



VERTRAG

**zur hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73 b SGB V**

zwischen der

**Knappschaft
Königsallee 175
44799 Bochum**

-nachgehend Knappschaft genannt-

und der

**Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der
Kassenärztlichen Vereinigungen und der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin**

- nachgehend AG Vertragskoordination genannt -

In der Lesefassung des Nachtrags vom 01.07.2012

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt 1 – Versorgungsziel 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, vertragsbezogener Datenaustausch

Abschnitt 8 – Vergütung und Abrechnung

- § 19 Vergütung
- § 20 Abrechnung

Abschnitt 9 – Abschließende Bestimmungen

- § 21 Beteiligung weiterer Krankenkassen
- § 22 Anpassungsklausel
- § 23 Laufzeit und Kündigung

Anlagen

- Anlage 1 Teilnahmeerklärung Hausarzt
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherter inkl. Patienteninformation
- Anlage 3 Beispiel für eine Praxischeckliste zur Umsetzung einer Weiterbehandlung
- Anlage 4 Messkonzept
- Anlage 5 Historisiertes Ärzteverzeichnis (HAV)
- Anlage 6 Elektronische Teilnahmeerklärung der Versicherten (ETV)
- Anlage 7 Historisiertes Verzeichnis der Versicherten (HVV)
- Anlage 8 Technisches Konzept (Lastenheft)
- Anlage 9 Vergütung
- Anlage 10 Medikationscheck

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

Versorgungsziel 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 Ordnungsverhalten 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 Versorgungsvertrages

(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) Diese Vereinbarung 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 dieser Vereinbarung erklärt haben.

(3) Die Knappschaft überträgt der AG Vertragskoordination die Ausschreibung der Versorgungsverträge nach § 73b Abs. 4 SGB V. Die AG Vertragskoordination 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 Vertragskoordination in Abstimmung mit der Knappschaft entwickelt.

Abschnitt 2

Versorgungsauftrag

§ 3 Inhalt 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.

§ 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^{Fehler! Textmarke nicht definiert.} 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 dagegen sprechen. 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^{Fehler! Textmarke nicht definiert.} 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 10 durchführen. Der teilnehmende Hausarzt kann auch Patienten, auf die die in der Anlage 10 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^{Fehler! Textmarke nicht definiert.} unterstützt. Geeignete Maßnahmen sind beispielsweise Checklisten zur Dringlichkeit/Terminvergabe oder zu Befunden. (vgl. Beispiel in Anlage 3).

§ 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 4 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 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 nach Anlage 2 vom Versicherten und dem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt erstellt wurde.

(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.

(3) Der teilnehmende Versicherte kann nach Ablauf der Mindestteilnahmedauer von zwölf Monaten seine Teilnahme unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende durch schriftliche Information an die Knappschaft kündigen. Die Knappschaft informiert den teilnehmenden durch den Versicherten gewählten Hausarzt unverzüglich. Darüber hinaus wird die Verzeichnis führende Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein im Rahmen des Datenabgleiches nach § 18 informiert.

§ 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 zunehmen.

(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. Darüber hinaus wird die Verzeichnis führende Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein im Rahmen des Datenabgleiches nach § 18 informiert.

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. Hausärzte, die an den Gesundheitsnetzen Prosper oder ProGesund teilnehmen, sind von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen.

§ 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 an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weiter.

(6) Bei einem Arztwechsel leitet der teilnehmende Hausarzt die von ihm und dem Versicherten unterschriebene und mit dem Hinweis „Arztwechsel“ gekennzeichnete Teilnahmeerklärung (Anlage 2) an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weiter.

(7) Der teilnehmende Hausarzt schreibt sich in das elektronische Mailing der Vertragspartner ein, um so die Informationen nach § 5 Abs. 2 Buchstabe c zu erhalten.

(8) Der teilnehmende Hausarzt stimmt der Veröffentlichung seiner Teilnahme in Listen für Versicherte der Knappschaft zu.

(9) 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 Qualitätsmanagement

§ 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 und
- 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 vertragsschließende AG nimmt die Aufgaben dieses Vertrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wahr, die ihre Mitglieder sind. Die Knappschaft überträgt ihre Verpflichtung zur Sicherstellung einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung auf den Vertragspartner.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen Fehler! Textmarke nicht definiert. 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^{Fehler! Textmarke nicht definiert.} 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 (Anlage 2) werden von der AG Vertragskoordinierung 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 Kassenärztlichen Vereinigungen führen auf der von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein definierten Plattform für Datenbereitstellung, -pflege und -austausch ein historisiertes Verzeichnis der Hausärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen. Dieses Verzeichnis wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen täglich aber spätestens alle vierzehn Tage über die Plattform aktualisiert. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein als Verzeichnis führende Kassenärztliche Vereinigung nach Absatz 9 stellt das Verzeichnis der Knappschaft täglich aber spätestens alle vierzehn Tage zur Verfügung (vgl. § 18 Abs. 2 bzw. Anlage 5).

(9) Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (Verzeichnis führende Kassenärztliche Vereinigung) stellt aus den vollständig vorliegenden Teilnahmeerklärungen der Versicherten einen elektronischen Datensatz (elektronisches Teilnahmeerklärungsverzeichnis) bereit. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sorgt für die Datenqualität und stellt diesen Datensatz nach § 18 Abs. 3 bzw. Anlage 6 der Knappschaft zur Verfügung. Die Verzeichnis führende Kassenärztliche Vereinigung stellt auf Anforderung der Knappschaft Teilnahmeerklärungen zur Verfügung.

(10) Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein nimmt die Bestätigung der Teilnahme des Versicherten sowie Änderungsmeldungen durch die Knappschaft im Rahmen des Datenabgleichs nach § 18 Abs. 4 bzw. Anlage 7 entgegen, übernimmt die Änderungen in den eigenen Datenbestand und stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen den entsprechend aktualisierten Datenbestand auf der von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein definierten Plattform für Datenbereitstellung, -pflege und -austausch zur Verfügung.

(11) Die Kassenärztlichen Vereinigungen benennen einen Ansprechpartner der Kassenärztlichen Vereinigung für Patienten, teilnehmende Hausärzte, kooperierende Einrichtungen und Selbsthilfeorganisationen für Fragen und Rückmeldungen zu diesem Vertrag.

(12) Darüber hinaus übernehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen^{Fehler!} die ihnen nach diesem Vertrag zugewiesenen Aufgaben.
Textmarke nicht definiert.

§ 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, vertragsbezogener Datenaustausch

(1) Bei Datenaustausch, -bereitstellung und -pflege im Rahmen dieses Vertrages sind die ärztliche Schweigepflicht sowie die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Der Patient muss in die Verwendung seiner Daten zum Zwecke der Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage dieses Vertrages zustimmen. Dies geschieht mit der Teilnahmeerklärung des Versicherten (Anlage 2).

(2) Die technischen Details des historisierten Verzeichnisses der teilnehmenden Hausärzte nach § 16 Abs. 8 sind in der Anlage HAV (Anlage 5) geregelt.

(3) Die technischen Details des Datensatzes für die teilnehmenden Versicherten nach § 16 Abs. 9 sind in der Anlage ETV (Anlage 6) geregelt.

(4) Die technischen Details der Teilnahmebestätigungs- und Änderungsmeldungen der Versicherten nach § 16 Abs. 10 sind in der Anlage HVV (Anlage 7) geregelt.

(5) Für die technische Abwicklung des Vertrages wird die Verzeichnissführende Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein eine Plattform für Datenbereitstellung, -pflege und -austausch zur Verfügung stellen. Sie sorgt dafür, dass alle beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Knappschaft Zugang zur Pflege der Daten erhalten. Teilnahmebestätigungen und Änderungsmeldungen der Versicherten werden von der Knappschaft ausschließlich im Datenaustauschverfahren übermittelt und von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unverzüglich in die Datenbestände der Plattform für Datenbereitstellung, -pflege und -austausch übernommen. Die technischen Details werden in der Anlage zur Plattform für Datenbereitstellung, -pflege und -austausch (Anlage 8) vereinbart.

(6) Bis auf Weiteres werden die im Rahmen dieses Vertrages benötigten Daten im CSV-Datenformat erfasst und ausgetauscht. Auf Wunsch der Knappschaft kann das XML-Datenformat zur Anwendung kommen.

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 9 vergütet.

§ 20 Abrechnung

(1) Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Ärzten für die teilnehmenden Versicherten über die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.

(2) Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütung erfolgt gemäß § 295 SGB V über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Durch den regelmäßigen Datenabgleich zwischen der Knappschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit historisierten Verzeichnissen der teilnehmenden Ärzte und Versicherten nach § 18 stellt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein diese Informationen den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können auf dieser Grundlage nachvollziehen, ob es sich um Teilnehmer der hausarztzentrierten Versorgung handelt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen sicher, dass Leistungen nach diesem Vertrag nur für Zeiten der wirksamen Teilnahme vergütet werden. Die Gesamtvergütung wird nicht bereinigt.

(3) Die teilnehmenden Hausärzte übermitteln die für die Abrechnung notwendigen Angaben im Wege der elektronischen Datenübermittlung. Sofern einem teilnehmenden Hausarzt eine elektronische Datenübermittlung noch nicht möglich ist, kann die Abrechnung bis zum Beginn der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte maschinell verwertbar auf Datenträgern erfolgen. Das Nähere regeln die Vertragspartner.

(4) Hinsichtlich der Zahlungsstermine und der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages.

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 Risikostrukturausgleichsverordnung 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 Vertrages 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 Vertragskoordinierung 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 Vertragskoordinierung, in deren KV Region der Vertrag nicht gekündigt wurde.

**Berlin,
den XX.XX. 2008**

Für die AG Vertragskoordinierung

Dr. Andreas Köhler,
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Carl-Heinz Müller
Vorstand der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Für die Knappschaft

Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Anlage 1

Teilnahmeerklärung der Hausärzte

Teilnahmeerklärung des Hausarztes

Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage des § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Stammdaten des teilnehmenden Hausarztes:

- Name
- Lebenslange Arztnummer (LANR)
- Praxisanschrift
- Betriebsstättennummer
- Telefon- und Faxnummer
- Email

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o.g. Vertrag gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o.g. Vertrags informiert und erfülle alle Teilnahmebedingungen nach § 14 des o.g. Vertrags. Die entsprechenden Nachweise sind dieser Erklärung beigelegt.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist,
- meine Teilnahme mit der schriftlichen Bestätigung dieser Teilnahmeerklärung durch die Kassenärztliche Vereinigung oder AG Vertragskoordination beginnt,
- ich die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der AG Vertragskoordination erklären kann,
- ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere der Verpflichtungen nach § 5 und nach § 13 von der Teilnahme am o.g. Vertrag ausgeschlossen werden kann,
- ich die Teilnahmebedingungen nach § 14 des o.g. Vertrags während der gesamten Programmteilnahme erfüllen muss
- ich zum Erhalt der Teilnahmeberechtigung jedes Jahr die notwendigen Fortbildungen nach § 14 Abs. 1 des o.g. Vertrags schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung oder der AG Vertragskoordination darlegen muss,
- ich mich in das Direktmailing nach § 13 Abs. 7 einschreiben muss,
- ich mit Beitritt zum o.g. Vertrag der Veröffentlichung meiner Daten in speziellen Verzeichnissen der Knappschaft nach § 13 Abs. 8 des o.g. Vertrags zustimme.

Ich verpflichte mich darüber hinaus,

- bei Wegfall meiner Teilnahmevoraussetzungen die Kassenärztliche Vereinigung oder die AG Vertragskoordination umgehend darüber zu informieren,
- die Teilnahme von Patienten durch Einschreibung in meiner Praxis umgehend, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu melden,
- bei meiner Tätigkeit bei allen mir zur Verfügung gestellten Patientendaten größte Sorgfalt bei der Weiterverarbeitung einzuhalten und in jeder Phase der Datenverarbeitung die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Datum

Unterschrift

Anlage 2

Teilnahmeerklärung der Versicherten

Die Teilnahmeerklärung wird in dreifacher Ausfertigung nach folgendem Muster ausgestellt:

Vorderseite:

Name des Versicherten			Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung	Exemplar für die KV
Geburtsdatum				
Platz	Spezialambulanz	Stellen		
Arzt	Arzt	Arzt		

Version 2

I. Erklärung der / des Versicherten

Ich wurde ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung informiert. Auf das umseitige Merkblatt über die Inhalte des Programms sowie die damit einhergehende Datennutzung wurde ich hingewiesen. In Kenntnis dieser Informationen erkläre ich:

Ich möchte neu an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten wie umseitig beschrieben genutzt werden.

Ich möchte meinen koordinierenden Hausarzt wechseln.

Ich nehme bereits an der hausarztzentrierten Versorgung teil und möchte aus einem wichtigen Grund (z. B. Wohnortwechsel, Störung des Vertrauensverhältnisses) meinen Hausarzt wechseln.

Die Koordination meiner Behandlung soll ab sofort der unter II. aufgeführte Hausarzt übernehmen. Ich verpflichte mich, für vertragsärztliche Leistungen zuerst diesen Hausarzt aufzusuchen und fachärztliche Leistungen nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedarf keiner Überweisung. Eine stationäre Behandlung soll - abgesehen von Notfällen - nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden. Mir ist bewusst, dass ich an diese Erklärung grundsätzlich für mindestens zwölf Monate gebunden bin und eine vorzeitige Beendigung meiner Teilnahme nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist.

Ort, Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) bzw.
gesetzliche(r) Vertreter(in)

II. Erklärung des Hausarztes

Hiermit erkläre ich mich bereit, für oben genannte(n) Versicherte(n) die Koordination der Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung durchzuführen.

Arztstempel:

X

Unterschrift Arzt / Ärztin

Rückseite:

Hausarztzentrierte Versorgung

Eine Information für Patienten

Was ist unter hausarztzentrierter Versorgung zu verstehen?

Der Patient wählt einen Hausarzt als ersten Ansprechpartner. Dieser übernimmt im Programm als Koordinator und Lotse der Patientenbehandlung die zentrale Verantwortung für eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung. Hierbei steuert er die Behandlungsabläufe über die verschiedenen Versorgungssektoren (Übergang zwischen Haus- und Facharzt bzw. stationärer oder rehabilitativer Versorgung) hinweg. Dabei gilt es nicht nur den Patienten zu begleiten, sondern ihn auch aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Hausarzt und Patient in die Behandlung einzubeziehen.

Der Arzt stellt außerdem eine hochwertige hausärztliche Versorgung unter Berücksichtigung aktueller und praxiserprobter wissenschaftlicher Erkenntnisse sicher. Beispielsweise fördert er die Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, wodurch der Ausbruch von Erkrankungen vermieden bzw. hinausgeschoben werden soll. Er sorgt zudem für eine effiziente Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und fördert in geeigneten Fällen die Teilnahme an weitergehenden Versorgungsangeboten der Knappschaft (z. B. strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke).

Welche besonderen Qualitätsanforderungen werden an den teilnehmenden Hausarzt gestellt?

Um die mit der hausarztzentrierten Versorgung angestrebte Qualitätssteigerung zu erreichen, werden besondere Anforderungen an die teilnehmenden Hausärzte gestellt. So nehmen sie beispielsweise an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie teil und bilden sich regelmäßig fort. Darüber hinaus führen sie in ihrer Praxis ein wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement durch.

Welche Teilnahmevoraussetzungen gelten für Versicherte?

An der hausarztzentrierten Versorgung können alle Versicherten der Knappschaft teilnehmen, die nicht bereits in das Gesundheitsnetz Prosper / proGesund eingeschrieben sind. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Versicherte, für vertragsärztliche Leistungen zuerst den gewählten Hausarzt zu konsultieren und fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung dieses Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedarf keiner Überweisung. Eine stationäre Behandlung soll - abgesehen von Notfällen - nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden.

Wann beginnt und wann endet die Teilnahme?

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die umseitige Erklärung vom Versicherten und von dem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arzt unterschrieben worden ist. An diese Erklärung ist der Versicherte für mindestens zwölf Monate gebunden. In dieser Zeit ist eine Beendigung der Teilnahme sowie eine Abwahl der Krankenkasse - außer in Härtefällen - nicht zulässig.

Nach Ablauf der Mindestbindungszeit ist eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des Quartals möglich. Die Programmteilnahme endet darüber hinaus, wenn der Versicherte die Krankenkasse wechselt, seine Mitgliedschaft bei der Knappschaft aus anderen Gründen endet oder wenn der Hausarzt nicht mehr an der hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt und der Versicherte nicht einen anderen teilnehmenden Hausarzt wählt. Bei wiederholter Nichtbeachtung der Verpflichtungen kann der Versicherte von der weiteren Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden.

Kann der koordinierende Hausarzt während des Programms gewechselt werden?

Ein Wechsel des gewählten Arztes ist bei Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich. Wichtige Gründe sind zum Beispiel der Wechsel des Wohnortes oder eine schwerwiegende Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt. Mit dem Arztwechsel beginnt eine neue zwölfmonatige Bindungsfrist.

Was passiert mit der Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung?

Die umseitige Einverständniserklärung wird zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen von dem betreuenden Hausarzt an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein versandt und dort elektronisch erfasst. Anschließend werden diese Daten an die Knappschaft weitergeleitet. Eine Durchschrift der Einverständniserklärung erhält der Patient, ein weiteres Exemplar verbleibt bei dem gewählten Hausarzt.

Wie wird eine optimale Koordination der unterschiedlichen Versorgungssektoren gewährleistet?

In Fällen, in denen die Behandlung außer vom gewählten Hausarzt auch von anderen Stellen (z. B. Fachärzte, Krankenhäuser) durchgeführt wird, können die Leistungserbringer im erforderlichen Umfang Informationen über Art und Ergebnisse der Behandlung austauschen. Die zu diesem Zwecke erhobenen Daten werden selbstverständlich nur zur Erfüllung der sich aus der hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben genutzt, vertraulich behandelt und keinem Unbefugten zugänglich gemacht.

Anlage 3

Beispiel für eine Praxischeckliste zur Umsetzung einer Weiterbehandlung



Praxis xyz

Evtl. weiteres
Logo

MUSTER Interne Regelung

1.5.3 Externe Kooperation und
Kommunikation

Ziel 1 (Kernziel)

1.5.3 (1) IR

Inhalt der Regelung

1. Überweisungen und Einweisungsformulare werden nicht handschriftlich, sondern mit Hilfe der Praxissoftware ausgestellt.
2. Weitere mitgegebene Informationen werden vorher auf Lesbarkeit überprüft.
3. Überweisungen und Einweisungsformulare enthalten alle relevanten Informationen und Aufgaben (Fragestellung oder Diagnose bzw. Gründe für die Überweisung und damit verbundene Erwartungen, Ergebnisse wichtiger Untersuchungen und das aktuelle Behandlungsschema, inkl. vollständiger Begleitunterlagen).
4. Relevante Vorbefunde werden den Patienten ausgehändigt oder direkt an die weiterbehandelnde Stelle geschickt.
5. Zur Informationsübermittlung gelten die folgenden konkreten Regelungen:

Was wird ...	wann ...	wie ...	an wen übermittelt?
Anfragen Krankenkassen	Innerhalb 14 Tagen nach Eingang	Kurzbrief	Zuständiger SMD
Anfragen mitbehandelnde Kollegen	Innerhalb 2 Werktagen	Kurzbrief, ggf. Vorbefunde	Anfragenden Kollegen
Anfragen KH für aktuell stationäre Patienten	sofort	Kurzbrief, ggf. Vorbefunde	Station telefonisch erfragen, direkt auf Station faxen
Anfragen KH für geplanten Elektivaufenthalt	Vor Aufnahmetermin	Kurzbrief, ggf. Vorbefunde	Station telefonisch erfragen, direkt an Station schicken



Praxis xyz

Evtl. weiteres
Logo

MUSTER Interne Regelung

1.5.3 Externe Kooperation und
Kommunikation

Ziel 1 (Kernziel)

1.5.3 (1) IR

6. Das Einhalten unserer geplanten Zeitkorridore kontrollieren wir jährlich (siehe 5.1.4 (2) *Messung und Analyse*)

Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung

Lesefassung Fortführungsvertrag:
Stand: 01.07.2012



7. Bei Fragen zu komplexen und schwierigen Fällen wenden wir uns an die folgenden Kollegen:

Fachgebiet	Name/ Adresse/ Tel.
Kardiologie	
Endokrinologie	
Orthopädie	
Angiologie	
Radiologie	
Gynäkologie	
Neurologie	
Psychotherapie	

Mitgeltende Dokumente

Name des Dokumentes	Verantwortlich für das Dokument
Praxisinterner Kurzbrief 1.5.3 (1) Dok	Frau Dr. Muster

Verantwortlich für die Aktualität der Internen Regelung

Frau Dr. Muster

Aktualisierung

Bei Bedarf

Anlage 4
Messkonzept

wird noch verhandelt

Anlage 5
HAV
EDV-Schnittstellenbeschreibung für das historisierte
Ärzteverzeichnis (extra Dokument)
Anlage 6
ETV
EDV-Schnittstellenbeschreibung für das elektronische
Teilnahmeerklärungsverzeichnis (extra Dokument)
Anlage 7
HVV
EDV-Schnittstellenbeschreibung für das historisierte
Versichertenverzeichnis (extra Dokument)
Anlage 8
Technisches Konzept
Lastenheft „Plattform für Datenbereitstellung, -pflege und -
austausch“ (extra Dokument)

Anlage 9

Vergütung

(1) Die teilnehmenden Hausärzte rechnen die Behandlung der Versicherten, die an diesem Vertrag teilnehmen, im Rahmen ihrer Quartalsabrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Der teilnehmende Hausarzt erhält als Grundpauschale für die Koordination der Versorgung des Patienten 4 Euro pro Quartal bei einem Arzt-Patienten-Kontakt für jeden eingeschriebenen Patienten vergütet.

Wird der Medikationscheck für einen von der Knappschaft identifizierten Patienten entsprechend der Anlage 10 durchgeführt, wird er wie folgt vergütet.:

Medikationscheck: 80,00 €

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 Medikationscheck einen Zeitaufwand von mehr als 240 Minuten hat:

Medikationscheck mit Konsil: 160,00 €

Der Medikationscheck kann nur im Auftrag entsprechend dem in Anlage 10 beschriebenen Verfahren der Knappschaft erbracht werden.

GOP	Bezeichnung	Vergütung
81110	Grundpauschale	4 €
81112	Medikationscheck	80 €
81113	Medikationscheck mit Konsil	160 €

(2) Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV). Die Rechnungslegung erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 408 auf der Ebene 6.

Anlage 10

Medikationscheck

Der in § 5 Absatz 4 beschriebene Medikationscheck wird wie folgt durchgeführt:

I. Ziele:

Der fundierte Medikationscheck zielt auf eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung mit Arzneimitteln der eingeschriebenen Patienten. Im Fokus stehen dabei insbesondere die Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) sowie Doppel- oder Mehrfachverordnungen.

II. Patienten:

Die Krankenkasse identifiziert an diesem Vertrag teilnehmende Versicherte, die für einen solchen Medikationscheck in Frage kommen. Das sind u.a. Patienten, die über mindestens vier Quartale jeweils mindestens fünf Wirkstoffe (Dauermedikation) verordnet bekommen haben. Diese Wirkstoffe können von unterschiedlichen Vertragsärzten verordnet worden sein.

III. Ablauf:

Hat die Knappschaft einen Patienten identifiziert, auf den die unter II. beschriebenen Punkte zutreffen, informiert sie den am Vertrag teilnehmenden Hausarzt schriftlich. Diesem Schreiben ist eine Einverständniserklärung der Patientin/ des Patienten (Anhang a) beigelegt.

Die Hausärztin/ der Hausarzt informiert die Patientin/ den Patienten ausführlich über die Hintergründe des Arzneimittelchecks. Sofern die Patientin/ der Patient teilnehmen möchte, wird die von der Patientin/ dem Patienten unterschriebene Einverständniserklärung (Anhang a) durch die Hausärztin/ den Hausarzt zurück an die Knappschaft gefaxt (Faxnr.: 0234 – 304-87240 und 0234 – 304-87204).

Nach Zustimmung des Patienten übermittelt die Krankenkasse dem teilnehmenden Hausarzt, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist, die Liste der Wirkstoffe, die in den letzten vier Quartalen verordnet wurden. Dieser Gesamtverordnungsanalyse ist auch der Bezug zu weiteren möglichen verordnenden Ärzten zu entnehmen.

Zunächst überprüft der teilnehmende Arzt, ob für diesen Patienten alle relevanten Diagnosen gemäß dem aktuellen ICD-10 Code unter der Verwendung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (G, A, V, Z), bei Diagnosen mit Seitenlokalisationen die zusätzliche Angabe eines Zusatzkennzeichens (R, L, B), aufgeführt wurden. Ggf. aktualisiert er die Kodierung entsprechend. Sofern A, V oder Z nicht zutreffend sind, ist das Zusatzkennzeichen G anzugeben.

Der Hausarzt erfragt beim ausgewählten Patienten, welche frei verkäuflichen Arzneimittel, die nicht verordnet wurden, zusätzlich in Selbstmedikation

eingenommen werden.

Der Hausarzt prüft die vorliegende Wirkstoffliste und die Informationen des Patienten über die Selbstmedikation insbesondere hinsichtlich folgender Punkte:

- unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- Doppel- oder Mehrfachverordnungen
- Tagestherapiedosen
- Empfehlungen der aktuellen „Priscus-Liste“
- Besonderheiten bei Kindern

Die Maßnahmen, die aus dem Medikationscheck resultieren (Absetzung eines Medikaments, Modifikation der Medikation oder das Pausieren bei der Einnahme bestimmter Medikamente), werden auf der Verordnungsliste vom Arzt dokumentiert.

IV. Konsiliarisches Gespräch mit einem Kollegen

Sofern im Anschluss an den Medikationscheck Änderungen von Verordnungen durch einen anderen Vertragsarzt notwendig werden, muss der Hausarzt Kontakt mit dem entsprechenden Kollegen aufnehmen. Mit ihm bespricht er das Ergebnis des Medikationschecks sowie mögliche alternative Verordnungen für den Patienten. Ggf. kann ein solches Gespräch mit mehreren Kollegen notwendig sein.

V. Patientengespräch

Auf der Grundlage des Ergebnisses des Medikationschecks ggf. unter Berücksichtigung des Konsils bespricht der Hausarzt die (neue) Medikation mit dem Patienten beim nächsten Termin. Sofern Änderungen der Verordnungen oder Selbstmedikation erforderlich sind, bespricht der Hausarzt den konkreten Ablauf der Umstellung mit dem Patienten und dokumentiert die Änderungen in einem Medikationsplan. Zur Dokumentation der Umstellungsmaßnahmen verwendet der Hausarzt / die Hausärztin die Verordnungsliste, auch für den Fall dass keine Intervention erforderlich oder möglich war. Anschließend koordiniert und überwacht er die Umstellung.

VI. Übermittlungspflichten

Möglichst zeitnah nach Durchführung des Medikationschecks wird die Verordnungsliste inklusive dokumentierter Maßnahmen an die Krankenkasse per Telefax (Faxnr.: 0234 – 304-87240 und 0234 – 304-87204) übermittelt. Die Knappschaft erfasst die Informationen der Dokumentation in der Verordnungsliste und stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen diese aufbereiteten Informationen zur Abrechnungsprüfung entsprechend dem in der Technischen Anlage beschriebenen Verfahren zur Verfügung.

VII. Nachhaltigkeit

Zum Zweck der nachhaltigen Begleitung des Patienten stellt die Knappschaft innerhalb des an den Medikationscheck folgenden Jahres dem teilnehmenden Arzt erneut eine Liste der dem Patienten aktuell verordneten Wirkstoffe zur Verfügung.

VIII. Arztinformationen:

Die KBV und die Knappschaft erstellen eine Informationsbroschüre in der die Ziele, der konkrete Ablauf (u.a. mit anonymisierten „Echtfällen“) sowie die Vergütungssystematik dargestellt werden. Die Knappschaft stellt diese Informationsbroschüre den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung, die diese an die teilnehmenden Hausärzte sendet.

Anhang a

Einwilligungserklärung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Arztstempel		

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Medikationscheck

1. Was ist der Medikationscheck der Knappschaft?

Die freie Arztwahl ermöglicht es Ihnen, sich von unterschiedlichen Ärzten behandeln zu lassen. Das bietet Ihnen viele Vorteile, kann allerdings in einzelnen Fällen dazu führen, dass Sie ähnliche Medikamente mehrfach verordnet bekommen oder sich einzelne Medikamente in ihrer Wirkung behindern. In Ihrem Sinne möchten wir Ihrem Hausarzt, als Ihrem zentralen ärztlichen Ansprechpartner, einen Überblick über alle Ihnen verordneten Medikamente zukommen lassen, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen erst gar nicht entstehen zu lassen.

2. Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Verordnungsdaten mit Personen-, Arzt- und Apothekenbezug von der Knappschaft für den Medikationscheck weiter ausgewertet, bearbeitet und Ihrem behandelnden Hausarzt zur Verfügung gestellt werden. Zur Frage, was mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet. Bei allen Bearbeitungsschritten haben nur speziell für den Medikationscheck ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Wie genau funktioniert der Medikationscheck bei Ihrem Hausarzt?

Ihr Hausarzt bekommt von der Knappschaft eine Liste mit allen Medikamenten, die Ihnen von Ihren Ärzten in den letzten 12 Monaten verordnet wurden. Zudem wird Sie Ihr Hausarzt bitten, anlässlich des nächsten Arzttermins sämtliche Medikamente mitzubringen, die Sie ohne ärztliche Verordnung gekauft haben. Dieser Überblick über die Medikamente, die Sie einnehmen, ermöglicht es Ihrem Hausarzt, Ihre Arzneimitteltherapie leicht auf Wechselwirkungen zu überprüfen, zu optimieren, auf neue krankheitsbedingte Veränderungen oder veränderte Lebensgewohnheiten abzustimmen und die Arzneimitteltherapie mit seinen ärztlichen Kollegen zu koordinieren.

Der Hausarzt übermittelt der Knappschaft im Anschluss an den Medikationscheck einerseits eine Aufstellung der Arzneimittel, die Sie ohne ärztliche Verordnung bezogen haben und gibt zudem eine dahingehende Information an die Knappschaft weiter, was das Ergebnis des Medikationschecks war und welche Maßnahmen hieraus erwachsen.

2.2 Was geschieht bei der Knappschaft mit den Daten?

Die Knappschaft führt mit einem gewissen Zeitabstand zum eigentlichen Medikationscheck Ihre gesamten Verordnungsdaten zusammen und überprüft, ob der Medikationscheck zu der gewünschten Verordnungsoptimierung geführt hat. Zudem erhält Ihr Hausarzt im Laufe des Jahres nach dem Medikationscheck eine Übersicht aller verordneten Arzneimittel.

Ja, ich möchte das Versorgungsangebot „Medikationscheck“ gerne wahrnehmen.

Ja, ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten im oben beschriebenen Umfang verarbeitet und genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Anhang b

**Technische Anlage
Medikationscheck**



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Technische Anlage zur Anlage 10 (Medikationscheck) des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V mit der Knappschaft

Dezernat 6

Informationstechnik, Telematik und Telemedizin

Herbert-Lewin-Platz 2

D-10623 Berlin

Version 0.6

Datum 31.08.2012



ÄNDERUNGSVERZEICHNIS

Version	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
0.6	31.08.2012	KBV	Kapitel 3.1.3 Inhalt CSV-Datei überarbeitet: Angabe der KVK auf zehn Stellen, BSNR auf sieben statt neun Stellen festgelegt, Angabe des Arztnamen werden als [Nachname, Vorname]	Nach Rücksprache mit der Knappschaft	7
0.5	15.08.2012	KBV	Kapitel 3.1.4 hinzugefügt	optionale Lieferung von Leerdateien bei nicht vorhandenen Daten	8
0.4	24.07.2012	KBV	Kapitel 2.3 Lieferfrist bearbeitet	Lieferung bis zum 5. statt 4. Werktag	5
0.3	29.06.2012	KBV	eMail-Adresse Knappschaft eingefügt		5
0.2	25.06.2012	KBV	Kapitel 2.3, 2.4, 3.1.3 überarbeitet	Anmerkungen der KVen und der Knappschaft	5, 5, 8
0.1	13.04.2012	KBV	Neues Dokument	Medikationscheck neu	

INHALTSVERZEICHNIS

1	<u>EINLEITUNG</u>	4
2	<u>DATENTRANSFER</u>	5
2.1	Übertragungsmedium	5
2.2	Verschlüsselung der Daten	5
2.3	Lieferfrist	5
2.4	Eingangsbestätigung	5
2.5	Korrekturlieferung	5
2.5.1	Reklamationen	5
2.5.2	Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen	6
3	<u>DATEIEN</u>	7
3.1	CSV-Datei	7
3.1.1	Spaltenkopf	7
3.1.2	Datensatz	7
3.1.3	Inhalt CSV-Datei	8
3.1.4	Sonderfall Leerdatei	8
3.2	Auftragssatzdatei	9
3.2.1	Datensatz	9
3.2.2	Inhalt Auftragssatzdatei	9
3.3	Benennung der Dateien	12
3.3.1	CSV-Datei	12
3.3.2	verschlüsselte Datei	12
3.3.3	Auftragssatzdatei	12
4	<u>ANHANG</u>	14
4.1	Literaturverzeichnis	14

1 Einleitung

Die Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination hat mit der Knappschaft einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V geschlossen.

Die vorliegende Technische Anlage beschreibt die Datenschnittstelle und den Datenaustausch für den Medikationscheck (Anlage 10 des Vertrages).

2 Datentransfer

Im Rahmen des Medikationschecks ist der elektronische Lieferweg von der Knappschaft zu den am Vertrag teilnehmenden Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu berücksichtigen.

2.1 Übertragungsmedium

Die Knappschaft nutzt zum Datentransfer zu den am Vertrag teilnehmenden KVen das Standard-Medium CD (inkl. Anschreiben). Abweichend davon kann ein sFTP-Server als Übertragungsmedium verwendet werden, dies muss mit den entsprechenden KVen bilateral abgestimmt werden.

2.2 Verschlüsselung der Daten

Die Knappschaft verschlüsselt pro KV eine CSV-Liste mit dem jeweiligen öffentlichen Schlüssel der KV.

Es wird das Verfahren der asymmetrischen Verschlüsselung eingesetzt. Die Verschlüsselung der Daten erfolgt nach PKCS#7-Standard. Die Details zum PKCS#7-Verschlüsselungsverfahren sind in der Security Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheitswesen (http://www.gkv-ag.de/Datenaustausch_aktuell.gkvnet) ausführlich beschrieben. Es werden die vom Trustcenter (ITSG) bereitgestellten PKCS#7-Zertifikate, sowie die IK-Nummern der KVen gemäß Kapitel 6.2 der Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verwendet.

2.3 Lieferfrist

Die Knappschaft muss die verschlüsselte Datei bis zum 5. Werktag nach Quartalsende an die jeweilige KVen übermitteln.

2.4 Eingangsbestätigung

Die jeweilige KV muss spätestens 5 Werktage nach Eingang der Daten der Knappschaft eine Eingangsbestätigung per Mail übermitteln. Die Eingangsbestätigung muss mindestens den Dateinamen der gelieferten Datei und das Datum des Eingangs beinhalten. Die Eingangsbestätigung muss an folgende eMail-Adresse der Knappschaft gesendet werden: medicheck-datenaustausch@kbs.de.

2.5 Korrekturlieferung

2.5.1 Reklamationen

Reklamationen fehlerhafter oder unvollständiger Daten müssen spätestens 7 Werktage nach Eingang erfolgen. Hierfür stellt die Knappschaft genau eine Emailadresse zur Verfügung. Bei der Emailadresse handelt es sich um ein Verwaltungspostfach o. ä., dass **speziell** für den Datenaustausch im Rahmen des Medikationschecks eingerichtet wird. Es werden keine persönlichen Emailadressen verwendet.

2.5.2 Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen

Eine Datei ist fehlerhaft oder unvollständig, wenn sie nicht die in Kapitel 3.1.3 angegebenen Vorgaben erfüllt.

3 Dateien

3.1 CSV-Datei

Die von der Knappschaft zu übertragende CSV-Datei enthält die erforderlichen Abrechnungsinformationen zum Medikationscheck, die von der jeweiligen KV zur Abrechnungsprüfung benötigt werden.

3.1.1 Spaltenkopf

Die Dateien enthalten zur besseren Lesbarkeit in der ersten Zeile einen Spaltenkopf mit den Feldbezeichnungen.

3.1.2 Datensatz

Für den Begriff alphanumerisch (AN) ist keine strenge Auslegung des Begriffs, der z. B. die Verwendung von Schrägstrichen, Bindestrichen, Leerzeichen, Punkten verhindert, notwendig, sondern eher hinderlich, da z.B. der Doctor medicinae gängig als Dr. med. mit Leerzeichen zwischen Dr. und med. abgekürzt wird.

Satzart	
Feldtyp:	vordefiniert
Feldlänge:	Angabe im Feld „Anzahl Zeichen“ gibt die maximale Feldlänge an; Leerstellen sind nicht aufzufüllen
Typ Feldlänge	F: Fixe Feldlänge V: Variable Feldlänge

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	AN	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z. B. +/-) Ausnahme: Semikolon darf nicht verwendet werden, da es als Feldtrennzeichen fungiert Texterkennungszeichen: keines
Numerisch	N	Ziffern und Zahlen, ggf. mit Vorzeichen, jedoch weder Buchstaben noch Sonderzeichen
Datum	AN	Jedes Datum wird im Format TT.MM.JJJJ angegeben

3.1.3 Inhalt CSV-Datei

Feld-Nr.	Feld-bezeichnung	Anzahl Zeichen	Typ Feldlänge	Feldtyp	Inhalt bzw. Erläuterung
1	KVK	10	F	AN/Kann	KVK-Versichertennummer des Patienten (laut KVDT* ist diese Nummer 6 -12 stellig, in der Knappschaft sind die diese Nummern auf 10 Stellen festgelegt.
2	eGK	10	F	AN/Kann	eGK-Versichertennummer des Patienten
3	Name		V	AN/Muss	Nachname des Patienten
4	Vorname		V	AN/Muss	Vorname des Patienten
5	Geb.-Datum	10	F	AN/Muss	Geburtsdatum des Patienten im Format TT.MM.JJJJ
6	LANR	9	F	N/Muss	Lebenslange Arztnummer (führende Nullen müssen mit angegeben werden)
7	BSNR	7	F	N/Muss	Betriebsstättennummer des Arztes. Es werden nur die Stellen 1-7 übertragen.
8	Arztname		V	AN/Muss	Name des Arztes [Nachname, Vorname]
9	Abrechnungsquartal	6	F	AN/Muss	Abrechnungsquartal im Format Q/JJJJ

3.1.4 Sonderfall Leerdatei

Liegen für ein Quartal keine Daten zur Übermittlung an die KV vor, wird auf Wunsch der Kassenärztlichen Vereinigung nach Mitteilung an die Knappschaft eine Leer-Datei quartalsweise zur Verfügung gestellt. In diesem Fall enthält die zu übertragende CSV-Datei nur eine Kopfzeile entsprechend den Vorgaben aus 3.1.1. Alle weiteren Vorgaben bleiben bestehen.

* siehe Kapitel 3.1.5 ADT-Feldtabelle, FK 3105, KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT * Version 4.17 (<http://www.kbv.de/ita/4287.html>)

3.2 Auftragssatzdatei

3.2.1 Datensatz

Satzart	
Feldtyp:	vordefiniert
Feldlänge:	Angabe im Feld „Länge“ gibt die maximale Feldlänge an; Leerstellen sind aufzufüllen

Feldtyp	Kürzel	Beschreibung
Alphanumerisch	AN	Zeichen A-Z, 0-9, Linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt
Numerisch	N	Zeichen 0-9, Rechtsbündig mit führenden Nullen

Feldart	Kürzel	Beschreibung
Muss	M	Muss versorgt werden
Kann	K	Kann versorgt werden, muss jedoch auf jeden Fall mit einem Default-Wert versorgt werden. Dabei gelten folgende Default-Werte für die Feldtypen (sofern in den Feldbeschreibungen nicht anders gekennzeichnet) Feldtyp N: wird in jeder Stelle mit 0 gefüllt Feldtyp AN: wird in jeder Stelle mit Leerzeichen gefüllt

3.2.2 Inhalt Auftragssatzdatei

Die Auftragssatzdatei hat folgenden Aufbau (. steht für ein Leerzeichen; n steht für eine Ziffer; aller Werte werden ohne Trennzeichen aneinander gereiht):

Stellen	Länge	Wert	Feldtyp	Feldart	Erklärung
1-6	6	500000	N	M	Konstant
7-8	2	01	N	M	Konstant
9-16	8	00000348	N	M	Konstant
17-19	3	000	N	M	Konstant (solange Dateien nicht größer als 1 GB sind)
20-24	5	EKAV0	AN	M	Konstant
25-27	3	nnn	N	M	Transferrnummer: bei erfolgreicher Übertragung einer Datei wird die Transferrnummer in der nächsten Auftragssatzdatei (auch einer anderen Datei) um eins erhöht. Bei CD-Versand kann ein beliebiger numerischer Wert übermittelt werden.
28-32	5	KNMEC	AN	M	Konstant (KNMEC steht für Kn appschafft Medikations check)

33-47	15	109905003.....	AN	M	Bei absendendem Eigner Knappschafft
48-62	15	109905003.....	AN	M	Bei tatsächlichem physikalischen Absender Knappschafft
63-77	15	XXXXXXXXXX.....	AN	M	Empfänger (Nutzer) der Daten (9stelliges IK der KV) [†]
78-92	15	XXXXXXXXXX.....	AN	M	Tatsächlichem physikalischen Empfänger (9stelliges IK der KV) [‡]
93-98	6	000000	N	M	Konstant
99-104	6	000000	N	M	Konstant
105-115	11	XXXXXXXXXXXX	AN	M	Dateiname nach folgendem Format KNKVXYJJQMC
116-129	14	JJJJMMTTssmmss	N	M	Erstellungsdatum der Datei im Format JJJJMMTTssmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunden, Minuten, Sekunden)
130-143	14	JJJJMMTTssmmss o. 00000000000000	N	K	Start der Übermittlung der Datei im Format JJJJMMTTssmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunden, Minuten, Sekunden), nur bei sFTP-Übermittlung notwendig, ansonsten 00000000000000
144-157	14	00000000000000	N	M	Konstant
158-171	14	00000000000000	N	M	Konstant
172-177	6	000000	N	M	Konstant
178	1	0	N	M	Konstant
179-190	12	nnnnnnnnnnnn	N	M	Dateigröße der Nutzdatei in Bytes (unverschlüsselt und unkomprimiert)
191-202	12	nnnnnnnnnnnn	N	M	Dateigröße der übertragenen Nutzdatei in Bytes (Länge bei eventueller Verschlüsselung und Komprimierung)
203-204	2	18	AN	M	Konstant für ISO-8859-1
205-206	2	00	N	M	Konstant
207-208	2	03	N	M	Konstant
209-	2	03	N	M	Konstant

[†] siehe Kapitel 6.2 der Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

[‡] siehe Kapitel 6.2 der Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

210					
211-213	3	...	AN	K	Konstant
214-218	5	00000	N	K	Konstant
219-226	8	00000000	N	K	Konstant
227	1	0	N	K	Konstant
228-229	2	00	N	K	Konstant
230	1	5	N	K	Konstant
231-240	10	0000000000	N	K	Konstant
241-246	6	000000	N	K	Konstant
247-274	28	AN	K	Konstant
275-318	44		AN	K	Verarbeitungsinterner physischer Dateiname
319-348	30	KN_KVXY_JJ_Q_MC.csv	AN	K	logischer Dateiname

3.3 Benennung der Dateien

3.3.1 CSV-Datei

Die CSV-Dateien müssen folgende Dateinamen besitzen:

KN_KVXY_JJ_Q_MC.csv

KN: Fixwert

KV: Fixwert

XY: Empfänger-KV (Schlüsseltabelle S_KBV_KV OID:1.2.276.0.76.5.233 auf <http://www.kbv.de/keytabs/ita/schluesseltabellen.asp>)

JJ: Jahr (2stellig)

Q: Quartal

MC: Fixwert (**M**edikationscheck)

Beispiele:

KN_KV01_12_1_MC.csv enthält die von der Knappschaft für die KV Schleswig-Holstein gesendeten Abrechnungsinformationen zum Medikationscheck für das 1. Quartal 2012.

3.3.2 verschlüsselte Datei

Die CSV-Dateien werden mit dem öffentlichen Schlüssel der jeweiligen Empfänger-KV gemäß Kapitel 2.4 verschlüsselt und wie folgt benannt:

KN_KVXY_JJ_Q_MC.kry

KN: Fixwert

KV: Fixwert

XY: Empfänger-KV (Schlüsseltabelle S_KBV_KV OID:1.2.276.0.76.5.233 auf <http://www.kbv.de/keytabs/ita/schluesseltabellen.asp>)

JJ: Jahr (2stellig)

Q: Quartal

MC: Fixwert (**M**edikationscheck)

Beispiele:

KN_KV01_12_1_MC.kry enthält die von der Knappschaft für die KV Schleswig-Holstein gesendeten verschlüsselten Abrechnungsinformationen zum Medikationscheck für das 1. Quartal 2012.

3.3.3 Auftragssatzdatei

Zu jeder verschlüsselten CSV-Datei nach Kapitel 3.3.2 muss eine Auftragssatzdatei mit folgendem Dateinamen erstellt werden:

KN_KVXY_JJ_Q_MC.auf

KN: Fixwert

KV: Fixwert

XY: Empfänger-KV (Schlüsseltabelle S_KBV_KV OID:1.2.276.0.76.5.233 auf <http://www.kbv.de/keytabs/ita/schluesseltabellen.asp>)

JJ: Jahr (2stellig)

Q: Quartal

MC: Fixwert (**M**edikations**c**heck)

Beispiele:

KN_KV01_12_1_MC.auf enthält den Auftragsatz für die Datei KN_KV01_12_1_MC.kry.

4 Anhang

4.1 Literaturverzeichnis

- [1] Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V zwischen der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination
- [2] Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung