

VERTRAG

zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V

VKZ: 140A1600000

zwischen der

KNAPPSCHAFT

Knappschaftstraße 1, 44799 Bochum

und der

der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination

vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Stand: 01.01.2026

- in der Fassung des 9. Nachtrags -

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt 1 – Versorgungsziele und Vertragsgegenstand

§ 1 Ziel des Vertrages

§ 2 Gegenstand des Versorgungsvertrages

Abschnitt 2 – Versorgungsauftrag

§ 3 Inhalt des Versorgungsauftrages

§ 4 Aufgaben des teilnehmenden Hausarztes im Rahmen des Versorgungsauftrages

§ 5 Arzneimittelmanagement

§ 6 Wartezeiten- und Überweisungsmanagement

§ 7 Kooperationsregeln

Abschnitt 3 – Teilnahme von Versicherten

§ 8 Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

§ 9 Teilnahmeverfahren

§ 10 Rechte und Pflichten des teilnehmenden Versicherten

Abschnitt 4 – Teilnahme von Hausärzten

§ 11 Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte

§ 12 Teilnahmeverfahren

§ 13 Rechte und Pflichten des teilnehmenden Hausarztes

Abschnitt 5 – Qualitätssicherung und -management

§ 14 Qualitätsanforderungen für die teilnehmenden Hausärzte

Abschnitt 6 – Patientenorientierung

§ 15 Patientenorientierung

Abschnitt 7 – Programmsteuerung

§ 16 Aufgaben der AG Vertragskoordinierung

§ 17 Vertragsausschuss

§ 18 Datenschutz und technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Abschnitt 8 – Vergütung und Abrechnung

§ 19 Vergütung

§ 20 Abrechnung

Abschnitt 9 – Abschließende Bestimmungen

§ 21 Beteiligung weiterer Krankenkassen

§ 22 Anpassungsklausel

§ 23 Laufzeit und Kündigung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichzeitig für beiderlei Geschlecht.

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Teilnahmeerklärung Hausarzt

Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherter

Anlage 3 Vergütung

Anlage 4 Medikationscheck

Anhang a Musterinformationsschreiben / Einwilligungserklärung des Versicherten

Anhang b Technische Anlage Medikationscheck

Anlage 5 Beratungsgespräch Pflegepersonen

Anhang a Musterinformationsscheiben an den Arzt

Anhang b HPS – Häusliche Pflege-Skala

Anhang c Technische Anlage Beratungsgespräch für Pflegepersonen

Anlage 6 Technische Anlage Datenaustausch Arztlisten

Präambel

Der Hausarzt übernimmt die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung des Patienten. Er wirkt als Koordinator und Lotse der Patientenbehandlung auf eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung hin. Er kann durch konsequentes Management der Übergänge der Versorgung die Behandlung des Patienten im Versorgungsprozess koordinieren. Dabei gilt es nicht nur den Patienten zu begleiten, sondern ihn auch aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Hausarzt und Patient in die Behandlung einzubeziehen.

Eine solche hausärztliche Versorgung soll durch diese Vereinbarung zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gefördert werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden hierzu jeweils von einer Gemeinschaft von Hausärzten ermächtigt, und haben zu diesem Zweck als Mitglieder der AG die KBV bevollmächtigt, diesen Vertrag mit der Knappschaft zu schließen, dem weitere Hausärzte beitreten können.

Mit Hilfe dieses Vertrages sollen die weiterführenden Versorgungsangebote der Knappschaft, wie sie u. a. im Rahmen von DMPs und besonderen Vertragsangeboten den Knappschaftsversicherten zur Verfügung gestellt werden, im Interesse des Patienten mit der hausarztzentrierten Versorgung verknüpft werden. Die Vertragspartner beabsichtigen, diesen Vertrag um weitere Module der hausarztzentrierten Versorgung zu erweitern.

Die Knappschaft und die AG Vertragskoordinierung vereinbaren, den Vertrag zur hausärztlichen Versorgung vom 29.08.2008, einschließlich aller Bestandteile gewordenen Anlagen sowie der vereinbarten Nachträge fortzuführen.

Ziel ist es insbesondere, das Versorgungskonzept auf die meist älteren und chronisch kranken eingeschriebenen Versicherten optimal auszurichten. Deshalb wird der bestehende Vertrag um einen Medikationscheck ergänzt. Durch die Aktivierung der Kodierempfehlung wird die Dokumentation der Krankheitslast der Knappschaftsversicherten verbessert und so die Grundlage zur Entwicklung weiterer Module zur Verbesserung der Versorgung der eingeschriebenen Knappschaftsversicherten gelegt.

Durch den gezielten Arzneimittelcheck sollen unerwünschte Arzneimittelwirkungen reduziert und dadurch bedingte Folgekosten vermieden werden. Die Parteien gehen davon aus, dass hierdurch die vertraglich vereinbarten finanziellen Mehraufwendungen refinanziert werden. Um dies zu belegen, werden die Vertragspartner die finanziellen Auswirkungen nach Ablauf eines Jahres evaluieren. Die Vertragspartner stimmen gemeinsam ein Evaluationskonzept ab. Sollte die Refinanzierung nicht in der erwarteten Höhe eintreten, verpflichten sich die Vertragsparteien, die Vergütung so anzupassen, dass eine Kostenneutralität sichergestellt ist.

Die Parteien streben gemeinsam an, den Vertrag zeitnah um das Thema „softwaregestützte Arzneimittelsteuerung“ zu erweitern.

Abschnitt 1 – Versorgungsziele und Vertragsgegenstand

§ 1 Ziel des Vertrages

- (1) Ziel dieses Vertrages ist die qualitätsgesicherte und wirtschaftliche hausarztzentrierte Versorgung für die Versicherten der Knappschaft.
- (2) Mit der konsequenten Wahrnehmung der zentralen Koordinations- und Steuerungsaufgabe durch den Hausarzt soll sichergestellt werden, dass die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung weiter optimiert wird. Dies wird insbesondere durch ein effizientes Management des Übergangs zur und zwischen der fachärztlichen Versorgung, der stationären Versorgung und weiterführenden Versorgungsangeboten (Schnittstellenmanagement) erreicht.
- (3) Durch die hausarztzentrierte Versorgung soll neben der spürbaren Optimierung der Qualität auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nachhaltig gesteigert werden. Durch eine bessere Koordination und Abstimmung der Versorgung sowie die vorrangige Verordnung von Arzneimitteln, für welche die Knappschaft einen Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat, sollen Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelbereich erschlossen werden. Es soll die Zusammenarbeit zwischen der Knappschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem teilnehmenden Hausarzt verstärkt werden, um dem Hausarzt sein eigenes Verordnungsverhalten transparenter zu machen.
- (4) Um ein solches effizientes Schnittstellenmanagement zu gewährleisten, informiert und berät der teilnehmende Hausarzt den teilnehmenden Patienten gezielt und individuell über weiterführende Versorgungsangebote der Knappschaft. Solche weiterführenden Versorgungsangebote sind insbesondere DMPs, besondere Vertragsangebote oder auch besondere Präventionsprogramme.

§ 2 Gegenstand des Versorgungsauftrages

- (1) Zur Verbesserung der Koordinations- und Steuerungsfunktion des Hausarztes im Rahmen einer hausarztzentrierten Versorgung werden in diesem Vertrag grundsätzliche Regelungen für die teilnehmenden Hausärzte festgelegt. Grundlage dieses Vertrages sind die Regelungen des § 73b SGB V.
- (2) Dieser Vertrag gilt für die KNAPPSCHAFT und die Hausärzte, die nach § 12 bzw. Anlage 1 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben und die Voraussetzungen des § 14 erfüllen (teilnehmende Hausärzte) sowie die Versicherten der KNAPPSCHAFT, die entsprechend der Erklärung gemäß Anlage 2 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt und in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten eingewilligt haben.
- (3) Die Knappschaft überträgt der AG Vertragskoordinierung die Ausschreibung der Versorgungsverträge nach § 73b Abs. 4 SGB V. Die AG Vertragskoordinierung und die Kassenärztlichen Vereinigungen schreiben die Aufforderung zur Erklärung der Teilnahme unter Bekanntgabe der objektiven Auswahlkriterien in Form der Teilnahmevoraussetzungen dieses

Vertrages für Hausärzte aus. Der Ausschreibungstext wird von der AG Vertragskoordinierung in Abstimmung mit der Knappschaft entwickelt.

Abschnitt 2 – Versorgungsauftrag

§ 3 Inhalte des Versorgungsauftrages

Der teilnehmende Hausarzt steuert und koordiniert die Behandlung der Knappschaftsversicherten. Dies umfasst insbesondere das Management der Übergänge der Versorgung zwischen der haus- und fachärztlichen, der stationären bzw. rehabilitativen Versorgung und Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen (Schnittstellenmanagement). Auf diese Weise sichert der Hausarzt eine strukturierte, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Behandlung des Patienten in den relevanten Versorgungsebenen. Der teilnehmende Hausarzt hat bei Entscheidungen zur Diagnostik und Therapie für die hausärztliche Versorgung entwickelte und praxiserprobte, evidenzbasierte Leitlinien anzuwenden.

§ 4 Aufgaben des teilnehmenden Hausarztes im Rahmen des Versorgungsauftrages

Der Versorgungsauftrag der teilnehmenden Hausärzte umfasst folgende Aufgaben, die über die Anforderungen des § 73 Abs. 1b und Abs. 1c SGB V und des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der Anlage 5 des BMV-Ä hinausgehen:

- a) Der teilnehmende Hausarzt fördert die Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen. Durch individuelle Beratung und ggf. Veranlassung der angezeigten Maßnahmen soll der vorzeitige Ausbruch von Erkrankungen vermieden bzw. hinausgeschoben werden. Der teilnehmende Hausarzt wirkt deshalb darauf hin, die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen.
- b) Ist eine stationäre Behandlung des Patienten geplant, prüft der teilnehmende Hausarzt, ob diese Behandlung auch ambulant durchgeführt werden kann.
- c) Der teilnehmende Hausarzt optimiert die Versorgung des teilnehmenden Versicherten durch ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Arznei-, Heil-, und Hilfsmittelverordnungen. Er verpflichtet sich, am Arzneimittelmanagement nach § 5 teilzunehmen.
- d) Der teilnehmende Hausarzt besucht den teilnehmenden Versicherten zu Hause oder vermittelt einen Besuch eines anderen Hausarztes, wenn es medizinisch erforderlich ist.
- e) Um einen reibungslosen Übergang vom Krankenhaus zur weiteren Behandlung nach der Entlassung zu gewährleisten, sprechen sich der behandelnde Krankenhausarzt und der teilnehmende Hausarzt im Bedarfsfall ab.
- f) Der teilnehmende Hausarzt informiert die teilnehmenden Versicherten der Knappschaft über DMPs und besondere einschreibefähige Vertragsangebote gezielt bei erforderlicher Weiterbehandlung. Sofern der teilnehmende Versicherte ein solches Versorgungsangebot annehmen will, kann er sich

beim teilnehmenden Hausarzt einschreiben. Der Hausarzt leitet diese Einschreibung an die für das jeweilige Versorgungsangebot zuständige Stelle weiter.

- g) Der teilnehmende Hausarzt kann für von der KNAPPSCHAFT identifizierte eingeschriebene Patienten, die als private Pflegepersonen Pflegebedürftige nach dem SGB XI betreuen, ein Beratungsgespräch für Pflegepersonen nach Anlage 5 durchführen.

§ 5 Arzneimittelmanagement

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren die in Absatz 2 beschriebenen Maßnahmen, um die wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Arzneimitteln unter Berücksichtigung der ärztlichen Therapiefreiheit und der Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Unterstützend wird eine Pharmakotherapieberatung bei Beitritt zum Vertrag durch die Kassenärztliche Vereinigung angeboten. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die teilnehmenden Hausärzte an den durch diese Maßnahmen erzielten Einsparungen bei Arzneimittelverordnungen partizipieren sollen. Näheres wird im Rahmen des nach § 17 zu bildenden Vertragsausschusses vereinbart. Weitere Maßnahmen können von den Vertragspartnern vereinbart werden.
- (2) Folgende Maßnahmen des Arzneimittelmanagements sind vorgesehen:
- a) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Hausärzte verordnen - sofern keine patientenindividuellen medizinischen Gründe dagegen sprechen - bevorzugt Arzneimittel, für die die Knappschaft Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat. Sie unterstützen hierdurch die Knappschaft bei der Generierung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dabei schließen sie in der Regel „aut idem“ nicht aus.
 - b) Bei den Arzneimittelgruppen, die auf Bundesebene in die Vereinbarung nach § 84 Abs. 7 SGB V (zu den Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nummer 8 SGB V) für das Jahr 2008 aufgenommen wurden, verordnen die teilnehmenden Ärzte bevorzugt die Leitsubstanz, sofern keine patientenindividuellen medizinischen Gründe dagegensprechen. Die Vertragspartner vereinbaren, Möglichkeiten zur Weiterentwicklung bei den Arzneimittelgruppen/-leitsubstanzen zu erörtern.
 - c) Neue Arzneimittel, bei denen u. a. die Erfahrungen im Vergleich zu bereits etablierten Therapien gering sind, werden von den teilnehmenden Hausärzten zurückhaltend und unter Berücksichtigung der von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellten Informationen (z.B. Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses, Bewertungen des IQWiG, Wirkstoff Aktuell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) verordnet.
 - d) Die Knappschaft unterstützt die teilnehmenden Hausärzte bei der Umsetzung der o. g. Maßnahmen, indem sie:
 - ihre Versicherten, die an diesem Vertrag teilnehmen, über diese Maßnahmen informiert
 - ihre Krankenhäuser verpflichtet, bei der Entlassmedikation diese Maßnahmen umzusetzen

- die Informationen über Rabattvereinbarungen in praxistauglicher Form den teilnehmenden Hausärzten zur Verfügung stellt
 - den teilnehmenden Hausärzten geeignete Informationen zur Umsetzung der Maßnahmen zur Verfügung stellt.
- (3) Die Knappschaft analysiert kontinuierlich die aus dem gesamten Bundesgebiet zugeleiteten Arzneimittelabrechnungsdaten. Ergeben sich aus diesen Analysen Wirtschaftlichkeitsreserven, werden diese Ärzte von der Knappschaft in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung gezielt informiert und ggf. beraten. Die teilnehmenden Hausärzte wirken in diesen Fällen aktiv daran mit, gemeinsam Wege zur Optimierung des Ordnungsverhaltens zu finden.
- (4) Der teilnehmende Hausarzt kann für von der Knappschaft identifizierte eingeschriebene Patienten einen Medikationscheck nach Anlage 4 durchführen. Der teilnehmende Hausarzt kann auch Patienten, auf die die in der Anlage 4 beschriebenen Kriterien zutreffen, mit deren Einwilligung der Knappschaft für einen Medikationscheck vorschlagen.

§ 6 Wartezeiten- und Überweisungsmanagement

- (1) Die teilnehmenden Hausärzte halten eine Terminsprechstunde vor (in der Regel eine Wartezeit von max. 30 Minuten). Termine werden entsprechend der Dringlichkeit ihres Versorgungsbedarfs vergeben; auch hier in der Regel kurzfristig, d.h. nach Möglichkeit innerhalb von drei Tagen.
- (2) Ist eine fachärztliche oder stationäre Weiterbehandlung notwendig, wird strukturiert eine Überweisung veranlasst. Der teilnehmende Hausarzt vermittelt im Bedarfsfall einen Termin bei einem Facharzt. Die Praxis des Hausarztes informiert die Facharztpraxis bzw. das Krankenhaus zeitnah umfangreich über den Grund der Überweisung, ggf. auch über externe (Vor-) Befunde.
- (3) Die teilnehmenden Hausärzte werden bei der Durchführung von geeigneten Maßnahmen zur Umsetzung des Wartezeiten- und Überweisungsmanagement von der Kassenärztlichen Vereinigung unterstützt. Geeignete Maßnahmen sind beispielsweise Checklisten zur Dringlichkeit/Terminvergabe oder zu Befunden.

§ 7 Kooperationsregeln

- (1) Die teilnehmenden Hausärzte gewährleisten eine qualitativ hochwertige und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Diese umfasst insbesondere die zeitnahe Information der an der Behandlung beteiligten Fachärzte, Krankenhäuser und sonstiger Einrichtungen sowie anderer Gesundheitsberufe.
- (2) Ferner koordinieren die teilnehmenden Hausärzte den Übergang des Patienten in weiterführende Versorgungsangebote der Knappschaft.

Abschnitt 3 – Teilnahme von Versicherten

§ 8 Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

- (1) An diesem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung können alle Versicherten der Knappschaft teilnehmen, die nicht in die Gesundheitsnetze Prosper oder proGesund eingeschrieben sind.
- (2) Zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wählt der Versicherte einen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarzt als seinen Hausarzt aus und bestätigt dies schriftlich durch die Teilnahmeerklärung (Anlage 2). Der Versicherte ist an diese Wahl für mindestens zwölf Monate gebunden. Nach Ablauf der Mindestbindungszeit ist eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus, wenn:
 - der Versicherte die Krankenkasse wechselt,
 - seine Mitgliedschaft bei der Knappschaft aus anderen Gründen endet,
 - der Versicherte seine Einwilligung in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nach Anlage 2 widerruft.
 - der teilnehmende Hausarzt nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt und der teilnehmende Versicherte nicht einen anderen teilnehmenden Hausarzt wählt.

Des Weiteren endet die Teilnahme unter Beachtung des § 10 Abs. 5 des Vertrages.

§ 9 Teilnahmeverfahren

- (1) Die Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die KNAPPSCHAFT, mit dem Tag, an dem die Teilnahmeerklärung sowie die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung nach Anlage 2 vom Versicherten und dem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt abgegeben wurden.
- (2) Sowohl die Information über die Rechte und Pflichten des Versicherten als auch über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die Datenweitergabe finden in der Praxis des teilnehmenden Hausarztes statt. Die KNAPPSCHAFT stellt alle notwendigen Informationen zur Unterstützung des Einschreibeverfahrens zur Verfügung. Diese beinhalten die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für Versicherte.
- (3) Der teilnehmende Versicherte kann seine Teilnahme gemäß § 73b Abs. 3 Satz 3 SGB V innerhalb von zwei Wochen gegenüber der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der KNAPPSCHAFT erfolgen. Nach Ablauf der Mindestteilnahmedauer von einem Jahr kann der teilnehmende Versicherte seine Teilnahme unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KNAPPSCHAFT kündigen. Die KNAPPSCHAFT informiert den teilnehmenden durch den Versicherten gewählten Hausarzt unverzüglich.

§ 10 Rechte und Pflichten des teilnehmenden Versicherten

- (1) Der teilnehmende Versicherte verpflichtet sich, durch die Teilnahmeerklärung für vertragsärztliche Leistungen zuerst den von ihm gewählten teilnehmenden Hausarzt zu konsultieren und fachärztliche Leistungen auf Überweisung dieses Hausarztes in Anspruch zu nehmen.
- (2) Von der Verpflichtung in Abs. 1 sind ausgenommen:
 - die Behandlung durch Augenärzte und Frauenärzte,
 - die Behandlung durch den Kinderarzt bei teilnehmenden Versicherten bis zum vollendetem 18. Lebensjahr,
 - bereits bewilligte psychotherapeutische Behandlungen,
 - die Behandlung durch Ärzte im Rahmen von DMPs, in die der Versicherte eingeschrieben ist,
 - die Behandlung am Urlaubsort des Patienten,
 - die Behandlung durch einen anderen Hausarzt im Vertretungsfall,
 - die Behandlung im Rahmen von Notdiensten.
- (3) Der teilnehmende Versicherte verpflichtet sich, stationäre Behandlungen nur auf Überweisung des von ihm gewählten teilnehmenden Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für Notfälle.
- (4) Der teilnehmende Versicherte kann einen anderen Hausarzt aus dem Kreis der teilnehmenden Hausärzte wählen, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Wichtige Gründe sind insbesondere:
 - a) der Wechsel des Wohnortes oder
 - b) ein zerrüttetes Arzt-Patientenverhältnis.
- (5) Bei wiederholter Nichtbeachtung der Verpflichtungen des Abs. 1 und/oder 3 schließt die Knappschaft den teilnehmenden Versicherten von der weiteren Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung aus. Hierdurch wird die Teilnahme beendet. Der Ausschluss wird dem teilnehmenden Hausarzt innerhalb von vierzehn Tagen durch die Knappschaft gemeldet.

Abschnitt 4 – Teilnahme von Hausärzten

§ 11 Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte

An diesem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung können alle Mitglieder der ermächtigenden Hausärztegemeinschaften sowie weitere an der hausärztlichen Versorgung im Sinne des § 73 SGB V teilnehmende Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren teilnehmen, sofern sie die Qualitätsanforderungen nach § 14 erfüllen.

§ 12 Teilnahmeverfahren

- (1) Die an der Teilnahme an dieser hausarztzentrierten Versorgung interessierten Ärzte weisen das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen und damit der Auswahlkriterien gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach. Die Teilnahme wird gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit Hilfe der Teilnahmeerklärung in Anlage 1 begründet und durch die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt.
- (2) Die Teilnahme des Hausarztes beginnt mit der Bestätigung der Teilnahme durch die Kassenärztliche Vereinigung und endet spätestens mit dem Ende der Laufzeit dieses Vertrages.

§ 13 Rechte und Pflichten des teilnehmenden Hausarztes

- (1) Der teilnehmende Hausarzt verpflichtet sich, die Regelungen dieses Vertrages zu beachten.
- (2) Der teilnehmende Hausarzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag unter Beachtung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres kündigen.
- (3) Die Teilnahmeberechtigung kann durch die Vertragspartner beim Entfallen der Teilnahmevoraussetzungen oder der wiederholten Nichtbeachtung der Regelungen dieses Vertrages nach Abmahnung durch die Vertragspartner dem teilnehmenden Hausarzt entzogen werden.
- (4) Der teilnehmende Hausarzt informiert den Versicherten über die hausarztzentrierte Versorgung der Knappschaft. Die Knappschaft unterrichtet ihre Versicherten ebenfalls über das Angebot der hausarztzentrierten Versorgung.
- (5) Bei der Einschreibung leitet der teilnehmende Hausarzt die von ihm und vom Versicherten unterschriebene Teilnahmeerklärung des Versicherten an die KNAPPSCHAFT weiter.
- (6) Der teilnehmende Hausarzt schreibt sich in das elektronische Mailing der Vertragspartner ein, um so die Informationen nach § 5 Abs. 2 Buchstabe c zu erhalten.
- (7) Der teilnehmende Hausarzt stimmt der Veröffentlichung seiner Teilnahme in Listen für Versicherte der Knappschaft zu.
- (8) Soweit nicht besondere Regelungen in diesem Vertrag getroffen worden sind, gelten für die hausarztzentrierte Versorgung nach diesem Vertrag im Übrigen die Regelungen der hausärztlichen vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des SGB V, des Bundesmantelvertrages-Ärzte sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Abschnitt 5 – Qualitätssicherung und -management

§ 14 Qualitätsanforderungen für die teilnehmenden Hausärzte

- (1) Zur Sicherung der Qualität der hausarztzentrierten Versorgung nehmen die teilnehmenden Hausärzte an Fortbildungen gem. § 95d Abs. 3 SGB V jährlich teil, bei denen mindestens eines der folgenden Themen Inhalt ist:
 - patientenzentrierte Gesprächsführung
 - psychosomatische Grundversorgung
 - Palliativmedizin
 - allgemeine Schmerztherapie
 - Geriatrie
- (2) Der teilnehmende Hausarzt nimmt jährlich an Fortbildungen zur Arzneimitteltherapie teil, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Landesärztekammern anerkannt sind. Die Inhalte umfassen insbesondere die Themen Polypharmazie und indikationsspezifische bzw. arzneimittelspezifische Besonderheiten neuer Therapien. Diese Fortbildungen können auch in Form eines Qualitätszirkels erfolgen. Die Knappschaft stellt bei Bedarf erforderliche Verordnungsdaten zur Verfügung.
- (3) Die teilnehmenden Hausärzte behandeln die teilnehmenden Versicherten nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien.
- (4) Die teilnehmenden Hausärzte führen ein einrichtungsinternes, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenes, indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement ein.
- (5) Die teilnehmenden Hausärzte beteiligen sich an den von der Knappschaft angebotenen DMPs zur Versorgung von Patienten mit entsprechenden chronischen Krankheiten.
- (6) Die Praxen der teilnehmenden Hausärzte verfügen über eine zertifizierte Praxissoftware.
- (7) Die teilnehmenden Hausärzte halten sich an die in diesem Vertrag vereinbarten Grundsätze des Arzneimittelmanagements.

Abschnitt 6 – Patientenorientierung

§ 15 Patientenorientierung

- (1) Patienten werden von den teilnehmenden Hausärzten aktiv an ihrer Behandlung beteiligt. Hierdurch soll insbesondere eine den individuellen Bedürfnissen der Patienten entsprechende Behandlung sichergestellt werden. Dies gilt auch für präventive Maßnahmen. Hier informiert der teilnehmende Hausarzt eingehend hinsichtlich individueller Risikofaktoren und möglicher

Maßnahmen. Darüber hinaus informiert der teilnehmende Hausarzt den Patienten über Angebote zur Selbsthilfe.

- (2) Die Knappschaft informiert auf ihrer Homepage (www.kbs.de) zeitnah über ihre Präventionsangebote, DMPs, besondere Vertragsangebote, Angebote zur Selbsthilfe und Arzneimittelmanagement.

Abschnitt 7 – Programmsteuerung

§ 16 Aufgaben der AG Vertragskoordinierung

- (1) Die vertragschließende AG nimmt die Aufgaben wahr, die ihre Mitglieder sind. Die Knappschaft überträgt ihre Verpflichtung zur Sicherstellung einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung auf den Vertragspartner.
- (2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren die teilnehmenden Hausärzte über diesen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung und bieten gleichzeitig eine Pharmakotherapieberatung nach § 5 Abs. 1 an. Zusätzlich weisen sie auf weiterführende Versorgungsangebote der Knappschaft wie DMPs und besondere Vertragsangebote sowie auf das Arzneimittelmanagement hin.
- (3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die Ausschreibung nach § 73b Abs. 4 SGB V unter Bekanntmachung von objektiven Ausschreibungskriterien, die von den Vertragspartnern gemeinsam festgelegt wurden, durch.
- (4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken darauf hin, dass Hausärzte, die an dem Vertrag teilnehmen wollen, die erforderlichen Qualifikationen erwerben und aufrechterhalten können. Sie können zu diesem Zweck geeignete Fortbildungsmaßnahmen anbieten. Sie überprüfen, ob die teilnehmenden Hausärzte die Fortbildungsverpflichtungen eingehalten haben. Einmal jährlich erstatten die Kassenärztlichen Vereinigungen der Knappschaft Bericht über die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung der teilnehmenden Hausärzte.
- (5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte stichprobenartig.
- (6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die Teilnahmeerklärungen für Hausärzte (Anlage 1) zur Verfügung. Die Teilnahmeerklärungen für die Versicherten sowie die datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärungen (Anlage 2) werden von der KNAPPSCHAFT an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergegeben, die diese dann den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung stellen.
- (7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bestätigen dem Hausarzt seine Teilnahme.
- (8) Die KVen pflegen jeweils routinemäßig ein Teilnehmerverzeichnis für die teilnehmenden Hausärzte. Der KNAPPSCHAFT wird von jeder KV quartalsweise ein aktuelles Teilnehmerverzeichnis der an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte in elektronischer Form zur Verfügung gestellt (Anlage 6).

- (9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen benennen einen Ansprechpartner der Kassenärztlichen Vereinigung für Patienten, teilnehmende Hausärzte, kooperierende Einrichtungen und Selbsthilfeorganisationen für Fragen und Rückmeldungen zu diesem Vertrag.
- (10) Darüber hinaus übernehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen nach diesem Vertrag zugewiesenen Aufgaben.

§ 17 Vertragsausschuss

- (1) Zum Zwecke der gemeinsamen Weiterentwicklung der hausarztzentrierten Versorgung bilden die Vertragspartner dieses Vertrages einen paritätisch besetzten Vertragsausschuss.
- (2) Zu den Aufgaben des Vertragsausschusses gehören insbesondere:
 - die Weiterentwicklung des Arzneimittelmanagements inklusive der Entwicklung eines Messkonzepts (Anlage 4)
 - der Ausbau der bestehenden Vertragsmodule,
 - die Konzipierung weiterer Vertragsmodule,
 - die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit bezüglich dieses Versorgungsangebotes für die Versicherten der Knappschaft und
 - die Durchführung der Vertragsbegleitung.
- (3) Sofern der Vertragsausschuss Behandlungsleitlinien für diesen Versorgungsauftrag empfiehlt, sind diese zu beachten.

§ 18 Datenschutz und technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) Die Vertragsbeteiligten verpflichten sich, in den verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten die zum Datenschutz geltenden Vorschriften, insbesondere der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften (SGB) für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Daten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.
- (2) Der Arzt erklärt die Zustimmung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1. Die Zustimmung der Versicherten zur Datenverarbeitung ist vom Hausarzt unter Verwendung der Teilnahmeerklärung der Versicherten nach Anlage 2 einzuholen. Zur Information erhält die Versicherte die Patienteninformation mit Hinweisen zum Datenschutz.

- (3) Die Vertragspartner versichern jeweils untereinander sowie gegenüber den Versorgungspartnern, die notwendigen technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine rechtskonforme Verarbeitung der anvertrauten Patientendaten zu erfüllen.
- (4) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung wird in der jeweils gültigen Technischen Anlage (Anlage 6) geregelt.
- (5) Bei einer Lieferung von Produktionsdaten ist von der Korrektheit der gelieferten Daten auszugehen, wenn die Vorgaben der Vereinbarung und der jeweils gültigen Technischen Anlage erfüllt sind. In der Technischen Anlage ist spezifiziert, wann eine Datenlieferung als fehlerhaft anzusehen ist. Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind umgehend nach bestätigtem Eingang der Daten zu reklamieren. Erfolgt bis zum Ablauf der in Anlage 6 genannten Frist keine detaillierte Reklamation seitens der in der Technischen Anlage als Datenannahmestelle aufgeführten annehmenden Institution, erlischt die Verpflichtung der datenliefernden Stelle auf Nachlieferung.
- (6) Wenn die Voraussetzungen der Reklamation gemäß Absatz 5 ordnungsgemäß erfüllt sind, ist die datenliefernde Stelle verpflichtet, innerhalb der in Anlage 6 genannten Frist korrigierte Daten an die reklamierende Stelle zu übermitteln.

Abschnitt 8 – Vergütung und Abrechnung

§ 19 Vergütung

Die Leistungen der teilnehmenden Hausärzte werden auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowie den relevanten Regelungen in Sonderverträgen erbracht und mit den jeweils gültigen Honorarverträgen vergütet. Die zusätzlichen Leistungen des Hausarztes aufgrund dieses Vertrages werden entsprechend der Anlage 3 vergütet.

§ 20 Abrechnung

- (1) Die Leistungen der teilnehmenden Hausärzte nach diesem Vertrag werden gemäß Anlage 3 vergütet und abgerechnet.
- (2) Die Finanzierung der Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt durch die KNAPPSCHAFT außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung über die KVen. Die KVen sind berechtigt, den Verwaltungskostensatz der jeweiligen KV in Abzug zu bringen.
- (3) Im Falle eines Widerrufs der Teilnahme, Kündigung durch den Versicherten oder einem Ausschluss des Versicherten aus diesem Vertrag hat der teilnehmende Hausarzt bis zur Wirksamkeit des Widerrufs, der Kündigung bzw. des Ausschlusses, längstens bis zu der Bekanntgabe, einen Vergütungsanspruch für Leistungen nach diesem Vertrag.
- (4) Durch die KNAPPSCHAFT findet keine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung statt.

- (5) Im Übrigen gelten die Regelungen des jeweiligen Gesamtvertrages im Rahmen der Abrechnung und der Satzungen der KVen.

Abschnitt 9 – Abschließende Bestimmungen

§ 21 Beteiligung weiterer Krankenkassen

Der Beitritt weiterer Krankenkassen, die nicht im Rubrum genannt wurden, ist möglich. Er beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages akzeptiert.

§ 22 Anpassungsklausel

- (1) Sofern durch Änderungen in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Überschneidungen zwischen den medizinischen Inhalten des DMPs und der hausarztzentrierten Versorgung entstehen, ist das DMP vorrangig und die hausarztzentrierte Versorgung entsprechend von den Vertragspartnern so zu modifizieren, dass Kompatibilität gewährleistet ist.
- (2) Stellt eine Vertragspartei darüber hinaus unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.
- (3) Es besteht die Möglichkeit, mit einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen ergänzende Maßnahmen zu vereinbaren, die über den Regelungsinhalt dieses Vertrags hinausgehen. Die Vertragspartner können vereinbaren, diese Regelungen zum Bestandteil des Vertrages zu machen.

§ 23 Laufzeit und Kündigung

- (1) Der Vertrag einschließlich aller Anlagen, die Bestandteil des Vertrages sind tritt mit Wirkung zum 01.10.2008 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Quartalsende gekündigt werden.
- (3) Der Vertrag kann aus einem wichtigen Grund vor Ablauf gekündigt werden. Einen wichtigen Grund zur Kündigung stellt insbesondere eine grundlose Verweigerung der Nichtanpassung des Vertrages gemäß § 22 dieses Vertrages dar. Ebenso stellen während der Laufzeit des Vertrages wirksam werdende Änderungen der gesetzlichen Rechtsgrundlagen der hausarztzentrierten Versorgung, welche auf die Bedingungen dieses Vertrages einwirken, einen wichtigen Grund dar.
- (4) Die Knappschaft und die AG Vertragskoordination vereinbaren ein Sonderkündigungsrecht für diejenigen Regionen, in denen das Schiedsverfahren nach § 73b Abs. 4a SGB V abgeschlossen ist.
- (5) Die Knappschaft kann in Ausübung des Sonderkündigungsrechtes die Kündigung des Vertrages nach § 73b SGB V mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende erklären. Die Kündigung wird wirksam nach Ablauf des folgenden Quartals. Die Kündigung hat für jede Region zu erfolgen, für die

sich ein Sonderkündigungsrecht ergibt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren die teilnehmenden Vertragsärzte entsprechend.

- (6) Die Weiterentwicklung bzw. Vertragsänderung des Vertrages obliegt denjenigen Mitgliedern der AG Vertragskoordination, in deren KV-Region der Vertrag nicht gekündigt wurde.

Bochum, den

KNAPPSCHAFT
Timo Mundt
Leitender Regierungsdirektor

Berlin, den

Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung