

Vereinbarung

zwischen

**dem BKK-Landesverband Mitte, Siebstraße 4, 30171 Hannover
(handelnd für die Betriebskrankenkassen, die ihren Beitritt zur Vereinbarung erklären)**

-nachstehend BKK LV Mitte genannt -

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

- nachstehend "KVHB" genannt

sowie

der Neuen Hausarztliste e.V. (NHL)

der Vereinigung Hausärztlicher Internisten im Bundesland Bremen - VHI-HB

- nachstehend "Verbände der Hausärzte" genannt -

über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V

Zwischen den Parteien ist mit Wirkung zum 01.01.2007 ein Vertrag zur hausärztlichen Versorgung gem. § 73b SGB V geschlossen worden. Dieser Vertrag ist mit Kündigung vom 14.12.2010 von der KVHB, der Neuen Hausarzt-Liste e.V. und der Vereinigung hausärztlicher Internisten im Bundesland Bremen mit Wirkung zum 31.03.2011 ordentlich gekündigt worden. Die KVHB, die Neue Hausarzt-Liste e.V. und die Vereinigung hausärztlicher Internisten im Bundesland Bremen erklären hiermit die Rücknahme der Kündigung mit sofortiger Wirkung. Der BKK LV Mitte akzeptiert hiermit die Rücknahme der Kündigung. Zwischen den Vertragsparteien besteht Einvernehmen, dass die Vereinbarung nicht durch Kündigung beendet worden ist und über den 31.03.2011 hinaus in der nachstehenden Fassung - Aktualisierungen waren teilweise aufgrund gesetzlicher Änderungen notwendig - ungekündigt fortbesteht.

Präambel

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

Die Vertragsparteien stimmen überein, dass die hausärztliche medizinische Versorgung der Patienten im Land Bremen qualitativ hochwertig ist. Daher wird es jedem Hausarzt ermöglicht, an der Vereinbarung teilzunehmen, sofern er die vertraglich vereinbarten Teilnahmevoraussetzungen erfüllt.

§ 1 Ziele

1. Ziel dieses Vertrages ist die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage des § 73b Abs. 2 SGB V. Über eine Einschreibung von Versicherten bei Hausärzten sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöht werden.
2. Die Partner dieses Vertrages gehen davon aus, dass durch die Koordinierung der Behandlung durch den Hausarzt eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht wird. Wirtschaftlichkeitsreserven können unter anderem in den Bereichen der Pharmakotherapie und der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen erschlossen werden.

§ 2 Geltungsbereich

1. Dieser Vertrag gilt für die beitretenden
 - niedergelassenen Hausärzte (ausgenommen Kinderärzte) und Gemeinschaftspraxen dieser Ärzte sowie
 - Hausärzte in zugelassenen fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren,die die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 dieses Vertrages erfüllen (im Folgenden als Hausärzte bezeichnet).
2. Weiter gilt diese Vereinbarung für die beigetretenen Krankenkassen sowie deren teilnehmenden Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Für die Teilnahme von Versicherten ist eine Einschreibung bei dem teilnehmenden Hausarzt erforderlich.
3. Versorgungsregion ist der Bereich der KVHB.

§ 3 Teilnahme von Hausärzten

1. Die Teilnahme der Hausärzte an dieser Vereinbarung ist freiwillig.
2. Als Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte gelten folgende Kriterien bzw. zukunftsgerichtete Verpflichtungen:
 - Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
 - Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
 - Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
 - Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.
3. Darüber hinaus gelten folgende Anforderungen:
 - Praxissitz im Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.
 - Praxisausstattung mit Faxgerät und EDV mit Praxissoftware.
 - Regelmäßige hausärztliche Fortbildung in Anlehnung an der in Anlage 1 festgelegten Fortbildungsstruktur, insbesondere durch Teilnahme an Qualitätszirkeln. Die Fortbildungsangebote müssen nach den Anforderungen der Ärztekammer Bremen oder eines akkreditierten Veranstalters zertifiziert sein.
 - Aktive Teilnahme an für Hausärzte geschlossene Disease-Management-Programme nach § 137 f SGB V (DMP). Dies beinhaltet ein besonderes Engagement, um alle in Frage kommenden Patienten für eine Teilnahme an einem DMP zu gewinnen und die Kooperation mit Krankenkassen bei Maßnahmen zur Verbesserung der DMP-Einschreibequote.
4. Die KVHB informiert über das Vorhaben im Auftrag der beitretenden Krankenkassen in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Ziele, der persönlichen und sächlichen Qualitätsanforderungen und weiterer Aufgaben.
5. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wird bei der KVHB schriftlich beantragt (**Anlage 1**). Mit dem Antrag werden die Inhalte dieser Vereinbarung akzeptiert. Mit der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der teilnehmende Hausarzt, aktiv an der Erreichung der in der Vereinbarung genannten Ziele mitzuarbeiten und die Aufgaben dieser Vereinbarung zu erfüllen.
6. Der teilnehmende Hausarzt verpflichtet sich, an keinen weiteren Verträgen der jeweils beteiligten Krankenkasse zur hausärztlichen Versorgung teilzunehmen.
7. Der Hausarzt kann seine Teilnahme an der Vereinbarung gegenüber der KVHB in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen.
8. Die Teilnahme eines Hausarztes an dieser Vereinbarung endet durch Wegfall der Voraussetzungen nach Abs. 2.
9. Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte führt die KVHB ein Verzeichnis. Die KVHB stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses den Krankenkassen quartalsweise, bei Bedarf häufiger, in elektronischer Form entsprechend Anlage 2 zu Verfügung.

§ 4 Information der Versicherten

1. Die teilnehmenden Krankenkassen werden diese Vereinbarung aktiv bewerben. Sie informieren ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über die Vorteile der hausarztzentrierte Versorgung. Dabei wird insbesondere informiert über
 - die Inhalte der Vereinbarung
 - die teilnehmenden Hausärzte
 - die Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung
2. Die Krankenkassen weisen dabei ihre Versicherten ggf. auf besondere Inhalte und Ziele dieser Vereinbarung hin, von der
 - Freiwilligkeit der Teilnahme
 - Wahl des Hausarztes
 - Verbesserung der Qualität der hausärztlichen Versorgung
 - Förderung des hausärztlichen Hausbesuches zur Vermeidung stationärer Aufenthalte
 - Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung
 - Förderung der Disease-Management-Programme
 - Förderung des ambulanten Operierens durch Steuerung zu Operateuren mit nachgewiesener Strukturqualität
 - ambulanten Notfallbehandlung durch den vertragsärztlichen Notdienst
3. Sofern die teilnehmenden Krankenkassen für ihre Versicherten besondere Satzungsleistungen vorsehen, wird diese Vereinbarung zur hausarztzentrierten Versorgung dabei berücksichtigt.

§ 5 Teilnahme der Versicherten

1. Versicherte der teilnehmenden Krankenkasse können an der hausärztlichen Versorgung entsprechend dieser Vereinbarung freiwillig teilnehmen, sofern sie durch eine schriftliche Erklärung (**Anlage 3**) die Regeln dieser Vereinbarung akzeptieren und einen teilnehmenden Hausarzt wählen. Sie werden insbesondere auf die Verpflichtung des Einhaltens der Koordinierungsfunktion des Hausarztes hingewiesen. Weitere Bedingungen der Teilnahme regelt die teilnehmende Krankenkasse ggf. in ihrer Satzung. Bereits an dieser Vereinbarung teilnehmende Versicherte müssen nicht erneut eingeschrieben werden.
2. Die Teilnahmeerklärung des Versicherten verbleibt beim Hausarzt. Der Versicherte erhält vom teilnehmenden Hausarzt eine mit dem Namen des gewählten Hausarztes und seiner Unterschrift versehene Kopie der Erklärung für seine Unterlagen. Darüber hinaus wird ihm Informationsmaterial der Krankenkasse ausgehändigt. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Einschreibung.
3. Die KVHB gewährleistet ein für die teilnehmende Krankenkasse transparentes aufwandsarmes Einschreibeverfahren. Dabei erfolgt die Datenübermittlung soweit wie möglich elektronisch. Der teilnehmende Hausarzt dokumentiert die Einschreibung des Versicherten, in dem er die für die Einschreibung festgelegte Pseudoziffer **99260** am Tag der Einschreibung des Versicherten in seine Abrechnungsunterlagen einfügt. Die KVHB erstellt aus den Abrechnungsunterlagen eine Liste der teilnehmenden Versicherten für die jeweilige Krankenkasse und übermittelt diese – ausschließlich zur Umsetzung dieses Vertrages - in elektronischer Form (Excel-Liste) innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende (**Anlage 4**).
4. Die Krankenkasse informiert die KVHB jeweils zwei Wochen vor Ende eines Quartals über die eingegangenen Kündigungen gemäß Abs. 7 der Versicherten an dieser Vereinbarung. Die Information an die KVHB erfolgt im Format gem. Abs. 3.

5. Der Wechsel des Hausarztes kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes vollzogen werden. Eine Fortsetzung der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung nach dieser Vereinbarung ist nur möglich, wenn der Versicherte unverzüglich einen neuen Hausarzt wählt, der ebenfalls an diesem Vertrag teilnimmt. Sofern der Versicherte bei mehreren Hausärzten seine Teilnahme an dieser Vereinbarung erklärt, ist nur die erste Einschreibung gültig im Sinne dieses Vertrages. Bei Arztwechsel wird die neue Teilnahmeerklärung an die KVHB gefaxt.
6. Mit der Einschreibung verpflichtet sich der teilnehmende Versicherte, die Regelungen zur Umsetzung der Koordinierungsfunktion des gewählten Hausarztes einzuhalten. Auch bei Inanspruchnahme eines Gynäkologen oder Augenarztes durch einen teilnehmenden Versicherten ist eine Koordinierung durch den Hausarzt wünschenswert. Ansonsten können Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches außer im Notfall nur auf Überweisung des betreuenden Hausarztes in Anspruch genommen werden.
7. Der Versicherte kann seine Teilnahme frühestens nach Ablauf des ersten Jahres beenden. Im Übrigen gilt eine Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende. Die Kündigung erfolgt schriftlich gegenüber der zuständigen Krankenkasse. Die Krankenkasse informiert hierüber unmittelbar die KVHB.
8. Mit dem Ende der Mitgliedschaft bei einer an dieser Vereinbarung teilnehmenden Krankenkasse endet die Teilnahme eines Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung.
9. Eine erneute Einschreibung ist jederzeit möglich.

§ 6 Versorgungsstruktur

1. Der Hausarzt steuert das Leistungsgeschehen, indem er als Ansprechpartner des Versicherten diesen bei der Inanspruchnahme der differenzierten Versorgungsangebote im Gesundheitssystem begleitet und durch fachlichen Austausch mit Fachärzten und anderen Leistungserbringern eine verbesserte Koordination der Versorgung gewährleistet.
2. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zur Teilnahme an allen für Hausärzte geschlossenen Disease-Management-Programmen (DMP). Der Hausarzt ist verpflichtet, nicht nur formal durch Registrierung, sondern aktiv an strukturierten Behandlungsprogrammen der teilnehmenden Krankenkasse bei chronischen Krankheiten nach § 137 f SGB V teilzunehmen. Aktive Teilnahme des Hausarztes bedeutet die Information der eingeschriebenen Versicherten über die Programme und die Motivation zur Teilnahme an diesen Programmen einschließlich der Einschreibung von Versicherten. Eine aktive Teilnahme ist auch dann gegeben, wenn seine an dieser Vereinbarung teilnehmenden Versicherten beim Facharzt in den DM-Programmen eingeschrieben sind.
3. Um insbesondere berufstätigen Versicherten einen Arztbesuch außerhalb der Arbeitszeit zu ermöglichen, werden Termine in einer Früh-, Abend- oder Samstagsprechstunde angeboten.
4. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zu einer rationalen, evidenzbasierten Pharmakotherapie gem. § 7.
5. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zu einer rationalen Hilfsmittelverordnung und bedienen die Steuerungsinstrumente der Krankenkasse. Bei den in der **Anlage 5** aufgeführten Hilfsmitteln ist der teilnehmende Hausarzt verpflichtet, die Hilfsmittelverordnung an die von der Krankenkasse benannte Stelle zu

versenden. Die inhaltliche Ausgestaltung der vertraglichen Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und der Krankenkasse ergibt sich aus der Anlage 5.

6. Die teilnehmenden Hausärzte bieten eine intensivierete Betreuung chronisch Erkrankter gem. § 8 an.
7. Bei veranlassten Überweisungen halten die teilnehmenden Hausärzte ein Angebot der Unterstützung zur Vermittlung von zeitnahen Behandlungsterminen bei Fachärzten vor.
8. Zur Vermeidung von nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten verpflichten sich die teilnehmenden Hausärzte zu einer engen Kooperation mit den Fachärzten, um die Möglichkeit der ambulanten Behandlung auszuschöpfen. Bei den Indikationen:
 - Bauchwandbruch (Leistenbruch, Nabelbruch)
 - Eingriffe am Kniegelenk
 - Operative Eingriffe an der Hand
 - Entfernungen von Osteosynthesematerial (Metallentfernung)
 - Eingriffe an der Nasenscheidewand
 - Nervenengpasssyndrome (Karpaltunnel)
 - Korrekturingriffe am Vorfuß
 - Eingriffe (Probeexzisionen) an der Prostata
 - Entfernung von Krampfadern
 - Entfernung von Tumoren der Haut und des Unterhautgewebes
 - Bandscheibenerkrankungenist vor einer geplanten stationären Einweisung ein Facharzt zu konsultieren, um die Möglichkeit einer ambulanten Operation oder Behandlung zu überprüfen. Notfalleinweisungen sind hiervon nicht betroffen.
9. Behandlung nach hausärztlichen Leitlinien.
10. Der angestrebte Bürokratieabbau wird durch folgende Maßnahmen eingeleitet:
 - Aufbewahrung der Dokumentation bei Präventionsmaßnahmen in der Patientenakte. Auf Anforderung der KVHB stellt der Hausarzt diese der KVHB zur Verfügung.
 - Vereinfachung bei der Verordnung enteraler Ernährung gemäß Anlage 7
 - Automatisierte Abrechnung der Leistungen nach § 8 Absatz 2 und 3 durch Zusetzung der Ziffern durch die KVHB bei teilnehmenden Hausärzten
 - Vereinfachtes Patienteneinschreibeverfahren (Meldung der Patienten an die KVHB ist ausreichend, die Originale verbleiben in der Praxis und müssen nur bei Bedarf eingereicht werden).

§ 7 Anwendung des BAR

1. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zu einer rationalen, evidenzbasierten Pharmakotherapie. Zur Umsetzung dieses Zieles wird ihnen das Bremer Arzneimittelregister (BAR) des Instituts für Pharmakologie in Bremen in der jeweils aktuellen Fassung zur Verfügung gestellt.
2. Innerhalb der erfassten Indikationen wird eine qualitätsorientierte, evidenz-basierte und wirtschaftliche Ordnungsweise von Arzneimitteln dadurch sichergestellt, dass vorwiegend Arzneimittel, die im BAR aufgeführt sind, ausgewählt werden.
3. Der teilnehmende Hausarzt erfüllt das angestrebte Qualitätsziel, wenn er bei mindestens 80 v. H. (im ersten Jahr 70 v. H.) seiner Verordnungen Wirkstoffe auswählt, die im BAR aufgeführt sind. Vorrangig sollen dabei die im Register als „Standard“

bezeichneten Wirkstoffe verordnet werden. Weitere Voraussetzung ist der indikationsgerechte Einsatz; die Verordnung eines Wirkstoffes nur zum Zweck der Quotenerreichung ist daher ausgeschlossen. Bei der Verordnung von Reservewirkstoffen sind die Erläuterungen des BAR zu beachten. Die KVHB verpflichtet sich im Laufe des Jahres 2011, die Ärzte in geeigneter Form zu informieren.

4. Die in Abs. 3 genannte Mindestquote ist jeweils pro Quartal - bezogen auf die Praxis (Betriebsstätten-Nummer) - zu erfüllen. Ausgenommen ist das Quartal nach In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung, im ersten Quartal ist die Erfüllung der Mindestquote aber anzustreben.
5. Mit der Anwendung des BAR als Maßnahme zur Steigerung der Arzneimitteltherapiequalität darf gegenüber Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise geworben werden. Auf Wunsch erhalten die Hausärzte hierfür Unterstützung vom Institut für Pharmakologie durch entsprechendes Informationsmaterial.
6. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich außerhalb der BAR zu einer wirtschaftlichen Verordnung der Blutzuckerteststreifen und der dazugehörigen Blutzuckermessgeräte. Eine Verordnung erfolgt nur auf Basis der in der Anlage 6 aufgeführten Liste der generischen Produktgruppen. Die Verordnung ist nur für insulinpflichtige Diabetiker zulässig,

§ 8 Intensivierte Betreuung von Versicherten mit chronischen oder besonderen Erkrankungen

1. Die teilnehmenden Hausärzte bieten eine intensivierete Betreuung für Patienten mit chronischen oder besonderen Erkrankungen gemäß **Anlage 7** an. Diese Erkrankungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie starke Auswirkungen auf die Lebensqualität haben und dass der Verlauf dieser Erkrankungen günstig beeinflusst werden kann.
2. Besonderes Augenmerk richtet der Hausarzt insbesondere auf Diagnose, die Therapie und den Krankheitsverlauf. Folgende Elemente stehen bei der Behandlung im Fokus:
 - a. Intensivierte Steuerung der Therapieverläufe
 - b. Zeitnahe Vermittlung notwendiger Termine bei fachärztlichen Kollegen
 - c. Regelmäßig Prüfung, Überwachung und Implementierung der hausärztlich und fachärztlich verordneten Medikamente
 - d. Beratung im Hinblick auf die individuelle Lebensführung, dazu gehört ein Hinwirken auf ein gesundheitsförderndes und krankheitsangepasstes Verhalten
 - e. Ggf. Anbindung an krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen

§ 9 Vergütungsstruktur

1. Die Vergütung nach diesem Vertrag erfolgt zusätzlich zu den nach §§ 83 bzw. 87 bis 87c SGB V getroffenen Vergütungsvereinbarungen. Es erfolgt keine Bereinigung der Gesamtvergütung.
2. Der besondere Aufwand für die eingeschriebenen Versicherten wird mit einer kontaktabhängigen Quartalspauschale von 17,50 Euro für maximal zwei Quartale im Kalenderjahr vergütet.
3. Für die Betreuung von eingeschriebenen Versicherten gemäß Anlage 7 („Chroniker“) erhält der Hausarzt einen Punktwertzuschlag auf die Versichertenpauschale in Höhe von 0,5 Cent. Berechnungsgrundlage ist ein „Chroniker-Anteil von ca. 50% bei allen in

diesem Vertrag eingeschriebenen Versicherten. Sofern dieser Anteil unterschritten wird, erfolgt zeitnah eine Anpassung des Punktwertzuschlags auf bis zu 1,0 Cent. Zum Ausgleich des erhöhten Versorgungsaufwands wird dieser Zuschlag für eingeschriebene Patienten nach Vorliegen der gesicherten und endstellig ICD-kodierten Diagnose in der KV-Abrechnung zugeordnet.

4. Die Vertragspartner prüfen, inwieweit durch geeignete Maßnahmen eine Verbesserung von Vorsorgeleistungen erzielt werden kann.
5. Mit dieser Vereinbarung soll ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand vermieden werden. Die Abrechnung der genannten Leistungen erfolgt im Rahmen der normalen KV-Abrechnung. Der Krankenkasse werden die Leistungen über das Formblatt in Rechnung gestellt. Es gelten die üblichen Datenschutzbestimmungen.

§ 10 Vertragsmaßnahmen

1. Bei Verstößen gegen Verpflichtungen aus diesem Vertrag gelten folgende Maßnahmen:
 - Hinweis und Beratung durch die Vertragspartner
 - Im Wiederholungsfall keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für nach dieser Vereinbarung abgerechnete Leistungen oder Entzug der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung
2. Die Umsetzung des Vertrages wird durch einen von den Vertragsparteien paritätisch besetzten Vertragsausschuss begleitet. Der Vertragsausschuss tagt im Bedarfsfall und kann auf Wunsch eines Vertragspartners einberufen werden. Er beschließt die Maßnahmen gem. Abs. 1.

§ 11 Anpassung und Weiterentwicklung

1. Die Vertragspartner vereinbaren, dass einmal jährlich auf Basis der Umsetzungserfahrungen Gespräche über Anpassungen bzw. eine Weiterentwicklung des Vertrages geführt werden.
2. Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.

§ 12 Grundsatz der Beitragssatzstabilität

1. Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei der Bemessung der vertraglich geschuldeten Vergütung den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) zu beachten.
2. Zur Sicherstellung der Beitragsstabilität vereinbaren die Vertragsparteien, die jeweils aktuelle Kostenentwicklung auf der Basis der letzten vier abgerechneten Quartale zu überprüfen. Die Prüfkriterien richten sich nach den Vorgaben der Anlage 9. Die Überprüfung obliegt der Vertragskommission, die von den Vertragspartnern gebildet wird.
3. Sind in den letzten vier Abrechnungsquartalen auf Kassenseite Mehraufwendungen (Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung hinausgehen) entstanden, die nicht durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen kompensiert werden konnten, sind die Vertragspartner zu einer Anpassung der Vergütung nach Maßgabe der Anlage 9 verpflichtet. Gleiches gilt für den Fall der Minderaufwendungen.

Die Anpassung gilt für den aktuellen Vierquartalszeitraum bis zur nächsten Überprüfung.

4. Mehraufwendungen, die in den Prüfquartalen entstanden sind, sind nach Rechnungslegung durch die Krankenkasse innerhalb einer Frist von drei Monaten zahlbar. Hinsichtlich der Berechnung wird auf Anlage 9 verwiesen.
5. Etwaige Rückzahlungsbeträge gem. Anlage 9 sind innerhalb einer Frist von drei Monaten vom BKK Landesverband durch Rechnungslegung geltend gemacht werden

§ 13 Laufzeit, Kündigung

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2011 in Kraft. Diese Vereinbarung gilt unbefristet.
2. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen. Beigetretene Krankenkassen können ihre Teilnahme mit gleicher Frist beenden.
3. Bei Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen verpflichten sich die Vertragspartner, unverzüglich Gespräche über die Anpassung des Vertrages aufzunehmen. Wird als Verhandlungsergebnis die Nichteinigung festgestellt, besteht für jeden Vertragspartner die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung dieses Vertrages.

§ 14 Regelung für Teilnehmer an dem Vertrag zur hausärztlichen Versorgung gem. § 73a SGB V

1. Für die durch den BKK LV Mitte vertretenen Betriebskrankenkassen, die bereits an dem zwischen der KVHB und dem BKK LV Mitte am 01.01.2011 in Kraft getretenen Vertrag zur hausärztlichen Versorgung gem. § 73a SGB V teilnehmen, gilt Folgendes:

Der BKK LV Mitte informiert die durch ihn vertretenen Betriebskrankenkassen darüber, dass der Vertrag zur hausärztlichen Versorgung vom 01.01.2007 gem. § 73b SGB V über den 31.03.2011 hinaus fort gilt. Die Parteien dieses Vertrages gehen davon aus, dass die Krankenkassen es grundsätzlich vorziehen, das gem. § 73b SGB V bestehende Vertragsverhältnis fortzusetzen ohne weiter an den Vertrag gem. § 73a SGB V gebunden zu sein. Zur Vermeidung eines unnötigen Verwaltungsaufwandes erklären sich die Vertragspartner bereit, den durch den BKK LV Mitte vertretenen Krankenkassen, die an dem Vertrag gem. § 73a SGB V teilnehmen, aus dem Vertrag gem. § 73a SGB V zu entlassen, ohne dass es hierzu einer Erklärung bedarf, um an diesem Vertrag teilzunehmen. Den durch den BKK LV Mitte vertretenen Krankenkassen wird insoweit ein Widerspruchsrecht, das innerhalb einer Frist von zwei Wochen ab Bekanntgabe auszuüben ist, eingeräumt. Krankenkassen, die von diesem Widerspruchsrecht fristgerecht Gebrauch machen, werden aus dem aktuellen Vertrag entlassen und nehmen zukünftig ausschließlich an dem Vertrag gem. § 73a SGB V teil. Krankenkassen, die nicht widersprechen, sind nach wie vor an den Vertrag zur hausärztlichen Versorgung gem. § 73b SGB V gebunden.
2. Die an dem Vertrag gem. § 73b SGB V teilnehmenden Krankenkassen werden ihre an dem Vertrag gem. § 73a SGB V teilnehmenden Versicherten über die eingetretene Änderung informieren. Sofern die Versicherten nicht widersprechen, werden sie als Teilnehmer an dem Vertrag gem. § 73b SGB V geführt, ohne dass es hierfür einer gesonderten Umschreibung bzw. Neueinschreibung bedarf.

§ 15 Datenschutz

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist sowohl von den am Vertrag teilnehmenden Hausärzten als auch von den Vertragspartnern zu gewährleisten

§ 16 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Bestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck der Vereinbarung am nächsten kommen.

Anlagen

- Anlage 1 Fortbildungen des Hausarztes
- Anlage 2 Teilnahmeantrag des Hausarztes
- Anlage 3 Verzeichnis der teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte
- Anlage 4 Teilnahmeerklärung des Versicherten
- Anlage 5 Teilnehmerliste der Versicherten
- Anlage 6 Empfehlungsliste Arzneimittelwirkstoffe
- Anlage 7 Verordnungen bei enteraler Ernährung
- Anlage 8 Teilnehmende Krankenkassen Anlage
- Anlage 9 Evaluation

Bremen, den 29.03.2011

Kassenärztliche Vereinigung
Bremen

BKK Landesverband Mitte

Neue Hausarztliste e.V. (NHL)

Vereinigung Hausärztlicher Internisten im
Bundesland Bremen – VHI-HB