

**Vereinbarung
zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V**

der IKK gesund plus
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen
Umfassungsstr. 85, 39124 Magdeburg
- nachfolgend Krankenkasse genannt –

und

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen

- nachfolgend KVHB genannt -

sowie

der Neuen Hausarztliste e.V. (NHL)

- nachfolgend "Verbände der Hausärzte" genannt -

Anlagen

Anlage 1	Teilnahmeerklärung der Hausärzte	(Stand Oktober 2018)
Anlage 2	Teilnahmeverzeichnis der Hausärzte – <i>Muster</i>	(Stand Oktober 2018)
Anlage 3	Teilnahmeerklärung des Versicherten	(Stand Juli 2021)
Anlage 4	Teilnahmeverzeichnis der Versicherten – <i>Muster</i>	(Stand Oktober 2018)
Anlage 5	nicht besetzt	
Anlage 6	Datenschutzinformation Hausarzt	(Stand Januar 2021)
Anlage 7	Vertragsmaßnahmen	(ehem. 6. Protokollnotiz)
Anlage 8	Technische Anlage	(Stand Dezember 2018)
Anlage 9	Versicherteninformation	(Stand Juli 2021)
Anlage 10	Wirtschaftlichkeitskriterien und Evaluation	(Stand Oktober 2019)

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 Vertragspartner wollen vor diesem Hintergrund die gesetzgeberischen Bemühungen zur Umsetzung der hausärztlichen Versorgung mit eigenen Aktivitäten unterstützen. Mit dieser Vereinbarung setzen die Vertragspartner die gesetzlichen Möglichkeiten um, die den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gem. § 73b SGB V ermöglicht werden.

Die Vertragspartner vereinbaren demnach Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen übertragen.

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.

Die empirische Sozial- und Versorgungsforschung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit ihrem Arzt wünschen. Insbesondere bei Menschen mit chronischen Erkrankungen konnte festgestellt werden, dass diese sich verstärkt eine Beteiligung an der Therapie wünschen, als mögliche Begründung dafür nennt die Forschung das „bedrohlichere Erleben der Krankheit“.¹ Das Konzept der gemeinsamen oder auch partizipativen Entscheidungsfindung, also des sog. „Shared-Decision-Making“, soll die Versorgung verbessern und Kosten reduzieren.² Auch die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt die Stärkung der partizipativen Entscheidungsfindung in der Patientenversorgung.³ Die Regelversorgung bzw. dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wird diesem Modell nicht gerecht, bisher findet es nur im Rahmen von diversen Projekten des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Anwendung.⁴ Mit der vorliegenden Vereinbarung realisieren die Vertragspartner in Bremen die Implementierung des Shared-Decision-Making in der praktischen hausärztlichen Versorgung.

¹ Vgl. Braun B, Marstedt G: Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit, erschienen in Gesundheitsmonitor 2014, Bertelsmann Stiftung

² Vgl. Lee O, Emanuel E: Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs, 2013

³ Vgl. WHO: Patient Engagement – Technical Series on safer primary care, 2016

⁴ Vgl. Härter et al: Der lange Weg zur Implementierung patientenzentrierter Versorgung und partizipativer Entscheidungsfindung in Deutschland, erschienen in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Ausgaben 123–124, S. 46-51, Juni 2017

Lesefassung inkl. Protokollnotizen

Die Vertragspartner haben sich auf Grundlage der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung in den vergangenen Jahren dazu entschlossen, die aktuellen Änderungen zum Anlass zu nehmen, um die bisherige bestehende Vereinbarung mit sämtlichen Anlagen in die vorliegende Fassung redaktionell zu überführen.

Aus Gründen der Vereinfachung wird im folgenden Text die männliche Form verwendet. Die jeweiligen Begriffe gelten jedoch in der männlichen, weiblichen und diversen Form entsprechend.

§ 1 Ziele

1. Ziel dieses Vertrages ist die Umsetzung der hausärztlichen Versorgung auf der Grundlage des § 73b SGB V. Über eine Einschreibung von Versicherten bei Hausärzten werden Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöht.
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, einer rationalen Hilfsmittelversorgung und der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen erschlossen werden.
3. Durch Shared-Decision-Making soll bei Menschen mit chronischen Erkrankungen durch ein verbessertes Arzt-Patienten-Verhältnis die Wirksamkeit, Qualität und Effizienz der Versorgung verbessert werden.

§ 2 Geltungsbereich

1. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) und die beteiligte Krankenkasse schließen einen Vertrag nach § 73b SGB V zur hausärztlichen Versorgung.
2. Die vereinbarten Vertragsinhalte ergänzen die nach § 83 SGB V getroffenen gesamtvertraglichen Regelungen, die unverändert weiter gelten.
3. Berechtigt zur Teilnahme an diesem Vertrag sind an der vertragsärztlichen Versorgung im Land Bremen teilnehmende Ärzte gem. § 73 Abs. 1a Nr. 1-5 SGB V, auch Angestellte in Gemeinschaftspraxen/BAG und Med. Versorgungszentren, für die eine Anstellungsgenehmigung gem. § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32b Ärzte-ZV vorliegt. Ob es sich dabei um eine Haupt- oder Zweigniederlassung handelt ist unerheblich. Angestellte Ärzte können nur teilnehmen, wenn die zugelassenen Vertrags Ärzte bzw. das MVZ, bei denen sie angestellt sind, Vertragspartner sind.
4. Teilnahmeberechtigt sind die Versicherten der teilnehmenden Krankenkasse.

Lesefassung
inkl. Protokollnotizen

5. Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KVHB informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

§ 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:
 - a) allgemeine Voraussetzungen
 - Praxissitz im Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.
 - In Berufsausübungsgemeinschaften müssen alle teilnahmeberechtigten Mitglieder der BAG an dieser Vereinbarung teilnehmen.
 - b) Fachliche Voraussetzungen
 - Erfüllung der Fortbildungspflicht nach §95 d SGB V durch die Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie oder Geriatrie und dabei evidenzbasierte praxiserprobte und Leitlinien der hausärztlichen Versorgung berücksichtigen. Einmal pro Jahr wird dabei das Thema „Pharmakotherapie gemäß BAR“ behandelt.
 - Die hausärztliche Fortbildung kann auch durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln geleistet werden. Der Qualitätszirkel muss von der KVHB gemäß den von ihr festgelegten Grundsätzen anerkannt sein. Die Fortbildungsangebote müssen nach den Anforderungen der Ärztekammer Bremen oder eines akkreditierten Veranstalters zertifiziert sein.
 - Der teilnehmende Hausarzt verpflichtet sich innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Teilnahme an einer von der KVHB anerkannten Fortbildung zum Thema aktuelle Forschungsergebnisse des „Shared-Decision-Making“ teilzunehmen.
 - Aktive Teilnahme an allen für Hausärzte geschlossenen Disease-Management-Programmen nach § 137 f SGB V (DMP)
 - Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement gem. § 135 a SGB V auf Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinie
 - Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung innerhalb von 24 Monaten nach Vertragsbeitritt
 - Gewährleistung der regelhaften Erbringung von Leistungen der kleinen Chirurgie in der Praxis.
 - c) Apparative Voraussetzungen
 - Praxisausstattung mit Faxgerät und EDV mit Praxissoftware.
 - Vorhalten der apparativen Mindestausstattung mit Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung (ggf. in Kooperation mit anderen Hausärzten)

Lesefassung
inkl. Protokollnotizen

3. Die Teilnahme an der hausärztlichen 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.
4. Der teilnehmende Hausarzt verpflichtet sich, an keinen weiteren Verträgen der beteiligten Krankenkasse zur hausärztlichen Versorgung teilzunehmen.
5. Der Hausarzt kann seine Teilnahme an der Vereinbarung gegenüber der KVHB in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen.
6. Die Teilnahme eines Hausarztes an dieser Vereinbarung endet durch Wegfall der Voraussetzungen nach Abs. 2 oder nach Kündigung nach Abs. 5.
7. Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte führt die KVHB ein Verzeichnis. Die KVHB stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses der Krankenkasse quartalsweise, bei Bedarf häufiger, in elektronischer Form entsprechend **Anlage 2** zur Verfügung. Die Krankenkasse darf jederzeit die Teilnahmeerklärungen zu Prüfzwecken anfordern.
8. Die KVHB veröffentlicht regelmäßig Termine für die in Abs. 2 geforderten Fortbildungsveranstaltungen im Landesrundsreiben bzw. auf ihrer Internetseite.

§ 4 Information der Versicherten

1. Die teilnehmende Krankenkasse wird diese Vereinbarung aktiv bewerben. Sie informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über die Vorteile der hausärztlichen Versorgung. Dabei wird insbesondere informiert über
 - die Inhalte der Vereinbarung
 - die teilnehmenden Hausärzte
 - die Leistungen der hausärztlichen Versorgung
2. Die Krankenkasse weist dabei ihre Versicherten ggf. auf besondere Inhalte und Ziele dieser Vereinbarung hin, insbesondere auf die
 - Freiwilligkeit der Teilnahme
 - Wahl des Hausarztes
 - Verbesserung der Qualität der hausärztlichen Versorgung
 - Förderung des hausärztlichen Hausbesuches zur Vermeidung stationärer Aufenthalte
 - spezielle ergänzende Versorgungsangebote
 - Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung
 - Förderung der Disease-Management-Programme
 - ambulante Notfallbehandlung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst

Lesefassung
inkl. Protokollnotizen

- das Konzept des Shared-Decision-Makings und dessen Nutzen für die Behandlung
- 3. Sofern die teilnehmende Krankenkasse für ihre Versicherten besondere Satzungsleistungen vorsehen, wird diese Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung dabei berücksichtigt.
- 4. Die KVHB und die Krankenkasse bieten regelmäßige Patientenveranstaltungen zum Thema Shared-Decision-Making im Rahmen der Verträge gem. § 73b SGB V an, auf welche in entsprechenden Medien hingewiesen wird.

§ 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. Die weiteren Bedingungen der Teilnahme regelt die teilnehmende Krankenkasse ggf. in ihrer Satzung.
2. Der Hausarzt nimmt die Teilnahmeerklärung als Empfangsvertreter der Krankenkasse entgegen. 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. Der Hausarzt bewahrt die Teilnahmeerklärung des Versicherten 15 Jahre auf.
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 **99250** am Tag der Einschreibung des Versicherten in seine Abrechnungsunterlagen einfügt. Die KVHB erstellt aus den Abrechnungsunterlagen eine Liste der teilnehmenden Versicherten für die Krankenkasse und übermittelt diese zeitnah – ausschließlich zur Umsetzung dieses Vertrages - in elektronischer Form (**Anlage 4**). Die Kassenärztliche Vereinigung versichert schriftlich bei jeder Übermittlung der Abrechnungsunterlagen bzw. des Teilnehmerverzeichnisses die Vollständigkeit sowie das Vorliegen ordnungsgemäß abgegebener Teilnahmeerklärungen zum Zeitpunkt der Übermittlung. Die Krankenkasse hat ein Einsichtsrecht in das Original der Teilnahmeerklärung und darf diese jederzeit zu Prüfzwecken anfordern. Im Übrigen gewährleisten die Vertragspartner den Datenaustausch gemäß **Anlage 8** durchzuführen.
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. Anlage 8 in der jeweils gültigen Fassung.

Lesefassung inkl. Protokollnotizen

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 Teilnahmejahres mit einer Frist von vier Wochen 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 hausärztlichen 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. Dem Hausarzt stehen für die individuelle Versorgung des Patienten auch spezielle ergänzende Versorgungsangebote zur Verfügung.
3. Der Hausarzt beteiligt sich aktiv an der Umsetzung des geriatrischen Zielkonzeptes (beschlossen vom Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V am 25. Mai 2018).
4. 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

Lesefassung inkl. Protokollnotizen

Versicherten. Eine aktive Teilnahme ist auch dann gegeben, wenn seine an dieser Vereinbarung teilnehmenden Versicherten beim Facharzt in den DM-Programmen eingeschrieben sind.

5. Um insbesondere berufstätigen Versicherten einen Arztbesuch außerhalb der Arbeitszeit zu ermöglichen, werden Termine in einer Früh-, Abend- oder Samstagsprechstunde angeboten.
6. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zu einer rationalen, evidenzbasierten Pharmakotherapie gem. § 7.
7. Die teilnehmenden Hausärzte bieten besondere Leistungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen gem. § 8 an.
8. Bei veranlassten Überweisungen halten die teilnehmenden Hausärzte ein Angebot der Unterstützung zur Vermittlung von zeitnahen Behandlungsterminen bei Fachärzten vor.
9. 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
 - Bandscheibenerkrankungen

ist vor einer geplanten stationären Einweisung ein Facharzt zu konsultieren, um die Möglichkeit einer ambulanten Operation oder Behandlung zu überprüfen. Notfalleinweisungen sind hiervon nicht betroffen. Die teilnehmenden Hausärzte weisen ihre Patienten im Bedarfsfall auf die Möglichkeit hin, dass diese an einer von der vertragschließenden Krankenkasse separaten Vereinbarung zum qualitätsgesicherten stationärsersetzenden ambulanten Operieren teilnehmen können.

§ 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.

Lesefassung
inkl. Protokollnotizen

2. Innerhalb der erfassten Indikationen wird eine qualitätsorientierte, evidenzbasierte und wirtschaftliche Verordnungsweise von Arzneimitteln dadurch sichergestellt, dass vorwiegend Arzneimittel, die im BAR aufgeführt sind, ausgewählt werden.
3. Vorrangig sollen dabei die im BAR als „Standard“ bezeichneten Wirkstoffe verordnet werden. Eine weitere Voraussetzung ist der indikationsgerechte Einsatz. Für nicht empfohlene Präparate in einer Indikation, die im BAR adressiert wird („Kategorie 4“) gilt eine Verordnungshöchstquote von maximal 10 v. H. Bei der Verordnung von Reservewirkstoffen sind die Erläuterungen des BAR zu beachten.
4. Die in Abs. 3 genannte Höchstquote ist jeweils pro Quartal - bezogen auf die Praxis (Betriebsstätten-Nummer) - einzuhalten.
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 Hausärzte hierfür Unterstützung vom Institut für Pharmakologie durch entsprechendes Informationsmaterial.
6. Die vertragsbeteiligten Verbände der Hausärzte beraten bei Bedarf die teilnehmenden Hausärzte in ihrem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten und geben entsprechende Informationen über typische Ordnungsprobleme der hausärztlichen Praxen an die Gesellschaft für Therapieforschung und Experimentelle Medizin GmbH & Co.KG (G.T.E.M.), Am Kastanienhof 42, 28355 Bremen weiter.

§ 8 Besondere Leistungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen

1. Die teilnehmenden Hausärzte bieten besondere Leistungen für Patienten mit chronischen Erkrankungen an. Besonderes Augenmerk richtet der Hausarzt insbesondere auf das Modell des Shared-Decision-Making, bezogen auf Diagnostik, Therapiewahl und den Krankheitsverlauf. Folgende Elemente stehen bei der Behandlung im Fokus:
 - a. Praxisorganisatorische Umsetzung des Shared-Decision-Making-Modells gem. dieses Vertrages
 - b. Intensivierte Steuerung der Therapieverläufe und -planung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten (Shared-Decision-Making), insbesondere bei Patienten mit neu manifestierten chronischen Erkrankungen
 - c. Zeitnahe Vermittlung notwendiger Termine bei fachärztlichen Kollegen
 - d. Regelmäßige Prüfung, Überwachung und Implementierung der hausärztlich und fachärztlich verordneten Medikamente
 - e. Beratung im Hinblick auf die individuelle Lebensführung, dazu gehört ein Hinwirken auf ein gesundheitsförderndes und krankheitsangepasstes Verhalten
 - f. Bei Bedarf Anbindung an krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen
 - g. Hinweis auf die freiwillige Teilnahme an der Evaluation (§ 12b) sowie Aushändigung des Fragebogens (**Anlage 5**)

**Lesefassung
inkl. Protokollnotizen**

- h. Hinweis auf die freiwillige Teilnahme an gemeinsamen Patientenveranstaltungen der KVHB und der Krankenkasse zu Shared-Decision-Making (§ 4 Abs. 4)
- i. Information und Hinweis auf spezielle Versorgungsverträge der Krankenkasse

Bei minderjährigen Versicherten oder nicht einwilligungsfähigen Betreuten erfordert das Shared-Decision-Making die Anwesenheit und Beteiligung des gesetzlichen Vertreters.

§ 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 5,50 Euro für maximal zwei Quartale im Kalenderjahr vergütet; Pseudoziffer **99252**.

3. Handelt es sich bei dem Patienten um einen chronisch kranken Versicherten im Sinne des allgemeinen Chronikerbegriffs des EBM, so wird der Mehraufwand der Umsetzung des Modells Shared-Decision-Making (§ 8) mit 10,00 Euro je Quartal vergütet; Pseudoziffer **99253**.

Obligatorische Leistungen:

- Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Informiertheit des Patienten: Einführung in die Gesprächsstruktur des Shared-Decision-Making-Modells (Informiertheit, Involviertheit, Entscheidungszufriedenheit), Abfrage des individuellen Wissenstandes und – bedarfes des Patienten, ggf. (wiederholende) erklärende Erläuterung des chronischen Erkrankungsbildes, Hinweis auf Informationsmaterialien – bzw. quellen der verschiedenen Therapiemöglichkeiten
- Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Involviertheit des Patienten: Erläuterung der Entscheidungsnotwendigkeit in Bezug auf die Erkrankung und deren Therapie, systematisierte Darstellung der Therapieoptionen mit den jeweiligen Chancen und Risiken, zielgruppenspezifische Entscheidungsfindung zur Steigerung der Adhärenz, ggf. Einbindung von Bezugspersonen
- Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Entscheidungszufriedenheit des Patienten: Einholung eines Feedbacks, Beantwortung von Rückfragen, Sicherung der gemeinsamen Therapieentscheidung, Motivierung zur Teilnahme an der Evaluation

Dies gilt bei Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung, insbesondere aus den Kapiteln II-VI, IX bis XI sowie XIV der Internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD-10-GM), mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis

Lesefassung
inkl. Protokollnotizen

stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben.

4. Der gesteigerte Mehraufwand zur Umsetzung des Shared-Decision-Modells (§ 8) bei multimorbiden Patienten im Sinne der S3-Leitlinie (DEGAM-Leitlinie Multimorbidität) wird mit 14,50 Euro je Quartal vergütet, Pseudoziffer **99259**.
5. Bei Vorliegen einer neu manifestierten chronischen Grunderkrankung ergeben sich individuelle Belastungen für den Patienten. Für den gesteigerten Mehraufwand zur Umsetzung des Shared-Decision-Making-Modells (§ 8) wird die Pauschale um 10,00 Euro erhöht. Dieser Zuschlag mit der Pseudoziffer **99254** ist für eine neu manifestierte chronische Grunderkrankung nur einmalig und nur i.V.m. der Pseudoziffer **99253** oder mit der Pseudoziffer **99259** abrechenbar. Eine chronische Erkrankung ist neu manifestiert, wenn sie lang andauernd, lebensverändernd und eine kontinuierliche ärztliche Behandlung und Betreuung notwendig macht sowie bisher noch nicht bei dem Versicherten hausärztlich gesichert diagnostiziert wurde.
6. Die Vertragspartner prüfen, inwieweit durch geeignete Maßnahmen eine Verbesserung von Vorsorgeleistungen erzielt werden kann.
7. Mit dieser Vereinbarung soll ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand vermieden werden. Die Abrechnung der genannten Leistungen erfolgt im Rahmen der regulären KV-Abrechnung mit entsprechender sachlich-rechnerischer Prüfung. Der Krankenkasse werden die Leistungen über das Formblatt in Rechnung gestellt.

§ 10 Datenschutz

1. Die Krankenkasse ist gemäß § 284 SGB V berechtigt, Sozialdaten zu erheben sowie zu speichern. Die KVHB ist gem. § 295 Abs. 1 SGB V berechtigt Sozialdaten zu erheben und zu speichern. Das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I ist zu wahren.
2. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch die KVHB und die Krankenkasse zum Zwecke der Teilnahme des Arztes an der HZV ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit.b) DSGVO i.V. mit dem HZV-Vertrag nach § 73b SGB V. Für die Verarbeitung der Patientendaten durch beide Beteiligte sind es die Art. 5, Art.6 Abs. 1 lit.b) und Art. 9 Abs. 2 lit.h) und f) i.V.m. Abs. 3 DSGVO sowie § 295 und §295 a SGB V.
3. Darüber hinaus dürfen die Vertragspartner personenbezogene Daten (Sozialdaten) im Rahmen der Teilnahme nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben verarbeiten, wenn ihnen hierfür eine Einwilligungserklärung (Anlage 3) nach Art. 6 Abs. 1a Datenschutzgrundverordnung in der jeweils gültigen Fassung des Versicherten vorliegt.
4. Die Datenerhebung erfolgt in Kenntnis der Leistungserbringer. Sie kennen den Inhalt des HZV-Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am HZV-Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke gespeichert.

Lesefassung
inkl. Protokollnotizen

5. Die Leistungserbringer verpflichten sich, die in den verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten und hinsichtlich der Datensicherheit geltenden Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Die Leistungserbringer treffen hierfür die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Art. 32 EU-DSGVO.
6. Die Vertragspartner verarbeiten im Rahmen dieses Vertrages folgende Datenkategorien:
 - a. Daten zur Person
 - b. Daten zum Versicherungsverhältnis
 - c. Leistungs-, Versorgungs-, und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
 - d. Daten von Vertragspartnern

§ 11 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
 - Weitere Maßnahmen sind in **Anlage 7** geregelt.
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.
3. Als Mitglied des Vertragsausschusses übernehmen die vertragsbeteiligten Verbände der Hausärzte in Kooperation mit der KVHB insbesondere die Information über die Beratungsthemen und Entscheidungen des Vertragsausschusses an die an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte.

§ 12 Anpassung und Weiterentwicklung

1. Die Vertragspartner vereinbaren, dass einmal jährlich auf Basis der Umsetzungserfahrungen Gespräche über Anpassungen bzw. eine Weiterentwicklung des Vertrages geführt werden. Grundlage für diese Gespräche bilden, wenn vorliegend, die Ergebnisse aus der Evaluation gem. § 12a.
2. Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.

§ 13 Salvatorische Klausel

Sollten sich einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise als unwirksam oder undurchführbar erweisen oder infolge Änderungen der Gesetzgebung nach Vertragsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

§ 14 Laufzeit, Kündigung

1. Die Fassung der Vereinbarung tritt am 01.10.2018 in Kraft mit Ausnahme derjenigen Regelungen, für die im jeweiligen Einzelfall ein abweichendes Gültigkeitsdatum festgelegt wurde, und ersetzt die bisher gültige Vereinbarung mit sämtlichen Anlagen und Protokollnotizen. Diese Vereinbarung gilt unbefristet.
2. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Quartalsende. 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.
4. Wird die Vereinbarung von einer Vertragspartei gekündigt, behält die Vereinbarung für die übrigen Vertragsparteien weiterhin ihre Gültigkeit, es sei denn, durch die Kündigung des Vertragspartners entfällt die Geschäftsgrundlage der Vereinbarung.