme der Versicherten der BKK Aktiv an dieser Vereinbarung ist freiwillig.
  - 1.2. Der teilnehmende Versicherte muss durch schriftliche Erklärung (Anlage 1) die ihn betreffenden Regelungen dieses Vertrags akzeptieren und einen teilnehmenden Hausarzt wählen. Diese Erklärung sowie die ebenfalls notwendige Datenschutzerklärung erfolgt gegenüber dem Hausarzt, der die Erklärungen im Original oder per Telefax innerhalb von einer Woche an die BKK Aktiv weiterleitet. Die Einschreibung kann bei jeder persönlichen Inanspruchnahme erfolgen. Der Versicherte sowie der Hausarzt erhalten jeweils ein Exemplar der Teilnahmeerklärung. Der Hausarzt dokumentiert die Teilnahme des Versicherten zusätzlich in seinen Unterlagen.
  - 1.3. Zur Kennzeichnung der Teilnahme an diesem Vertrag befestigt der einschreibende Arzt einen von der BKK Aktiv zur Verfügung gestellten Aufkleber auf der Versichertenkarte. Bei einer notwendigen Überweisung zum Facharzt wird dieser Aufkleber auch auf den Überweisungsschein geklebt.
  - 1.4. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahme- und Datenschutz-Erklärung bei dem gewählten Hausarzt.
  - 1.5. Die Teilnahmedauer beträgt mindestens ein Jahr. Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens 4 Wochen vor Ablauf des ersten Jahres der Einschreibung schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse kündigen. Damit endet die Einschreibung nach Ablauf des ersten Jahres. Andernfalls verlängert sich die Teilnahmedauer, wobei dann eine Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gilt.
  - 1.6. Hält der Versicherte die in der Teilnahmeerklärung aufgeführten Bedingungen nicht ein, kann die Krankenkasse den Versicherten schriftlich auffordern, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten und / oder die Teilnahme nach Anhörung beenden.
  - 1.7. Die Teilnahme eines Versicherten endet ferner mit dem Ende der Mitgliedschaft in der BKK Aktiv oder mit dem Ende der Laufzeit des vorliegenden Vertrages.

- 
- 1.8. Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den Hausarzt innerhalb von einer Woche schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus der interdisziplinären Versorgung.
  - 1.9. Eine erneute Einschreibung ist jederzeit möglich.
  2. Ein sofortiger Hausarztwechsel des Versicherten ist möglich bei:
    - 2.1. Praxisaufgabe des Hausarztes
    - 2.2. Kündigung der Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag
    - 2.3. bei Störung des Vertrauensverhältnisses Patient / Hausarzt
    - 2.4. Umzug

In allen aufgeführten Fällen hat der Versicherte die BKK Aktiv vor dem Wechsel zu informieren. Eine Fortsetzung der Teilnahme an diesem Vertrag ist nur möglich, wenn der Versicherte unverzüglich einen neuen Hausarzt wählt, der ebenfalls an diesem Vertrag teilnimmt.

## **§ 10 Aufgaben / Mitwirkung der Versicherten**

Der Hausarzt übernimmt die Koordination innerhalb der Behandlung. Er ist für den Versicherten immer der erste Ansprechpartner.

1. Eine fachärztliche Behandlung erfolgt nur nach Überweisung durch den gewählten Hausarzt unter Beachtung der Vorgaben dieses Vertrages. Ausgenommen ist die direkte Inanspruchnahme im Notfall.
2. Der teilnehmende Versicherte verpflichtet sich, nur Fachärzte aufzusuchen, die an diesem Vertrag teilnehmen. Nur dann sind die im Vertrag beschriebenen Vorteile (z.B. schnellerer Facharzttermin, kürzere Wartezeiten, Befreiung von der Praxisgebühr) für ihn umsetzbar. Bei folgenden Ausnahmen kann von dieser Regelung abgewichen werden:
  - 2.1. ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ist (noch) nicht vertreten,
  - 2.2. ein Facharzt der entsprechenden Fachgruppe ist zwar beigetreten, es ist jedoch für den Versicherten aus persönlichen Gründen nicht zumutbar ist, diesen aufzusuchen.
3. Ohne Überweisung können Psychologische Psychotherapeuten, psychotherapeutisch tätige Ärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.
4. Bei Notfällen oder bei urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Hausarztes soll grundsätzlich ein niedergelassener Hausarzt in Anspruch genommen werden.
5. Die teilnehmenden Versicherten sollen eine Krankenhausbehandlung nur auf Verordnung des Hausarztes oder des auf Grund einer Überweisung tätig werdenden Facharztes – dann in der Regel in Abstimmung mit dem Hausarzt – in Anspruch nehmen.
6. Ist ein Patientenbuch gem. dem Rahmenvertrag über den Aufbau vernetzter Praxisstrukturen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem BKK Landesverband Hessen vom 28.07.1998 in der jeweils gültigen Fassung vorhanden

---

den, verpflichtet sich der Versicherte, dieses im Rahmen seiner Behandlung dem jeweiligen Arzt vorzulegen.

7. Der Versicherte zahlt die Praxisgebühr ab Beginn seiner Teilnahme nur noch einmal pro laufendem Kalenderjahr. Der Arzt kennzeichnet dies in seiner Quartalsabrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung entsprechend der einschlägigen Vereinbarungen durch Eintragung der hierfür vorgesehenen Gebührenordnungsposition. Die Erstattung der Praxisgebühr erfolgt durch die BKK Aktiv direkt an die Kassenärztliche Vereinigung (ungekürzte Gesamtvergütung). Die jährliche Befreiung von der Praxisgebühr wird vom einschreibenden Arzt auf der Versichertenkarte durch einen jeweils aktuellen Aufkleber kenntlich gemacht, der von der BKK Aktiv zur Verfügung gestellt wird (§9, Abs. 1.3).
8. Der Versicherte teilt seinem gewählten Hausarzt alle verordneten Medikamente einschließlich der Selbstmedikationen mit.
9. Bei Inanspruchnahme von Beratungsterminen bei Kindern und Jugendlichen, verpflichtet sich der Versicherte zur regelmäßigen Teilnahme an sämtlichen Beratungsterminen.
10. Vereinbarte Arzttermine müssen eingehalten werden. Ist eine Terminwahrnehmung aus wichtigem Grund nicht möglich, ist der Arzt unverzüglich zu informieren.

## **§ 11**

### **Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vertritt die an diesem Vertrag beteiligten Ärzte. Sie ist alleiniger Ansprechpartner der Ärzte gegenüber der BKK Aktiv bei Fragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen verpflichtet sich zu folgenden Aufgaben:

1. Motivation der Hausärzte und Fachärzte zur Teilnahme
2. Vermittlung bei Beschwerden über Nichteinhaltung der Vorgaben gem. § 5 mit dem Ziel des Behebens der Mängel
3. Ausführliche Information über die Teilnahmebedingungen des Vertrages zur interdisziplinären Versorgung und Überprüfung der Einhaltung der Weiterbildungsmaßnahmen
4. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen stellt den teilnehmenden Vertragsärzten die erforderlichen Unterlagen (§ 12) zur Verfügung. Die teilnehmenden Haus- und Fachärzte werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen namentlich im EDV-Dateiformat erfasst (Name, Vorname, Straße, PLZ und Wohnort, Vertragsarzt Nummer, Telefon-Nummer und E-Mail-Adresse, Beginn und Ende der Vertragsteilnahme (Anlage 2a).
5. Die teilnehmenden Ärzte können auf der Homepage der KV Hessen im Rahmen der dort vorhandenen Arztsuche aktuell ermittelt werden.
6. Die Beendigung der Teilnahme von Haus- und Fachärzten wird sofort an die BKK Aktiv gemeldet.
7. Auskunfts-/Informationspflicht gegenüber der BKK Aktiv
8. Namens- und Adressänderungen der teilnehmenden Ärzte

- 
9. Überprüfung von Beschwerden der Teilnehmer
  10. Einschreibung der Vertragsärzte
  11. Entgegennahme der Kündigung eines teilnehmenden Vertragsarztes
  12. Zusammenstellung der zahlungsbegründenden Abrechnungsunterlagen im Rahmen der üblichen (GKV-) Kassenrechnung. Für die kassenseitige Abrechnung sind die im Gesamtvertrag zwischen dem BKK Landesverband Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vorgesehenen Regelungen maßgeblich.

## **§ 12 Aufgaben der BKK Aktiv**

Die BKK Aktiv stellt der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den teilnehmenden Vertragsärzten alle für die Durchführung des Vertrages erforderlichen Formularsätze (Anlage 1, Anlage 2 und Anlage 3a) sowie geeignetes Informationsmaterial für Patienten kostenlos zur Verfügung.

Die BKK Aktiv benennt der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und ihren Versicherten namentlich Ansprechpartner für Fragen zum Vertrag.

Folgende Aufgaben werden von der BKK Aktiv erfüllt:

1. Ausführliche Information ihrer Versicherten in geeigneter Weise über die Möglichkeit der Teilnahme an dem Vertrag sowie über die teilnehmenden Hausärzte und Fachärzte. Dabei wird insbesondere informiert über:
  - 1.1. Inhalt und Ziele des Vertrages
  - 1.2. die Leistungen der interdisziplinären Versorgung
2. Erfassung der teilnehmenden Patienten an diesem Vertrag namentlich im EDV-Dateiformat [Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, einschreibender Hausarzt (Arztnummer), Beginn und Ende der Teilnahme]
3. Die Krankenkasse stellt jedem Hausarzt quartalsweise eine Liste der bei ihm eingeschriebenen teilnehmenden Patienten zur Verfügung.
4. Überprüfung der Betreuungsstandards (§ 5) durch Befragung der teilnehmenden Versicherten im Rahmen des Controllings einmal im Kalenderjahr. Die Inhalte der Patientenbefragungen werden zwischen den Vertragspartnern abgestimmt und im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen regelmäßig durchgeführt.
5. Zu den Inhalten des Hausarztgespräches wird zwischen den Vertragspartnern ein Patientenfragebogen abgestimmt. Dieser soll so konzipiert sein, dass er auch im Rahmen des Qualitätsmanagements (QM) genutzt werden kann. Die BKK Aktiv stellt den teilnehmenden Hausärzten die abgestimmten Fragebögen mit einem Rückumschlag zur Verfügung, die sie nach dem Hausarztgespräch an die Patienten ausgeben.
6. Motivation ihrer Versicherten zur Teilnahme durch detaillierte Darstellung der Vorteile
7. Aktualisierung der zur Verfügung stehenden Listen und Aktualisierung der entsprechenden Unterlagen
8. Auslage von Informationsmaterialien in den Geschäftsstellen des Geltungsbereiches

- 
9. Überprüfung von Beschwerden der Teilnehmer
  10. Zahlung der in dieser Vereinbarung festgelegten Vergütungen an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen nach Maßgabe der im Gesamtvertrag zwischen dem BKK Landesverband Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vorgesehenen Regelungen

### **§ 13 Vertragsärztliche Leistungen**

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM 2000plus und des jeweils gültigen Honorar(-verteilungs-)vertrags.

Zusätzliche Honoraransprüche für vertragsärztliche Leistungen entstehen vorbehaltlich der Regelungen dieses Vertrags nicht.

### **§ 14 Zusatzvergütungen**

1. Details zu den Inhalten, die die Abrechnung der Zusatzvergütungen begründen, werden in § 6, insbesondere unter Punkt 6 dargestellt.
2. Die Abrechnung der nachfolgend genannten Ziffern ist möglich, wenn im Abrechnungsquartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist.
3. Ziffer **92400** ist für die **Steuerungspauschale Hausarzt** in Höhe von 10,00 € gegenüber der KV Hessen durch den teilnehmenden Hausarzt abrechenbar:
  - 3.1. im Einschreibequartal für die Information und Beratung im Rahmen der Einschreibung eines Versicherten;
  - 3.2. quartalsweise in den Folgequartalen für eingeschriebene Patienten für die Ausgestaltung des hausärztlichen Versorgungsgeschehens, wenn kein hausärztliches Gespräch stattgefunden hat.
4. Ziffer **92401** ist für das **Hausarztgespräch** in Höhe von 10,00 € gegenüber der KV Hessen durch den teilnehmenden Hausarzt für die besondere Beratung und Betreuung eines eingeschriebenen Patienten (§6, Abs. 6.1.2) abrechenbar. Diese Pauschale ist mindestens einmal pro Kalenderjahr in einem Quartal abzurechnen, wobei sie nicht neben der Steuerungspauschale Hausarzt (Ziffer 92400) abrechenbar ist.
5. Ziffer **92402** ist für die **Steuerungspauschale Facharzt** in Höhe von 10,00 € gegenüber der KV Hessen durch den teilnehmenden Facharzt für die Ausgestaltung des fachärztlichen Versorgungsgeschehens nach Maßgabe dieses Vertrages patientenbezogen abrechenbar. Diese Pauschale kann max. zweimal pro Kalenderjahr in 2 Quartalen abgerechnet werden.
6. Die Vergütung der vorgenannten Pauschalen erfolgt gegenüber der KV Hessen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.

### **§ 15 Datenschutz**

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungs- und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht,

---

das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern einzuhalten.

Die Vertragspartner verpflichten sich im Übrigen beim gegenseitigen Datenaustausch vereinbarte Auflagen und Zweckbindungen nach Maßgabe dieses Vertrages zu beachten. Unter dieser Voraussetzung liegt die Datenhoheit bei der jeweils datenführenden Stelle. Hierbei gelten die Vorschriften des § 78 a SGB X einschließlich Anlage für die jeweils datenführende Stelle; gleiches gilt im Falle der Beauftragung Dritter.

## **§ 16**

### **Wirtschaftlichkeitsbetrachtung/Controlling**

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, die Umsetzung des vorliegenden Vertrages gemeinsam zu begleiten und zu steuern. Näheres zur Entwicklung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen regeln die Vertragsparteien gesondert.

Die BKK Aktiv etabliert in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem Qualitätszirkel „Qualitätssicherung / Globale Organisation“ des Ärztenetzes Rhein-Main ein geregeltes Controlling. Die Bereitstellung von Daten zur weiteren Verbesserung der Abläufe und Ergebnisse erfolgt erstmalig nach 12 Monaten Vertragslaufzeit durch die beteiligten Vertragspartner. Es erfolgt eine gemeinsame Bewertung auf der Basis relevanter Kennzahlen.

## **§ 17**

### **Anpassungsklausel**

Die Vertragspartner stimmen überein, dass regelmäßig eine Überprüfung der Vertragsbedingungen unter Berücksichtigung von Neuregelungen, z.B. des EBM 2000plus erfolgt.

## **§ 18**

### **Laufzeit/Kündigung**

1. Der Vertrag tritt am 01.11.2006 in Kraft.
2. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12.2008, gekündigt werden. Die Kündigung hat in schriftlicher Form und gegenüber allen Vertragspartnern zu erfolgen. Sie ist den Vertragspartnern per Einschreiben mit Rückschein zu zustellen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Aufgabe zur Post. Ansonsten verlängert sich die Vertragslaufzeit automatisch um ein weiteres Jahr.
3. Die Parteien können den Vertrag aus wichtigem Grund fristlos kündigen. Ein solcher liegt insbesondere dann vor, wenn einer der Vertragspartner seine vertraglichen Pflichten derart gröblich verletzt, dass den übrigen Parteien die weitere Durchführung des Vertrages unzumutbar ist. Gleiches gilt für den Fall, dass durch eine gesetzliche Änderung, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Erfüllung der Vereinbarung für die Vertragspartner rechtlich unmöglich ist oder untersagt wird.

---

**§ 19**  
**Salvatorische Klausel**

Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, so wird die Wirksamkeit der übrigen Vertragsinhalte hiervon nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung vereinbaren die Parteien eine zulässige Bestimmung die dem tatsächlichen Willen der Parteien am Nächsten kommt.

**§ 20**  
**Schlussbestimmungen**

Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.

Rüsselsheim, den 02.11.2006

**Für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen**

---

Dr. med. Gerd W. Zimmermann  
Stellv. Vorstandsvorsitzender

**Für die BKK Aktiv**

---

Reinhard Brücker  
Vorstandsvorsitzender

---

## Anlagenverzeichnis

- **Anlage 1**  
Teilnahmeerklärung und Datenschutzerklärung Versicherte
- **Anlage 2**  
Beitrittserklärung Haus- und Fachärzte  
**Anlage 2a**  
Liste der teilnehmenden Ärzte
- **Anlage 3**  
Beratungstermine für Kinder und Jugendliche  
**Anlage 3 a**  
Abrechnungsformular für Kinder- und Jugendärzte
- **Anlage 4**  
Vereinbarung zur Datenverarbeitung im Auftrag  
(Anmerkung: Anlage 4 wird nachverhandelt)