

**Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73 b SGB V vom 01.06.2008
i.d.F. des 1. Nachtrages vom 01.11.2010**

- Vergütungsvereinbarung Hausärzte -

§ 1	Leistungsbeschreibung und Vergütung	2
§ 2	Inkrafttreten, Kündigung	8
§ 3	Rechnungslegung	8
§ 4	Verjährung	9

§ 1

Leistungsbeschreibung und Vergütung

- (1) Für zusätzliche Koordinierungsleistungen und besondere Serviceleistungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung bei eingeschriebenen Patienten erhält die Hausärztin/der Hausarzt pro Quartal eine Betreuungspauschale in Höhe von **5,00 EUR**. Die Betreuungspauschale ist abrechnungsfähig, wenn in einem Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat; sie wird über die Symbolnummer **93300** abgerechnet.
- (2) Für die besondere Betreuung der zugleich in ein Disease-Management-Programm eingeschriebenen Patienten und die in diesem Zusammenhang erforderliche Koordination der hausarztzentrierten Versorgung mit der medizinischen Versorgung nach den Disease-Management-Programmen erhält die Hausärztin/der Hausarzt einen Zuschlag zu der Betreuungspauschale nach Abs. 1 in Höhe von **5,00 EUR**; dieser wird über die Symbolnummer **93301** abgerechnet. Abweichend von Satz 1 beträgt der Zuschlag zu der Betreuungspauschale nach Abs. 1 in den ersten beiden Quartalen nach einer Neueinschreibung in ein Disease-Management-Programm **10,00 EUR**; die Abrechnung erfolgt über die Symbolnummer **93302**. Die Zuschläge nach Satz 1 und 2 sind abrechnungsfähig, wenn die Patientin/der Patient in dem betreffenden Behandlungsquartal in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben war.
- (3) Bei Erreichen einer DMP-Einschreibequote von 80% pro Jahr erhält der Arzt eine einmalige Vergütung von **500,00 EUR** (Abr.-Nr. **93303**). Voraussetzung dafür ist eine Praxisgröße von mindestens 500 Scheinen (HzV und Regelversorgung) pro Quartal (Prüfung durch die KV Hamburg). Die DMP-Einschreibequote ist erfüllt, wenn mindestens 80% aller DMP-fähigen Versicherten der AOK mit DMP-Indikation (auch Nicht-HzV-Versicherte) an hausärztlich relevanten DMP teilgenommen haben und im Zeitpunkt der Prüfung durch die Krankenkasse weiterhin teilnehmen. Über die weiteren Einzelheiten zur Berechnung der DMP-Einschreibequote werden sich die Vertragspartner noch einvernehmlich verständigen.
- (4) Für die Betreuung der eingeschriebenen Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten und am Wochenende entsprechend der näheren Bestimmungen der Leistungslegende zu der Gebührenordnungsposition 01100 EBM oder 01101 EBM erhält die Hausärztin/der Hausarzt je angefallener Inanspruchnahme einen Pauschalzuschlag auf die Abrechnungsziffern 01100 EBM in Höhe von **10,00 EUR** oder auf die Abrechnungsziffer 01101 EBM in Höhe von **15,00 EUR**. Dieser Zuschlag wird über die Symbolnummern **93304** oder **93305** abgerechnet.

- (5) Für die notwendige Betreuung der eingeschriebenen Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten und am Wochenende bei bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf erhält die Hausärztin/der Hausarzt je angefallenen Einsatz einen Pauschalzuschlag auf die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 EBM in Höhe von **35,00 EUR**. Dieser Zuschlag wird über die Symbolnummern **93306**, **93307** oder **93308** abgerechnet.
- (6) Für die besondere Betreuung der eingeschriebenen Patienten im persönlichen Kontakt während eines Krankenhausaufenthaltes und den laufenden Austausch mit der behandelnden Krankenhausärztin/dem behandelnden Krankenhausarzt erhält die Hausärztin/der Hausarzt eine Überleitungspauschale von **81,00 EUR**. Voraussetzung ist, dass die Hausärztin/der Hausarzt die Patientin/den Patienten mindestens einmal unmittelbar vor der Entlassung aus der stationären Behandlung (maximal eine Woche) persönlich besucht, die Überleitung in die ambulante Versorgung – bei Berufstätigen insbesondere die frühzeitige Wiedereingliederung in das Berufsleben – mit der behandelnden Krankenhausärztin/dem behandelnden Krankenhausarzt abstimmt, die im Zusammenhang mit dem Überleitungsmanagement – insbesondere um Berufstätigen die frühzeitige Wiedereingliederung in das Berufsleben zu ermöglichen - erforderlichen Maßnahmen, z.B. Rehabilitationsmaßnahmen, Heil- sowie Hilfsmittelversorgung, im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt sicherstellt, einen Interaktionscheck der Entlassmedikation vornimmt und den vollständig ausgefüllten Überleitungsbogen gemäß der Anlage 7 c zu diesem Vertrag unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Krankenhauserlassung der AOK Rheinland/Hamburg per Fax zuleitet. Die Pauschale wird über die Symbolnummer **93309** abgerechnet. Sie ist nur einmal je Krankenhausaufenthalt abrechnungsfähig und kann nicht parallel zur Symbolnummer **93310** abgerechnet werden.
- (7) Das Überleitungsmanagement gemäß Absatz 6 kann auch telefonisch anstelle des persönlichen Besuches im Krankenhaus erbracht werden, im Übrigen sind die Leistungsinhalte entsprechend der Regelungen in Absatz 6 zu erbringen. Für die Leistung nach Satz 1 wird je Krankenhausaufenthalt der Patientin/des Patienten ein Betrag von **30,00 EUR** nach Symbolnummer **93310** vergütet. Die Symbolnummern 93310 ist nur einmal je Krankenhausaufenthalt abrechnungsfähig und kann nicht parallel zur Symbolnummer **93309** abgerechnet werden.
- (8) Übernimmt nach Prüfung durch die Hausärztin/den Hausarzt eine ehrenamtliche Bezugsperson der Patientin/des Patienten die einfache Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, erhält die Hausärztin/der Hausarzt für die fachliche Anleitung und Unterstützung dieser Bezugsperson sowie für die Qualitätskontrolle bei

der Erstverordnung eine Pauschale in Höhe von **75,00 EUR**, welche nach der Symbolnummer **93311** abgerechnet wird. In den Folgequartalen erhält die Hausärztin/der Hausarzt für diese Leistungen eine Pauschale in Höhe von **35,00 EUR** nach der Symbolnummer **93312**. Diese Vergütung entfällt, wenn die Pflege nicht durch Ehrenamtliche sichergestellt werden kann, da eine Anleitung und Kontrolle eines Pflegedienstes durch die Hausärztin/den Hausarzt nicht notwendig ist.

- (9) Für die Durchführung der Leistung des Hausärztlich-geriatrischen Basisassessment bei der Patientin /dem Patienten entsprechend der näheren Bestimmungen der Leistungslegende zu der Gebührenordnungsposition 03240 EBM, erhält die Hausärztin/der Hausarzt je durchgeführter Leistung einen Pauschalzuschlag auf die Gebührenordnungsposition 03240 EBM in Höhe von **17,00 EUR**. Dieser Zuschlag wird über die Symbolnummer **93313** abgerechnet und ist im Krankheitsfall maximal zweimal berechnungsfähig.
- (10) Für Hausbesuche nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM, die bei den an diesem Vertrag teilnehmenden Patientinnen/Patienten durchgeführt werden, erhält die Hausärztin/der Hausarzt je durchgeführtem Hausbesuch bei einer Entfernung bis einschließlich 10 km unter Beachtung der Regelungen nach Absatz 13 einen Pauschalzuschlag auf die Gebührenordnungsposition 01410 EBM in Höhe von **15,00 EUR**. Voraussetzung ist, dass die betreffende Hausärztin/der betreffende Hausarzt in dem jeweiligen Quartal mindestens 15 Hausbesuche bei Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg (Schwellenwert) durchgeführt hat. Bei der Prüfung, ob in dem betreffenden Quartal die Voraussetzung nach Satz 2 erfüllt ist, werden alle Hausbesuche (GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01415 EBM) unabhängig davon berücksichtigt, ob diese Besuche im Kollektivvertragssystem oder im Rahmen dieses Vertrages erbracht wurden. Sind die Voraussetzungen nach Satz 2 i. V. m. Satz 3 erfüllt, erhält die Hausärztin/der Hausarzt den in Satz 1 festgelegten Pauschalzuschlag für alle Hausbesuche nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM, die sie/er bei an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg durchgeführt hat. Der Pauschalzuschlag wird über die Symbolnummer **93314** abgerechnet und kann am selben Tag für dieselbe Patientin/denselben Patienten nicht parallel zu den Symbolnummern **93315** und **93316** abgerechnet werden.
- (11) Sofern die Entfernung je Hausbesuch nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM mehr als 10 km beträgt, erhöht sich der Pauschalzuschlag gemäß Absatz 10 unter Beachtung der Regelungen nach Absatz 13 auf **17,50 EUR** je bei an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg durchgeführtem Hausbesuch nach der Gebührenordnungsposition 01410. Im übrigen gelten die weiteren Regelungen nach Absatz 10 entsprechend. Der Pauschalzuschlag wird über die

Symbolnummer **93315** abgerechnet und kann am selben Tag für dieselbe Patientin/denselben Patienten nicht parallel zu den Symbolnummern **93314** und **93316** abgerechnet werden

- (12) Für den Besuch eines weiteren Kranken nach der Gebührenordnungsposition 01413 EBM, der bei einer/einem an diesem Vertrag teilnehmenden Patientin/Patienten im Zusammenhang mit einem Hausbesuch gemäß den Absätzen 10 und 11 durchgeführt wird, erhält die Hausärztin/der Hausarzt – sofern sie/er die Voraussetzung nach Absatz 10 Satz 2 i. v. m. Satz 3 erfüllt - je durchgeführtem Besuch eines weiteren Kranken – entfernungsunabhängig – unter Beachtung der Regelungen nach Absatz 13 einen Pauschalzuschlag in Höhe von **7,50 EUR** auf die Gebührenordnungsposition 01413 EBM. Der Pauschalzuschlag wird über die Symbolnummer **93316** abgerechnet und kann am selben Tag für dieselbe Patientin/denselben Patienten nicht parallel zu den Symbolnummern **93314** und **93315** abgerechnet werden.
- (13) Für die Finanzierung der Pauschalzuschläge nach den Absätzen 10 bis 12 steht je Quartal ein maximales Finanzvolumen zur Verfügung. Dieses maximale Finanzvolumen stellt eine Obergrenze dar, die nicht überschritten werden kann.

Die Obergrenze nach Satz 1 i. V. m. Satz 2 wird wie folgt ermittelt:

Für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal wird festgestellt, wie viele Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg von den an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärztinnen/Hausärzten in dem entsprechenden Quartal des Jahres 2009 insgesamt behandelt wurden und wie viele Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bei diesen Versicherten in dem betreffenden Quartal des Jahres 2009 insgesamt durchgeführt wurden. Anschließend wird die so ermittelte Anzahl der Hausbesuche nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM durch die festgestellte Anzahl der behandelten Versicherten dividiert. Die sich so ergebende durchschnittliche Anzahl an Hausbesuchen nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM je behandeltem Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg im entsprechenden Quartal des Jahres 2009 wird mit einem Betrag in Höhe von 16,25 EUR und der Gesamtzahl der Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg, für die in dem betreffenden aktuellen Abrechnungsquartal eine Betreuungspauschale nach Absatz 1 abgerechnet wird, multipliziert. Anschließend wird das Ergebnis um 20 % erhöht.

Die vorstehende Berechnung wird analog für die Besuche nach der Gebührenordnungsposition 01413 durchgeführt, wobei der Betrag in Höhe von 16,25 EUR durch den Betrag in Höhe von 7,50 EUR ersetzt wird.

Die Ergebnisse beider Berechnungen werden addiert und stellen die für das jeweilige aktuelle Abrechnungsquartal maßgebende Obergrenze im Sinne des Satzes 1 i. V. m. Satz 2 dar. Unterschreitet das sich in dem betreffenden Abrechnungsquartal aus der Abrechnung der Pauschalzuschläge nach den Absätzen 10 bis 12 insgesamt ergebende Vergütungsvolumen diese Obergrenze, werden die Pauschalzuschläge nach den Absätzen 10 bis 12 in voller Höhe an die teilnehmenden Hausärztinnen/Hausärzte ausgezahlt, eine Auffüllung auf die Obergrenze erfolgt nicht. Überschreitet das sich in dem betreffenden Abrechnungsquartal aus der Abrechnung der Pauschalzuschläge nach den Absätzen 10 bis 12 insgesamt ergebende Vergütungsvolumen diese Obergrenze, werden die Pauschalzuschläge nach den Absätzen 10 bis 12 quotiert an die teilnehmenden Hausärztinnen/Hausärzte ausgezahlt. Die Quotierung ist so zu bemessen, dass insgesamt der Betrag der Obergrenze an die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärztinnen/Hausärzte ausgezahlt wird. Die anzuwendende Quote ergibt sich aus der Division der Obergrenze durch das sich in dem betreffenden Abrechnungsquartal aus der Abrechnung der Pauschalzuschläge nach den Absätzen 10 bis 12 insgesamt ergebende Vergütungsvolumen. Sie ist auf alle Pauschalzuschläge nach den Absätzen 10 bis 12 gleichermaßen anzuwenden.

- (14) Für die Durchführung eines umfassenden fundierten Arzneimittelchecks nach Maßgabe der in dem Anhang 1 zu dieser Anlage festgelegten Regelungen erhält die Hausärztin / der Hausarzt eine Vergütung i.H.v. **80,00 €** (Abr.-Nr. **93317**). Sofern die Koordination der Arzneimitteltherapie in Abstimmung mit mindestens einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und/oder mit mindestens einer stationären Einrichtung erfolgt und die Hausärztin / der Hausarzt für den gesamten Arzneimittelcheck einen Zeitaufwand von 240 Minuten hat, beträgt die Vergütung abweichend von dem vorstehenden Satz **160,00 €** (Abr.-Nr. **93318**). Der Arzneimittelcheck kann nur im Auftrag der AOK Rheinland/Hamburg erbracht werden.

(15) Zusammenfassung der abrechnungsfähigen Vergütungen und Symbolnummern:

Leistung	Betrag	Symbolnummer
Betreuungspauschale (je Quartal)	5,00 EUR	93300
Zuschlag zur Betreuungspauschale für Patienten, die gleichzeitig an Disease-Management-Programmen teilnehmen (je Quartal)	5,00 EUR	93301
Zuschlag zur Betreuungspauschale für Patienten zu Beginn der Teilnahme an Disease-Management-Programmen (jeweils für das I. und II. Quartal)	10,00 EUR	93302
Einmalzahlung bei Erreichen einer DMP-Einschreibequote von 80% pro Jahr	500,00 EUR	93303
Unvorhergesehene Inanspruchnahme I (GOP 01100 EBM)	10,00 EUR	93304
Unvorhergesehene Inanspruchnahme II (GOP 01101 EBM)	15,00 EUR	93305
Dringlichkeitsbesuch (GOP 01411 EBM)	35,00 EUR	93306
Dringlichkeitsbesuch (GOP 01412 EBM)	35,00 EUR	93307
Dringlichkeitsbesuch Pflegeheim (GOP 01415 EBM)	35,00 EUR	93308
Überleitungsmanagement – persönlich (inkl. Dokumentation)	81,00 EUR	93309
Überleitungsmanagement – telefonisch (inkl. Dokumentation)	30,00 EUR	93310
Betreuung bei einfacher Behandlungspflege – Erstverordnung	75,00 EUR	93311
Betreuung bei einfacher Behandlungspflege – Folgequartal	35,00 EUR	93312
Hausärztlich geriatrisches Basisassessment (GOP 03240 EBM)	17,00 EUR	93313
Hausbesuche (GOP 01410 EBM) – bis einschließlich 10 km Entfernung bei Erreichen eines Schwellenwertes von insgesamt 15 Hausbesuchen im Quartal	15,00 EUR	93314

Leistung	Betrag	Symbolnummer
Hausbesuche (GOP 01410 EBM) – ab 10,1 km Entfernung bei Erreichen eines Schwellenwertes von insgesamt 15 Hausbesuchen im Quartal	17,50 EUR	93315
Mitbesuche (GOP 01413 EBM) – unabhängig von der Entfernung - bei Erreichen eines Schwellenwertes von insgesamt 15 Hausbesuchen im Quartal	7,50 EUR	93316
Fundierter Arzneimittelcheck	80,00 EUR	93317
Fachübergreifender und/oder sektorübergreifender fundierter Arzneimittelcheck (240 Minuten)	160,00 EUR	93318

§ 2

Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am **01.11.2010** in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum 30. Juni bzw. 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres ganz oder teilweise gekündigt werden. Für den Fall einer Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung einzutreten. Die gekündigte Vereinbarung bleibt über den Kündigungstermin hinaus für die Vertragsparteien verbindlich, bis sie durch eine neue vertragliche Regelung ersetzt wird.

§ 3

Rechnungslegung

Es erfolgt eine Abrechnung mit der AOK über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. Es werden für die Leistungspauschalen und Pauschalzuschläge entsprechende Symbolnummern mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg abgestimmt.

§ 4 Verjährung

- (1) Die Verjährung bezüglich der Abrechnung nach dieser Vereinbarung richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 69 SGB V, § 61 SGB X). Fehler in der Abrechnung dieses Vertrages können von der AOK innerhalb eines Jahres nach Erhalt der Unterlagen berichtigt werden. Unberührt hiervon bleibt der aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen herrührende Anspruch auf Schadenersatz aus unerlaubter Handlung. Die Berichtigung der Honorarabrechnung teilt die AOK der KV Hamburg mit.

- (2) Werden sachlich-rechnerische Fehler erst im Laufe eines Prüfungs- oder Beschwerdeverfahrens oder in einem Verfahren zur Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen bzw. in einem anschließenden Sozialgerichtsverfahren festgestellt, so gilt die Antragsfrist in jedem Fall als gewahrt.

Hamburg, den 09.11.2010

Arzneimittelcheck

(1) Ziel des fundierten Arzneimittelchecks ist es, auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamer Bundesausschuss orientiert, um so Über-, Unter- oder Fehlversorgung mit Arzneimitteln zu vermeiden.

(2) Der fundierte Arzneimittelcheck läuft in folgenden Schritten ab:

- Die AOK Rheinland/Hamburg stellt dem teilnehmenden Hausarzt/der teilnehmenden Hausärztin eine patientenbezogene Auswertung über vier Quartale für den eingeschriebenen Patienten zur Verfügung ; die Auswertung beinhaltet auch die Arzneimittelverordnungen anderer Ärzte.
- Der Hausarzt/die Hausärztin erfragt beim eingeschriebenen Patienten die Selbstmedikation.
- Der Hausarzt/die Hausärztin bespricht die Verordnungen konsiliarisch mit allen verordnenden Ärzten
- Der Hausarzt/die Hausärztin erarbeitet unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Konsils und eigener Recherchen ggf. einen neuen Medikamentenplan für den Patienten und koordiniert dieses – soweit erforderlich – mit anderen verordnenden Ärzten
- Der Hausarzt/die Hausärztin bespricht den neuen – sofern vorhanden - Medikationsplan mit dem Patienten.

- Der Hausarzt/die Hausärztin verabredet mit dem Patienten – sofern erforderlich - einen Umstellungsplan und koordiniert und überwacht die Umstellung

(3) Alle am Vertrag teilnehmenden Hausärzte/Hausärztinnen sind zur Teilnahme an einer Info-Veranstaltung zu Beginn der Umsetzung verpflichtet. Inhalte der Info-Veranstaltung sind dabei:

- a. Darstellung des Konzeptes anhand von anonymisierten „Echtfällen“
- b. Welche Daten werden wie und zu welchem Zeitpunkt zur Verfügung gestellt?
- c. Ablauf/Organisation/Vergütungssystematik

Hausärzte/Hausärztinnen, die erst später ihre Teilnahme am Vertrag erklären, bekommen von der KV Hamburg eine Informationsbroschüre, die die Inhalte der Info-Veranstaltung enthält. Damit kommen sie ihrer Verpflichtung nach Satz 1 nach. Die AOK stellt der KV Hamburg die Informationsbroschüre zur Verfügung.

(4) Der Hausarzt/die Hausärztin verpflichtet sich, mindestens einmal pro Jahr eine Weiterbildung im Arzneimittelbereich zu besuchen. Deren Inhalte sind:

- a) Polypharmazie
- b) Indikationsspezifische/Arzneimittelspezifische Besonderheiten (DDD, neues aus Wissenschaft, Leitlinien etc.)

(5) Themenschwerpunkte des Arzneimittelchecks sind vor allem:

- a. Polypharmazie
- b. Interaktion von verordneten Arzneimitteln
- c. Tagestherapiedosen (Hoch- und Überdosierung)
- d. „Priscus-Liste“
- e. Bei Kinderärzten andere Themen (z. B. ADHS, Antibiotika, Asthma)

(6) Nach erfolgter Beratung stellt die AOK Rheinland/Hamburg dem Hausarzt/der Hausärztin im Anschluss halbjährlich eine erneute patientenbezogene Auswertung bereits gemeldeter Patienten zur Verfügung; darüber hinaus erhält der Hausarzt/ die Hausärztin – auf Wunsch - einmal jährlich eine arztindividuelle Datenanalyse seines Gesamtverordnungsverhaltens für seine/ihre Patienten der AOK Rheinland/Hamburg.