

**Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73b SGB V vom 01.06.2008**

zwischen der

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend KV Hamburg genannt)

und

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
vertreten durch das Vorstandsmitglied
(nachstehend AOK genannt)

sowie

dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

in der Fassung des 6. Nachtrages ab 01.01.2015

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Präambel	3
A) Grundlagen	4
§ 1 [Gegenstand und Zielsetzung]	4
§ 2 [Geltungsbereich]	5
B) Teilnahme der Versicherten	6
§ 3 [Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte]	6
§ 4 [Pflichten der teilnehmenden Versicherten]	7
§ 5 [Beendigung der Teilnahme]	7
C) Teilnahme der Hausärzte	8
§ 6 [Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte]	8
§ 7 [Persönliche Qualitätsanforderungen der Hausärzte]	8
§ 8 [Qualitätsanforderungen in der Praxisausstattung]	10
§ 9 [Koordinationsaufgaben und Leistungen der Hausärzte]	10
§ 10 [Beziehungen zu weiteren Leistungserbringern]	13
§ 11 [Allgemeine Aufgaben und Pflichten der Hausärzte]	13
§ 12 [Besondere Leistungen und Pflichten der Hausärzte]	14
§ 13 [Vergütungen]	15
§ 14 [Beendigung der Teilnahme der Hausärzte]	15
D) Qualitätssicherung	16
§ 15 [Leitlinien]	16
E) Wirtschaftlichkeit	16
§ 16 [Wirtschaftlichkeitsziele]	16
§ 17 [Ergänzende Verträge (Modulverträge) und sonstige Maßnahmen/Projekte]	18
§ 18 [Evaluation]	19
§ 19 [Veröffentlichung]	19
§ 20 [Kooperationsvereinbarungen]	20
§ 21 [Verzeichnis der teilnehmenden Hausärzte]	20
§ 22 [Rechnungslegung]	20
§ 23 [Zuzahlung]	21
§ 24 [Datenschutz]	21
§ 25 [Inkrafttreten, Kündigung]	21
§ 26 [Salvatorische Klausel]	22
Anlagenverzeichnis	24

Präambel

Die Vertragspartner wollen mit diesem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auf Basis des § 73b SGB V die bedarfs- und serviceorientierte Versorgung der teilnehmenden Versicherten optimieren. Hausarztzentrierte Versorgung beinhaltet:

- die hausärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Versichertengemeinschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten
- die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)
- die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und -förderung für den Einzelnen wie auch im sozialen Umfeld
- die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld
- die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Mehrfachinanspruchnahmen, insbesondere durch die Bindung der Versicherten an eine Hausärztin/einen Hausarzt;
- die gezielte Generierung von zusätzlichen Effizienzsteigerungen und Einsparungen im Rahmen von gemeinsam entwickelten Maßnahmen und Projekten;

Daneben haben die Versicherten gemäß § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Durch die hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73b SGB V wird diese besondere Betreuung gewährleistet.

Mit diesem Vertrag wollen die Vertragspartner die gesetzgeberischen Vorstellungen zur hausarztzentrierten Versorgung sehr praxisnah und patientenzentriert umsetzen. Der Vertrag soll entsprechend der Entwicklung der Versorgung kranker Menschen und den Erkenntnissen aus der Evaluation dieses Vertrages weiterentwickelt werden. Der Sicherstellungsauftrag der KV Hamburg und bestehende Verträge der gesetzlichen Regelversorgung bleiben unberührt. Zugleich regelt dieser Vertrag die extrabudgetäre Vergütung von Zusatzleistungen.

A) Grundlagen

§ 1 [Gegenstand und Zielsetzung]

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V im Bezirk der KV Hamburg. Die teilnehmende Hausärztin/der teilnehmende Hausarzt (im Folgenden Hausarzt genannt) übernimmt dabei die Steuerung des Behandlungsprozesses für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten und gewährleistet dadurch eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten. Dabei können Wirtschaftlichkeitspotenziale, z.B. im Bereich der Arzneimitteltherapie, durch die Vermeidung von Fehlmedikation, unnötiger Doppeluntersuchungen und vermeidbarer Krankenhausaufenthalte erschlossen werden. Gegenstand dieses Vertrages sind nur Zusatzleistungen, die nicht bereits gesetzlich an anderer Stelle oder in anderen Verträgen geregelt sind. Im Übrigen gelten die Regelungen der hausärztlichen vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V, des Bundesmantelvertrages-Ärzte sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Ziele dieses Vertrages sollen insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:
- a) individuelle Begleitung der teilnehmenden Versicherten durch den gesamten Versorgungsprozess
 - b) bedarfsgerechte Einleitung von fachärztlichen Behandlungen
 - c) Erkennen von psychosozialen Konfliktfeldern und Einleitung von Psychotherapie
 - d) bedarfsgerechte Einweisung bei notwendigem Krankenhausaufenthalt und Sicherstellung eines Überleitungsmanagements
 - e) Fallmanagement der ambulanten oder stationären Pflege
- (2) Unbeschadet der Erfüllung des Quorums gem. § 73b Abs. 4 S.1 SGB V ist die Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag freiwillig. Der Hausarzt kann seine Teilnahme auch nach Vertragsabschluss durch gesonderte Erklärung gegenüber der KV Hamburg beantragen und verpflichtet sich durch diese Erklärung zu einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen hausärztlichen Versorgung des teilnehmenden Versicherten nach Maßgabe dieses Vertrages, dessen Regelungen er durch seine Beitrittserklärung als verbindlich anerkennt. Er/sie wird sich zur Einhaltung besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Anlage 12) sowie Wirtschaftlichkeitsanforderungen (Anlage 13) verpflichten.
- (3) Bestandteile dieses Vertrages sind:
- Anlage 1 Leitlinien für die hausärztliche Versorgung
 - Anlage 2 Teilnahmeantrag Hausarzt und Nachweis über besondere Anforderungen

Anlage 3	Hausarztverzeichnis
Anlage 4	Einverständniserklärung der/des Versicherten
Anlage 5	(nicht belegt)
Anlage 6	Kooperationsvereinbarungen (zur Zeit nicht belegt)
Anlage 7	Qualitätsmanagement-Systeme gemäß § 7
Anlage 7a	Ärztlicher Kurzbericht - Hausarzt - Krankenhaus/Reha-Einrichtung - Hausarzt
Anlage 7b	Ärztlicher Kurzbericht - Hausarzt - Facharzt
Anlage 7c	Überleitungsbogen Hausarzt - Krankenhaus - Hausarzt - Krankenkasse
Anlage 8	Vergütungsvereinbarung
Anlage 9	Wirtschaftlichkeitsziele (nicht belegt)
Anlage 10	Modulverträge (nicht belegt)
Anlage 11	Evaluationskonzept
Anlage 12	besondere Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen [noch zu vereinbaren]
Anlage 13	besondere Wirtschaftlichkeitsanforderungen [noch zu vereinbaren]
Anlage 14	Verfahren zur Übermittlung von Informationen und Auskünften an die AOK [noch zu vereinbaren]
Anlage 15	Zweitmeinungsverfahren vor Krankenhauseinweisungen [noch zu vereinbaren]

§ 2 [Geltungsbereich]

Dieser Vertrag wird flächendeckend für den KV-Bezirk Hamburg vereinbart und gilt für:

- a) die Versicherten der AOK, die nach Anlage 4 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben
- b) die teilnehmenden Hausärzte gem. § 6 mit Sitz im Gebiet der KV Hamburg, nachfolgend Hausärzte genannt.

B) Teilnahme der Versicherten

§ 3 [Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte]

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK.
- (2) Eine gleichzeitige Teilnahme eines Versicherten an mehreren Verträgen oder Vereinbarungen zur hausarztzentrierten Versorgung ist nicht möglich.
- (3) Die Teilnahme der Versicherten an diesem Hausarztvertrag ist freiwillig. Voraussetzung für die Teilnahme von Versicherten ist deren Einverständniserklärung (Anlage 4). Die Einschreibung erfolgt durch die AOK oder durch den Hausarzt nach Abs. 4.
- (4) Die Einschreibung der Versicherten erfolgt durch diese bzw. deren gesetzliche Vertreter
 - a) bis zum vollendeten 15. Lebensjahr bevorzugt bei einem Kinder- und Jugendarzt oder Hausarzt nach § 7 Abs. 2c
 - b) im Übrigen beim betreuenden Hausarzt

Zur Beratung über die Vorteile und Pflichten des Versicherten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung erhält der teilnehmende Hausarzt von der AOK Flyer zur Mitgabe an den Versicherten.

- (5) Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit dem Tag der Einschreibung bei der AOK oder beim Hausarzt. Der Versicherte erhält eine mit dem Arztstempel versehene Kopie der Erklärung für seine Unterlagen.
- (6) Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden. Wichtige Gründe sind insbesondere:
 - Umzug der/des Versicherten
 - Beendigung der Teilnahme des Hausarztes
 - Jugendliche für den Fall des Wechsels vom Kinder- und Jugendarzt zum Hausarzt oder
 - gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zum gewählten Hausarzt
- (7) Der Wechsel ist der AOK schriftlich mitzuteilen und eine erneute Einverständniserklärung für den neu gewählten Hausarzt ist auszufüllen. Die AOK informiert die betroffenen Hausärzte sowie die KV Hamburg über den Wechsel. Mit dem Zugang der Mitteilung beim Hausarzt erlischt die Vergütungsberechtigung im Rahmen dieses Vertrages für den bisher betreuenden Hausarzt.

§ 4 [Pflichten der teilnehmenden Versicherten]

- (1) Die Versicherten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für das unmittelbare Aufsuchen von
 - a) Augenärzten
 - b) Gynäkologen
 - c) Kinderärztensowie für die
 - d) Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen
- (2) Die Versicherten verpflichten sich, eine notwendige Krankenhausbehandlung - von Notfällen abgesehen - nur auf Einweisung des betreuenden Hausarztes oder des auf Überweisung in den Behandlungsprozess einbezogenen Facharztes in Anspruch zu nehmen.
- (3) Bei Notfällen oder urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Hausarztes nehmen die Versicherten - soweit zumutbar - einen Hausarzt in Anspruch, der ebenfalls an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt.
- (4) Mit ihrer Teilnahme (Anlage 4) erklären die Versicherten, dass sie von der Erinnerungsmitteilung, insbesondere zu Terminen der gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen, Gebrauch machen möchten.

§ 5 [Beendigung der Teilnahme]

- (1) Die Versicherten können ihre Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber der AOK kündigen und scheiden zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der AOK aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Die AOK informiert den Hausarzt über das Ausscheiden.
- (2) Die Teilnahme endet mit dem Wechsel zu einer nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs.
- (3) Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.
- (4) Die AOK kann die Teilnahme beenden, wenn die Versicherten mehrfach gegen § 4 Abs. 1 verstoßen. Die Beendigung der Teilnahme ist den Versicherten und dem Hausarzt schriftlich durch die AOK mitzuteilen.

C) Teilnahme der Hausärzte

§ 6 [Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte]

- (1) Die Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind niedergelassene Ärzte und/oder Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V die
 - a) als Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a SGB V mit Praxissitz im Einzugsgebiet der KV Hamburg tätig sind und
 - b) die in diesem Vertrag genannten Anforderungen erfüllen.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist nur eine gemeinsame Teilnahme aller hausärztlich tätigen Vertragsärzte möglich. Hausärzte, die der Erfüllung ihrer Fortbildungsverpflichtung innerhalb des Fünfjahreszeitraums gemäß § 95 d SGB V nicht rechtzeitig und umfassend nachkommen und/oder den erforderlichen Nachweis darüber nicht rechtzeitig führen, sind von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen.

- (3) Eine gleichzeitige Teilnahme eines Arztes an weiteren Verträgen oder Vereinbarungen der AOK zur hausarztzentrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung der AOK möglich.
- (4) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist bei der KV Hamburg schriftlich auf der Teilnahmeerklärung zu beantragen (Anlage 2).
- (5) Beim Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Hamburg eine schriftliche Teilnahmegenehmigung, in welcher auch der Beginn der Vertragsteilnahme festgelegt ist. Die Teilnahme beginnt ab dem Tag, an dem die Teilnahmeerklärung (Anlage 2) unterschrieben wurde, frühestens mit Beginn des Vertrages. § 21 gilt.

§ 7 [Persönliche Qualitätsanforderungen der Hausärzte]

- (1) Der Hausarzt verpflichtet sich zur regelmäßigen Teilnahme an von der Ärztekammer oder KV Hamburg anerkannten Fortbildungen (Fortbildungsveranstaltungen nach § 95d SGB V) und/oder von der KV Hamburg akkreditierten Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr.
- (2) Die Veranstaltungen nach Abs. 1 sollen sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren wie z.B.:

(2a) für Allgemeinmediziner und Hausarztinternisten: patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie, DMP und insbesondere rationelle Arz-

neimitteltherapie

(2b) für Kinder- und Jugendärzte: Prävention, Diagnostik und Therapie von Entwicklungs- und Sprachstörungen, Impfungen, Allergien, Asthma, Neurodermitis, Sozialpädiatrie einschließlich ADHS, Adipositas

(2c) Hausärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung im Fach Kinder- und Jugendmedizin dürfen Patienten unter 15 Jahren einschreiben, wenn sie einen pädiatrischen Behandlungsschwerpunkt nachweisen. Dies ist insbesondere der Fall bei regelmäßiger Durchführung von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien (mindestens 30 pro Quartal in den letzten 4 Abrechnungsquartalen) sowie bei Nachweis der Durchführung aller zugehörigen Impfungen lt. STIKO in den Quartalen sowie einer Fortbildung nach (2b)

- (3) Die Teilnahme nach Abs. 1 ist gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen. Im Rahmen anderer Verträge nachgewiesene Teilnahmen an Qualitätszirkeln werden von der KV Hamburg von Amts wegen berücksichtigt. Soweit der Nachweis für diese Fortbildungen nicht schon aufgrund anderer Umstände, z.B. durch Abgleich mit der Fortbildungsakademie der Ärztekammer der KV Hamburg, bekannt ist, werden die teilnehmenden Hausärzte von der KV Hamburg aufgefordert, diese vorzulegen.
- (4) Der Hausarzt führt ein praxisinternes Qualitätsmanagement ein, welches auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnitten, indikatorengestützt und wissenschaftlich anerkannt ist und das den Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 135a SGB V entspricht. Innerhalb eines Zeitraumes von längstens zwei Jahren sind die Maßnahmen von den Hausärzten zur Etablierung eines einrichtungswinteren Qualitätsmanagements gegenüber der KV Hamburg im Rahmen der jeweils gültigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungswinteres Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement- Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329, in Kraft getreten am 1. Januar 2006, nachvollziehbar zu dokumentieren und auf Anforderung nachzuweisen.
- (5) In der Versichertenversorgung sind die medizinischen Standards zu berücksichtigen:
 - a) Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung - Strukturierung von Behandlungsabläufen
 - b) Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis
 - c) Umsetzung der Maßnahmen zur Zielerreichung, systematische Überprüfung und erforderliche Anpassung der Maßnahmen

§ 8 [Qualitätsanforderungen in der Praxisausstattung]

- (1) Die Teilnahme des Hausarztes setzt voraus, dass die Praxis folgende Qualitätsanforderungen erfüllt, die genutzt werden:
 1. Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxissoftwaresystem), das beispielsweise auch die elektronische Führung von Patientenakten, Speicherung von Befunddaten und die Terminerinnerung (Einbestellsystem, Recallsystem) - insbesondere für Termine zu den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfterminen - ermöglicht
 2. eine apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG), Sonographie und Lungenfunktionstest - die letzten beiden ggf. in Kooperation mit anderen Praxen), bei Kinder- und Jugendärzten eine Ausstattung zur Durchführung von altersgemäßen Hör- und Sehtesten statt eines EKGs
- (2) Die teilnehmenden Hausärzte sind berechtigt, die in diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke - mit Ausnahme der Einverständniserklärung der Versicherten (Anlage 4) - in ihre Praxissoftwaresysteme zu implementieren und anzupassen. Hierzu haben sie sich an den Vorgaben der in den Anlagen dieses Vertrages befindlichen Vordrucke inhaltlich auszurichten.

§ 9 [Koordinationsaufgaben und Leistungen der Hausärzte]

- (1) Der teilnehmende Hausarzt erklärt sich bereit:
 - a) die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen vorzunehmen. Dabei soll der Behandlungsablauf, insbesondere bei Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer und Versorgungsebenen einschließlich der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Fehlmedikation, koordiniert werden
 - b) die Verordnung weiterer Leistungen (insbesondere Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege) ggf. unter Einbeziehung der AOK zu koordinieren
 - c) die Patientendaten zu sammeln und die Dokumentation durchzuführen, insbesondere die Zusammenführung, Prüfung sowie Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aller beteiligten Leistungserbringer und Versorgungsebene
 - d) die zur Durchführung der Aufgaben der AOK erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte an die AOK zeitnah zu übermitteln. Näheres regelt die Anlage 14.

- e) die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen zu prüfen und durch Aufklärung und Motivation der Versicherten auf eine Inanspruchnahme hinzuwirken sowie auf eine Terminüberwachung sowie Überprüfung des Impfstatus zu achten. Hierbei sind Präventionsangebote der AOK zu berücksichtigen. Über die Angebote ist in geeigneter Weise durch die AOK zu informieren. Einzelheiten ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 8
 - f) auf Rehabilitationsbedarf zu achten und ggf. erforderliche weitere Schritte einzuleiten
 - g) nicht ärztliche Hilfen und flankierende Dienste in die Behandlungsmaßnahmen zu integrieren
 - h) an den vom Bundesversicherungsamt akkreditierten Disease-Management-Programmen der AOK aktiv teilzunehmen. Rechte und Pflichten (Dokumentation, Vergütung u.a.) ergeben sich insoweit aus diesen Verträgen. Von einer aktiven Teilnahme ist auszugehen, wenn der Hausarzt die Versicherten, die die Voraussetzungen zur Teilnahme an Disease-Management-Programmen erfüllen, über den Sinn und Nutzen von infrage kommenden Programmen informiert, diese - soweit sie einverstanden sind - einschreibt, zur dauerhaften Teilnahme motiviert und fristgerecht plausible und vollständige Dokumentationen einreicht
- (2) Die Versicherten sind durch den Hausarzt aktiv in die Behandlung einzubinden. Der Hausarzt gibt hierbei Hilfestellung für ein eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Verhalten unter Berücksichtigung der Maßnahmen nach Abs. 1 d).
- (3) Der Hausarzt nimmt eine umfassende und versichertenorientierte Aufklärung über die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen inkl. der Arzneimittelversorgung vor.
- (4) Der Hausarzt überweist an Fachärzte unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung der dem Hausarzt möglichen und notwendigen hausärztlichen Abklärungen.
- (5) Es gilt der Grundsatz „ambulante vor stationärer Behandlung“, insbesondere im Hinblick auf ambulant durchführbare Operationen und ambulante Rehabilitation. Stationäre Krankenhausbehandlungen sollen durch zeitgerechte Konsultation von niedergelassenen Fachärzten vermieden werden. Insbesondere bei Vorliegen einer Erkrankung gemäß Anlage 15 bei einem teilnehmenden Versicherten ist zur Prüfung und Entscheidung der Frage, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, vorab ein ambulant tätiger und entsprechend qualifizierter Facharzt einzuschalten. Weitere Einzelheiten zur Ausgestaltung dieser Regelungen sind ebenfalls in Anlage 15 festgelegt. Bei der Entscheidungsfindung ist - falls möglich - der Patient aktiv einzubeziehen und die Zumutbarkeit für den Patienten zu berücksichtigen.

- (6) Der Hausarzt nimmt erforderliche Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung gezielt unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen bzw. der Bedürfnisse der Versicherten vor. Bei erforderlichen Operationen prüft der Hausarzt unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen, ob ambulante Operationen möglich sind, um diese ggf. zu empfehlen.
- (7) Der Hausarzt erklärt sich bereit - soweit sinnvoll -, teilnehmende Versicherte während eines Krankenhausaufenthaltes in der Region zu besuchen und den Behandlungsverlauf - insbesondere die Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung - mit den Krankenhausärzten unter Mitwirkung der Versicherten zu besprechen. Um besonders bei Berufstätigen eine frühzeitige Wiedereingliederung in das Berufsleben zu fördern, erklärt sich der Hausarzt bereit, die Umsetzung erforderlicher Maßnahmen, z.B. Rehabilitationsmaßnahmen, Heilmittel- sowie Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt sicherzustellen sowie den Überleitungsbogen gemäß der Anlage 7c innerhalb der dort dargestellten Fristen auszufüllen. Insbesondere soll eine Abstimmung über die weiteren notwendigen Behandlungen einschließlich der Arzneimitteltherapie erfolgen. Alternativ kann das Überleitungsmanagement auch telefonisch erfolgen.
- (8) Der Hausarzt unterstützt Angehörige oder Ehrenamtliche, die ohne Unterstützung eines professionellen Pflegedienstes häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V, z.B. Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Medikamentengabe, Medizinische Einreibungen, Inhalation sowie An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/ -strumpfhosen, bei den Versicherten durchführen. Er führt in diesen Fällen eine fachliche Anleitung und Unterstützung sowie eine Überprüfung durch.
- (9) Bei langfristigen Verordnungszeiträumen der häuslichen Krankenpflege von mehr als drei Monaten, welche durch einen Pflegedienst sichergestellt wird, führt der Hausarzt bedarfsgerechte Konsultationen (Fallbesprechungen) mit dem Pflegedienst durch.
- (10) Bei der Verordnung von Heilmitteln sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Heilmittelrichtlinien) zu beachten und zudem die weitere Notwendigkeit insbesondere bei Langzeitverordnungen zu überprüfen.
- (11) Angestrebt wird eine Verzahnung der hausarztzentrierten Versorgung mit den von der AOK angebotenen Verträgen, z.B. zur Integrierten Versorgung oder anderer besonderer Versorgungsformen und mit anderen Maßnahmen/Projekten der AOK, durch die die medizinische Versorgung ihrer Versicherten optimiert wird (§ 17). Die Hausärzte steuern - soweit möglich und medizinisch sinnvoll - in diese Angebote und berücksichtigen diese bei der Behandlungsplanung.

§ 10 [Beziehungen zu weiteren Leistungserbringern]

- (1) Der Hausarzt bezieht die weiter- oder mitbehandelnden Leistungserbringer leitliniengemäß in die Behandlung ein.
- (2) Der Hausarzt verpflichtet sich zu einem Austausch erforderlicher Befunde in der Regel innerhalb von drei Werktagen mit den an der Behandlung der Versicherten beteiligten Leistungserbringern. Die Vertragspartner unterstützen diesen Prozess, indem sie eine generelle Berichtspflicht in Verträgen einfordern.
- (3) Bei einer Überweisung zur interdisziplinären Behandlung zur Fachärztin/zum Facharzt oder einer Einweisung in stationäre Behandlung oder zur Rehabilitation erstellt der Hausarzt den ärztlichen Kurzbericht gemäß Anlage 7a und 7b und übergibt diesen sowie alle für die Diagnostik und Therapie notwendigen Vorbefunde an die Versicherten, soweit diese Befunde nicht bereits vom Hausarzt an den Mit- bzw. Weiterbehandler übergeben wurden.
- (4) Der Hausarzt soll bei Nichtvorliegen die Behandlungsdaten, Befunde und Berichte von den zur Weiter- oder Mitbehandlung einbezogenen Leistungserbringern anfordern. Die Vertragspartner fördern diesen Prozess, indem sie eine generelle Berichtspflicht in Verträgen einfordern.
- (5) Erlangt der Hausarzt Kenntnis davon, dass im Rahmen der Weiter- oder Mitbehandlung die Terminvergabe bei den einbezogenen Leistungserbringern zu langen Wartezeiten führt oder werden Behandlungsdaten, Befunde oder Berichte nicht oder nicht rechtzeitig an den Hausarzt übermittelt, soll er entsprechend auf die betroffenen Leistungserbringer mit dem Ziel einer positiven Zusammenarbeit einwirken. Die Vertragspartner fördern diesen Prozess, indem sie eine generelle Berichtspflicht in Verträgen einfordern.
- (6) Wechseln die Versicherten den betreuenden Hausarzt, erhält der neu gewählte Hausarzt vom bisher betreuenden Hausarzt die den Versicherten betreffenden relevanten Unterlagen in Kopie.

§ 11 [Allgemeine Aufgaben und Pflichten der Hausärzte]

- (1) Der Hausarzt informiert beitragsberechtigte Versicherte der AOK auf Wunsch über die Inhalte und die Ziele des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung unter Berücksichtigung von § 3 Abs. 3 und schreibt diese ein. Der Hausarzt verpflichtet sich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten quartalsweise nach der Einschreibung an die KV Hamburg zur Übermittlung an die AOK weiterzuleiten.

- (2) Die nach diesem Vertrag geforderten Unterlagen und Dokumentationen leitet der Hausarzt innerhalb der bestimmten Fristen und in den genannten Formaten der entsprechenden Stelle zu. § 8 Abs. 2 gilt.
- (3) Soweit notwendige Arztbefragungen im Rahmen des Evaluationskonzeptes gemäß Anlage 11 beschlossen werden, nimmt der Hausarzt daran teil.

§ 12 [Besondere Leistungen und Pflichten der Hausärzte]

- (1) Der Hausarzt stellt zeitlich sicher, dass er in ausreichendem Umfang für die Betreuung der Versicherten persönlich zur Verfügung steht, ohne hierdurch eine 24-Stunden-Erreichbarkeit gewährleisten zu müssen. Hierzu zählen insbesondere folgende Maßnahmen:
 3. Sprechstunden an mindestens fünf Tagen in der Woche, wobei diese nicht überwiegend nur in die Vormittags- oder Nachmittagsstunden fallen, sondern gleichmäßig angeboten werden
 4. Sicherstellung der besonderen Betreuung durch Terminvereinbarung auch vor 08:00 Uhr und nach 18:00 Uhr für die an der Vereinbarung teilnehmenden Versicherten, soweit erforderlich
 5. Angebot einer Terminabendsprechstunde für berufstätige teilnehmende Versicherte an einem Wochentag pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr oder alternativ einer Samstagsterminsprechstunde pro Woche für teilnehmende Versicherte, die berufstätig sind.
 6. Bei aus Patientensicht dringlichen Situationen erfolgt möglichst eine zeitnahe Behandlung in der nächstfolgenden Sprechstunde
 7. Für Patienten mit bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf ist der Hausarzt auch zu Zeiten des örtlich geltenden Notdienstes - soweit notwendig - telefonisch erreichbar und führt Dringlichkeitsbesuche durch
 8. Die Sicherstellung der persönlichen/telefonischen Erreichbarkeit des Praxisteam außerhalb der Sprechstunde erfolgt entweder
 - eigenverantwortlich durch die Praxen selbst oder
 - über die hierfür geltenden Vorschriften über den Bereitschaftsdienst in den Bezirken (insbesondere in der Mittagszeit) oder Notfalldienstzeiten.
- (2) Zur Förderung der Akzeptanz der hausarztzentrierten Versorgung bietet der Hausarzt den Versicherten zusätzliche Serviceleistungen an:
 1. Bei vorab vereinbarten Terminen ist die Wartezeit auf grundsätzlich 30 Minuten zu

- begrenzen, Notfälle sind bevorzugt zu behandeln
2. Terminvereinbarung in der Praxis bei Überweisung, z.B. zum Facharzt oder Einweisung ins Krankenhaus, soweit notwendig und gewünscht
 3. Erinnerung der teilnehmenden Versicherten, insbesondere an Termine der gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen und Impfungen

§ 13 [Vergütungen]

- (1) Die vertragsärztlichen Leistungen für teilnehmende Versicherte der AOK werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen mit der KV Hamburg vergütet, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Die zusätzlichen extrabudgetären Vergütungen sowie die notwendigen Abrechnungsziffern ergeben sich aus der Anlage 8.

§ 14 [Beendigung der Teilnahme der Hausärzte]

- (1) Die Teilnahme eines Hausarztes an diesem Vertrag endet
 - a) durch schriftliche Kündigung des Hausarztes gemäß Abs. 2 oder
 - b) durch Widerruf der Teilnahmegenehmigung seitens der KV Hamburg gemäß Abs. 3
- (2) Der Hausarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Hamburg kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals. Im Falle der Beendigung der Teilnahme hat der Hausarzt die bei ihm eingeschriebenen Versicherten unverzüglich in neutraler Form zu informieren. Die AOK kann die Versicherten über die weitere Möglichkeit der Teilnahme bei einem anderen Hausarzt informieren.
- (3) Bei erheblichen Vertragsverstößen eines Hausarztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen, aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann, können Maßnahmen nach Abs. 5 erfolgen.
- (4) Ein sonstiger wichtiger Grund ist insbesondere die fortgesetzte Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele, die im Rahmen der zwischen der KV Hamburg und den Krankenkassen geschlossenen „Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen“ vertraglich festgelegt wurden bzw. die fortgesetzte Nichteinhaltung

der in Kapitel D und Anlage 9 dieses Vertrages erläuterten Wirtschaftlichkeitsziele. Von einer fortgesetzten Nichteinhaltung ist bei deutlichem Abweichen von den Quoten der übrigen Teilnehmer auszugehen.

- (5) Die KV Hamburg kann bei Nichteinhaltung der Vertragspflichten, unabhängig von Maßnahmen der sachlichen und rechnerischen Berichtigung, je nach Schwere des Verstoßes folgende Maßnahmen im Namen aller Vertragspartner ergreifen:
 1. Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten
 2. Versagen der Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Vertrag
 3. Widerruf der Teilnahmegenehmigung
- (6) Eine erneute Teilnahme des Hausarztes ist mit schriftlicher Zustimmung der AOK möglich.

D) Qualitätssicherung

§ 15 [Leitlinien]

- (1) Der Hausarzt führt die Behandlung nach den für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien durch.
- (2) Die Leitlinien müssen sich auf die jeweils höchste Evidenz stützen, welche die Kriterien der ÄZQ oder vergleichbarer maßgeblicher Stellen erfüllen.
- (3) Die Vertragspartner beschließen über die verbindliche Einführung mindestens einer Leitlinie pro Jahr, welche der Hausarzt verpflichtend implementiert (Anlage 1). Die grundlegende Aktualisierung von Leitlinien gilt als Neuumsetzung.

E) Wirtschaftlichkeit

§ 16 [Wirtschaftlichkeitsziele]

Die Vertragspartner treffen Vereinbarungen zu den Zielen sowie Näheres zu den Instrumenten und der Umsetzung dieser Ziele in der Anlage 9. Die damit erzielten Einsparungen sollen eine dauerhafte Finanzierungsgrundlage für die hausarztzentrierte Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung unterstützen.

Arzneimittelversorgung

- (1) Die Hausärzte nehmen eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung vor, die sich an den medizinisch- wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamen Bundesausschuss orientiert. Mit der Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag verpflichtet sich der Hausarzt zur Einhaltung einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie im Rahmen der indikationsbezogenen Zielvereinbarungen (Anlage 3 zu den Arznei- und Heilmittelvereinbarungen in der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung).
- (2) Zur Ausschöpfung dieser Wirtschaftlichkeitspotenziale stellt der teilnehmende Hausarzt sicher, dass
 - die in der jeweiligen Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen zwischen der KV Hamburg und den Hamburger Krankenkassen/Verbänden der Krankenkassen für Hausärzte festgelegten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele erreicht werden
 - bei der Verordnung von Generika nach Möglichkeit Generika aus dem unteren Preissegment des jeweiligen Wirkstoffmarktes genutzt werden und dabei von der AOK geschlossene Rabattverträge mit Generika-Anbietern berücksichtigt werden
 - die Versicherten über die wirtschaftliche Nutzung von Arzneimitteln, insbesondere der rabattierten Arzneimittel aufgeklärt werden

Sonstige Leistungen

- (1) Der Hausarzt beachtet bei der Verordnung von Krankentransporten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten.

Dabei beachtet der verordnende Hausarzt, dass er für Patienten, die nicht gehfähig sind, nicht zwingend einen Krankentransportwagen verordnen muss. Wenn während der Fahrt eine medizinisch-fachliche Betreuung nicht notwendig ist, kann er einen Mietwagen mit Krankenliege/Tragestuhl verordnen, der über keine medizinisch- technische Ausstattung und kein medizinisch geschultes Begleitpersonal verfügt. In diesen Fällen kreuzt er auf dem Vordruck "Verordnung einer Krankenbeförderung" die Kombination "Taxi/Mietwagen", "liegend" oder "Tragestuhl" und "Medizinisch- fachliche Betreuung notwendig": "nein" an.

- (2) Der Hausarzt beachtet bei der Verordnung von Hilfsmitteln die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln sowie das Hilfsmittelverzeichnis. Um eine hochwertige, zweckmäßige und zugleich wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, sind insbesondere folgende Hinweise zu beachten:
- Auf der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen und insbesondere die Diagnose und das Datum der Verordnung anzugeben.
 - Bei der Verordnung sollen grundsätzlich keine spezifischen Einzelprodukte (z.B. Elastische Mittelfußbandage mit Pelotte eines bestimmten Herstellers) verordnet werden, sondern es muss so genau wie möglich die Produktart (z.B. 05.01.01 .0) benannt werden. Die AOK Rheinland/Hamburg stellt entsprechende Verordnungshilfen zur Verfügung.
 - Um eine wirtschaftliche Versorgung mit Bandagen sicherzustellen, ist zwingend nur die 7-stellige Hilfsmittel-Nummer auf dem vorgesehenen Muster 16 (Feld Nr. 7) anzugeben. In diesen Fällen trägt der Fachhandel die Verantwortung für die Auswahl und Abgabe des wirtschaftlich günstigsten Hilfsmittels.
- Dem Hausarzt werden dazu regelmäßig und aktuell praktische Hinweise zur Verordnung von der AOK zur Verfügung gestellt.
- (3) Der Hausarzt wirkt auf eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Heilmittelversorgung hin, die sich an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamen Bundesausschuss orientiert.

§ 17 [Ergänzende Verträge (Modulverträge) und sonstige Maßnahmen/Projekte]

- (1) Um weitere Versorgungsfelder zu erschließen, beabsichtigen die Vertragspartner den Abschluss weiterer Vereinbarungen. Dabei werden sie Regelungen für eine sektorübergreifende und ggf. fachübergreifende Versorgung der Versicherten finden. Schnittstellen, Behandlungspfade sowie Versorgungsaufträge, insbesondere zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen sowie der stationären Versorgung der Versicherten in Verbindung mit speziellen Diagnosen, Krankheitsbildern bzw. speziellen Behandlungspfaden werden beschrieben, ggf. definiert und zum Nutzen aller an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte und Versicherten ausgebaut.
- (2) Es ist sicherzustellen, dass sich aus den Regelungen dieses Vertrages und Modulverträgen keine Doppelvergütung für gleichartige Leistungen ergibt. Im Zweifel ist der Betrag des Modulvertrages maßgebend.
- (3) Diese Modulverträge werden fortlaufend in der Anlage 10 aufgeführt.
- (4) Dieser Vertrag kann auch Grundlage für Maßnahmen/Projekte der AOK, die nicht auf

Verträgen/Vereinbarungen beruhen und mit denen die medizinische Versorgung ihrer Versicherten optimiert wird, sein. Werden im Rahmen dieser Maßnahmen/Projekte Vergütungen an teilnehmende Hausärzte gezahlt, gilt Abs. 2 entsprechend.

§ 18 [Evaluation]

- (1) Die Vertragspartner richten eine Arbeitsgruppe Evaluation ein. Die Arbeitsgruppe besteht auf der einen Seite aus zwei Vertretern der AOK sowie auf der anderen Seite aus zwei Vertretern der KV Hamburg. Zu kinderärztlichen Fragestellungen nimmt an Stelle eines KV-Vertreters ein Vertreter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte teil. Die Projektgruppe tagt mindestens einmal jährlich. Empfehlungen werden einstimmig getroffen
- (2) Die Aufgaben umfassen neben der Beobachtung der Entwicklung des Vertrages die Erarbeitung und Unterbreitung von Verbesserungsvorschlägen und die Vereinbarung, Umsetzung und Auswertung eines Evaluationskonzeptes mit Wirtschaftlichkeitsanalysen anhand von Controllingdaten, Arzt- und Versichertenbefragungen. Die Auswertung erfolgt erstmals nach Vorliegen der Ergebnisse von 4 Abrechnungsquartalen (Anlage 11). Die Umsetzung erfolgt unmittelbar nach Vorliegen von Abrechnungsdaten über den Zeitraum eines Jahres ab Vertragsbeginn. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, beinhaltet die Auswertung sowohl erbrachte als auch die verordneten Leistungen. Über die Ausgestaltung der Evaluation treffen die Vertragspartner eine einvernehmliche Regelung. Um zusätzlichen Dokumentationsaufwand zu vermeiden, wird weitestgehend auf verfügbare Daten zurückgegriffen. Um eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung zu ermöglichen, vereinbaren die Vertragspartner ggf. eine entsprechende Dokumentation. Vorhandene Dokumentationsinstrumente werden möglichst genutzt.

§ 19 [Veröffentlichung]

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich zur inhaltlich abgestimmten Veröffentlichung des Vertrages.
- (2) Die KV Hamburg macht die Teilnahmemöglichkeiten für weitere Hausärzte an dem Vertrag nach Abstimmung mit den Vertragspartnern in ihren Medien entsprechend bekannt.
- (3) Die AOK informiert ihre Versicherten über die ihr zur Verfügung stehenden Medien über die Möglichkeiten der Teilnahme und über die Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten

Versorgung sowie über die teilnehmenden Hausärzte.

§ 20 [Kooperationsvereinbarungen]

- (1) Fachärzte, Krankenhäuser, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken, Heilmittelerbringer, Hilfsmittellieferanten, Krankentransportunternehmen sowie umsatzsteuerpflichtige Leistungserbringer (z.B. Heilmittelerbringer, Taxiunternehmen etc.) können diesem Vertrag nicht beitreten. Diese können jedoch mittels Kooperationsvereinbarungen (Anlage 6) bei Bedarf hinzugezogen werden. Ihre Leistungen sind in besonderen Kooperationsvereinbarungen festzulegen.
- (2) Die Einbindung von Kooperationspartnern ist nur gemeinschaftlich und einstimmig durch die Vertragspartner möglich.
- (3) Der Grundsatz, dass nur Service- und Zusatzleistungen und nicht gesetzliche bzw. in anderen Verträgen geregelte Leistungen Bestandteil dieses Vertrages sein können, gilt für Kooperationsvereinbarungen entsprechend.

§ 21 [Verzeichnis der teilnehmenden Hausärzte]

- (1) Über die teilnehmenden Hausärzte führt die KV Hamburg ein Verzeichnis. Die KV Hamburg stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses der AOK monatlich - bei Bedarf häufiger - in elektronischer Form entsprechend Anlage 3 zur Verfügung.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte erklären ihre Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer des Hausarztes in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage der AOK.
- (3) Die AOK informiert ihre Versicherten in geeigneter Form über die teilnehmenden Hausärzte. Eine Information kann u.a. über das Internet erfolgen.

§ 22 [Rechnungslegung]

Die Rechnungslegung erfolgt durch die Hausärzte für die in der Anlage 8 bestimmten Beträge direkt mit der KV Hamburg parallel zur üblichen Honorarabrechnung des Hausarztes. Die

Zahlung der Beträge nach Anlage 8 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 408 erfasst und separat ausgewiesen. Die KV Hamburg ist berechtigt, den satzungsgemäßen Verwaltungskostenaufwand gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen. Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.

§ 23 [Zuzahlung]

Die Zuzahlung der Versicherten erfolgt entsprechend den gesetzlichen und satzungsrechtlichen Regelungen.

§ 24 [Datenschutz]

Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht zu beachten.

§ 25 [Inkrafttreten, Kündigung]

- (1) Die Änderungen des Vertrages vom 01.06.2008 treten am 01.11.2010 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Kalenderhalbjahr gekündigt werden.
- (3) Die Kündigung dieses Vertrages durch einzelne Vertragspartner ist möglich. In diesem Fall behält der Vertrag für die übrigen Vertragspartner weiterhin seine Gültigkeit, es sei denn, durch die Kündigung des Vertragspartners entfällt die Geschäftsgrundlage dieses Vertrages.
- (4) Der Ordnungsgeber hat zur Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch kranker Versicherter in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) die Einführung

von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) vorgesehen. Soweit diese Vereinbarung die medizinischen Grundlagen eines Behandlungsprogramms tangiert, sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass das Disease-Management-Programm vorrangig ist. Darüber hinaus besteht Einvernehmen, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen dieses Vertrages, die infolge einer RSAV, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgesehenen Stichtagen vorgenommen werden. Kommt eine Einigung über die vorzunehmenden Änderungen nicht zustande, kann der Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.

- (5) Bei Anpassung/Änderung des EBM und/oder des Honorarverteilungsvertrages sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen dieses Vertrages unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgesehenen Stichtagen vorgenommen werden.
- (6) Kommt eine Einigung über die vorzunehmenden Änderungen nicht zustande, kann der Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.
- (7) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Als wichtige Gründe gelten insbesondere Gesetzesänderungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörde gegenüber der AOK.

§ 26 [Salvatorische Klausel]

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinen übrigen Inhalten davon nicht berührt. Die unwirksame oder fehlende Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

Datum

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Walter Plassmann

Stellvertretender Vorsitzender

Datum

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Matthias Mohrmann

Mitglied des Vorstandes

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Leitlinien für die hausärztliche Versorgung
Anlage 2	Teilnahmeantrag Hausarzt und Nachweis über besondere Anforderungen
Anlage 3	Hausarztverzeichnis
Anlage 4	Einverständniserklärung der/des Versicherten
Anlage 5	nicht belegt
Anlage 6	Kooperationsvereinbarung (nicht belegt)
Anlage 7	Qualitätsmanagement-Systeme gemäß § 7
Anlage 7a	Ärztlicher Kurzbericht - Hausarzt - Krankenhaus/Reha-Einrichtung - Hausarzt
Anlage 7b	Ärztlicher Kurzbericht - Hausarzt - Facharzt
Anlage 7c	Überleitungsbogen Hausarzt - Krankenhaus - Hausarzt - Krankenkasse
Anlage 8	Vergütungsvereinbarung
Anlage 9	Wirtschaftlichkeitsziele (nicht belegt)
Anlage 10	Modulverträge (nicht belegt)
Anlage 11	Evaluationskonzept
Anlage 12	besondere Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen [noch zu vereinbaren]
Anlage 13	besondere Wirtschaftlichkeitsanforderungen [noch zu vereinbaren]
Anlage 14	Informationen und Auskünfte an die AOK [noch zu vereinbaren]
Anlage 15	Erkrankungen, bei denen zur Prüfung, ob eine Krankenhauseinweisung erforderlich ist, ein qualifizierter Facharzt einzuschalten ist [noch zu vereinbaren]

**Leitlinien für die hausärztliche Versorgung
zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73 b SGB V**

- Verbindlich vereinbarte Leitlinien -

(1) Die Vertragspartner beschließen einvernehmlich über die verbindliche Einführung mindestens einer Leitlinie pro Jahr, welche die Hausärzte verpflichtend implementieren.

(2) Leitlinien können erstellt werden durch:

- ÄZQ
- DEGAM
- Leitliniengruppe
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft
- Leitlinien für die kinder- und jugendärztliche Praxis sind:
 - die „Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin“ der Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde Jugendmedizin (DGKJ)
 - die „Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin“ der mit der DGKJ kooperierenden Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften

Leitlinien anderer Autoren können durch übereinstimmende Willenserklärung der Vertragspartner zum Einsatz kommen.

Weitere mögliche Leitlinien sind z. B.:

- Hamburger Leitfaden für Arztpraxen: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche
- Die Leitlinie der AG ADHS

Leitlinien anderer Autoren können durch übereinstimmende Willenserklärung der Vertragspartner zum Einsatz kommen.

- (3) Zur Erarbeitung der Einzelheiten setzen die Vertragspartner eine Expertengruppe ein. Die Expertengruppe entscheidet u. a. über die Auswahl der Felder für Leitlinien, über deren Umsetzung und Implementierung.
- (4) Bei der Auswahl der Leitlinien sind chronische Volkskrankheiten sowie Krankheiten, die hohe Ausgaben verursachen, vorrangig zu berücksichtigen. Ebenso sind Wirtschaftlichkeitsaspekte zu beachten.
- (5) Die verbindlich vereinbarten Leitlinien werden in dieser Anlage aufgeführt. Aktuell sind sechs Leitlinien der DEGAM zu den Themen:
- Kreuzschmerzen
 - Müdigkeit
 - Brennen beim Wasserlassen
 - Ältere Sturzpatienten
 - Harninkontinenz
 - Umgang mit pflegenden Angehörigen

Weitere sechzehn Leitlinien zu verschiedenen häufigen Patientenangelegenheiten sind in Vorbereitung:

- Sinusitis
- Husten
- Kopfschmerzen
- Schwindel
- Alkoholprobleme
- Halsschmerzen
- Schilddrüse
- Kardiovaskuläre Prävention
- Sterbebegleitung
- Ohrenschmerzen
- Schlaganfall
- Varikosis
- Cholesterin
- Nachlassen geistiger Leistungsfähigkeit
- Geriatrisches Assessment
- Diabetes mellitus
- Herzinsuffizienz

Aktuell sind sieben Leitlinien der Leitliniengruppe Hessen zur Therapie von

- Asthma/COPD
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hypertonie
- stabiler Angina pectoris
- chronischer Herzinsuffizienz
- Hyperlipidämie
- Magen-Darm-Beschwerden
- asymptomatischer KHK

verfügbar. Eine weitere Leitlinie zur "Therapie von Schmerzen" befindet sich in der Entwicklung.

Protokollnotiz:

Als erste Leitlinie könnte die DEGAM-Leitlinie für pflegende Angehörige vereinbart werden. Hintergrund ist die Verbesserung der Pflegesituation für pflegende Angehörige bei Häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V. Die Leitlinie bezieht sich allerdings auf die Pflege von pflegebedürftigen Versicherten im Sinne des SGB XI. Daher ist zunächst zu prüfen, ob diese inhaltlich überhaupt in Betracht kommen kann.

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen gemäß des Vertrages
über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V**

**Bitte Erklärung je Teilnehmer ausfüllen!
Rücksendung auch per Fax möglich: 040 22802-420**

Titel	Vorname	Name	
Straße/Nr.		PLZ/Ort	LANR

**Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung.
Ich nehme an folgenden Disease-Management-Programmen teil:**

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> | COPD | <input type="checkbox"/> |
| Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> | Brustkrebs | <input type="checkbox"/> |

- Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung samt Anlagen bekannt:
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist;
 - dass mit schriftlicher Genehmigung der KV Hamburg der Beginn meiner Vertragsteilnahme auf das Unterschriftsdatum festgelegt wird;
 - dass ich im Falle der Beendigung meiner Teilnahme die KV Hamburg und die bei mir eingeschriebenen Patienten/Patientinnen in neutraler Form informiere;
 - dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann;
 - welche vertraglichen Aufgaben ich als Hausarzt zu erfüllen habe;
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte;
 - dass die Vertragspartner die Entwicklung eines Evaluationskonzeptes mit Wirtschaftlichkeitsanalysen anhand von Controllingdaten und Patientenzufriedenheitsanalysen vereinbaren;
- Ich erkläre, dass ich die KV Hamburg unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
- Ich werde darüber hinaus
 - die Teilnahmeerklärungen von Patienten/Patientinnen quartalsweise nach Einschreibung an die KV Hamburg zur Übermittlung an die AOK weiterleiten;
 - regelmäßig an von der KV Hamburg und/oder der Ärztekammer anerkannten Qualitätszirkeln und/oder Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen und dies der KV

Hamburg ggf. nachweisen;

- die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bei der Datenverarbeitung personenbezogener Daten beachten.
- 4. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen einverstanden sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten.
- 5. Ich beauftrage die KV Hamburg mit der Durchführung des o. g. Vertrages.

Hiermit bestätige ich, dass ich gemäß den Regelungen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung folgende Mindestausstattung in meiner Praxis bzw. ggf. in Kooperation vorhalte:

1. Blutzuckermessgerät:

in der Praxis vorhanden

2. EKG (bei Kinder- und Jugendärzten an Stelle EKG Vorhalten eines altersgerechten Hör- und Sehtestes):

in der Praxis vorhanden

3. Akutlabor:

in der Praxis vorhanden

4. Sonographie:

in der Praxis vorhanden oder

wird in Kooperation erbracht mit: _____

5. Lungenfunktionstest:

in der Praxis vorhanden oder

wird in Kooperation erbracht mit: _____

6. Arzt-Informationssystem:

Meine Praxis verfügt bereits über ein Arzt-Informationssystem, das insbesondere die elektronische Führung der Patientenakten und die Speicherung der Befunddaten sicherstellt sowie ein Einbestellsystem (Termine zu Früherkennungsmaßnahmen und Impftermine) unterstützt:

ja

nein

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.		
Ort/Datum	Unterschrift	Stempel Arzt / Gemeinschaftspraxis

Hausarztverzeichnis

Struktur des Verzeichnisses der teilnehmenden Hausärzte/Kinder- und Jugendärzte

Nr.	LANR	Betriebsstättennummer (BNR)	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort	Telefon	Fax*	E-Mail*	Teilnahme ab	Teilnahme bis

* Angabe fakultativ

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



Einverständniserklärung der/des Versicherten

zur Teilnahme an der
Hausarztzentrierten Versorgung
durch den Hausarzt und der Krankenkasse
des Versicherten

- Ersteinschreibung
 Arztwechsel

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

Ja, ich möchte an der Hausärztlichen Versorgung durch meinen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt und meiner Krankenkasse teilnehmen. Folgende Informationen sind mir bekannt:

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung	Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen
<ul style="list-style-type: none"> Die Auswahl eines Hausarztes ist Voraussetzung für die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung. Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Eine Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen erfolgt nur auf Überweisung meines Hausarztes. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen keiner Überweisung. Eine Krankenhausbehandlung sollte – abgesehen von Notfällen – durch die Einweisung meines Hausarztes oder des auf Überweisung konsultierten Facharztes erfolgen. Mein betreuender Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte der Hausarztzentrierten Versorgung informiert. Meine Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Ich kann meine Teilnahme frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen. Der Austritt erfolgt zum Ende des Quartals nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse. Meine Teilnahme endet automatisch mit dem Wechsel zu einer nicht an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Krankenkasse, beim Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen und dem Ende der Mitgliedschaft bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse. Im Falle eines Umzugs oder einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt besteht die Möglichkeit des Wechsels. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Einverständniserklärung wird zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen von meinem betreuenden Hausarzt an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg versandt. Ich erhalte eine Durchschrift der Einverständniserklärung, ein weiteres Exemplar verbleibt bei meinem Hausarzt. Meine Daten und Informationen über die Art und Ergebnisse der Behandlung werden im erforderlichen Umfang nur von den an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Vertragspartnern eingesehen und gespeichert. Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der Hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Sämtliche Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden keinem Unbefugten zugänglich gemacht. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht. Die Hausarztzentrierte Versorgung kann wissenschaftlich begleitet und mit der wissenschaftlichen Auswertung kann ein geeignetes Forschungsinstitut beauftragt werden.

Ja, ich habe die Informationen zur Teilnahme- und Datenschutzerklärung zur Hausarztzentrierten Versorgung zur Kenntnis genommen und wünsche eine Behandlung auf Grund des mir vorgestellten Versorgungskonzeptes.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen Versorgungskonzeptes im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden.

Widerrufsbelehrung

Ich kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse.

Unterschrift des Versicherten/des gesetzlichen Vertreters

Qualitätsmanagement-Systeme gemäß § 7

zum Vertrag über eine hausarztzentrierte Versorgung mit der KV Hamburg, Gemeinschaft Hausärztlicher Berufsverbände (GHB) und der AOK Rheinland/Hamburg

Anerkannte Qualitätsmanagement-Systeme gemäß § 7

Als Qualitätsmanagement-Systeme im Sinne des § 7 gelten insbesondere:

- QEP (Zertifizierung durch Arbeitsgemeinschaft der QEP-Zertifizierer)
- EPA (Zertifizierung durch Stiftung Praxistest)
- EFQM (European Federation of Quality Management)

Weitere Qualitätsmanagement-Systeme und/oder Zertifizierungsstellen können durch gemeinsame Willenserklärung der Vertragspartner eingesetzt werden. Diese müssen auf die Anforderungen entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 a SGB V aufbauen. Dazu gehören:

- Elemente aus dem Bereich Patientenversorgung mit Ausrichtung an medizinischen Standards und Leitlinien
- Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung
- Strukturierung von Behandlungsabläufen
- Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis
- Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis		Datum		

Zur Weiterbehandlung durch:

Ärztlicher Kurzbericht
- Hausarzt - Krankenhaus/Reha-Einrichtung - Hausarzt -

Name der Einrichtung: _____
 Behandelnder Arzt: _____
 Station: _____
 Krankenhausaufenthalt vom: _____ bis: _____
 Aufnahmegrund: _____

Diagnosen mit ICD-10:

Medikation Aufnahme

Medikation Entlassung nach Abgleich mit Aufnahmemedikation

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Änderung Ja / Nein	Medikamenten Veränderungen erfolgt	Morgens Aufnahme	Mittags	Abends	Nachts

Befunde

- EKG
 Röntgen
 Labor
 Sono
 Echo
 Doppler
 CT
 NMR
 Endoskopie
 OP

Empfehlung zur Weiterbehandlung:

 Datum Stempel / Name / Unterschrift der Ärztin / des Arztes

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt- Nr.	VK gültig bis		Datum			

Zur Weiterbehandlung empfohlene Fachrichtung

Ärztlicher Kurzbericht
- Hausarzt - Facharzt -

Behandelnde Hausärztin/Behandelnder Hausarzt: _____

Diagnosen mit ICD- 10 :

Bisherige Medikation

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Änderung Ja / Nein

Befunde

EKG
 Röntgen
 Labor
 Sono
 Echo
 Doppler
 CT
 NMR
 Endoskopie
 OP

Empfehlung zur Weiterbehandlung:

_____ Datum _____ Stempel / Name / Unterschrift der Hausärztin / des Hausarztes

Überleitungsbogen

Name und Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Anschrift	Versichertennummer
Beginn der Arbeitsunfähigkeit:	Stationär vom bis

*Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Besuch des Patienten, **spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Krankenhausentlassung** an die zuständige Krankenkasse*

FAX-Nummer:	
AOK Rheinland/Hamburg: 0211 8791-1387	Klinik:
	Institutionskennzeichen:

1. Stationäre Behandlung

Einweisungs- und Entlassungsdiagnose (ICD 10):

Operationen:

Medikation:

Ist eine weitere stationäre Behandlung/Operation geplant?

2. Welche Therapien und diagnostischen Maßnahmen sind nach der stationären Behandlung vorgesehen?

Heilmittel während stationärer Behandlung:

Beginn der Maßnahme am:

Ende der Maßnahme am:

Heilmittel nach stationärer Behandlung:

Beginn der Maßnahme am:

Hilfsmittel nach stationärer Behandlung:

Tag der Verordnung am:

Rehabilitationsmaßnahme nach stationärer Behandlung:

Sonstiges:

3. Arbeitsunfähigkeit

Besteht nach der stationären Behandlung Arbeitsunfähigkeit?

ja

nein

Wenn ja, voraussichtlich bis:

Besteht die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung?

ja

nein

Wenn nein, voraussichtlich ab:

Ist eine medizinische/berufliche Rehabilitation angezeigt?

ja

nein

Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

Ist ein Rentenverfahren angezeigt?

ja

nein

ja

nein

Für folgende Tätigkeit besteht ein Restleistungsvermögen von **mehr als drei Stunden** pro Tag:

Für folgende Tätigkeit besteht ein Restleistungsvermögen von **mehr als sechs Stunden** pro Tag:

4. Wurde weitere fachärztliche Behandlung veranlasst?

5. Sonstiges/Bemerkungen

Datum: _____ Unterschrift des Arztes _____ Stempel _____

Hiermit versichere ich, dass die erforderlichen Maßnahmen von mir veranlasst bzw. eingeleitet wurden.

**Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 73 b SGB V vom 01.06.2008
i.d.F. des 6. Nachtrages vom 01.01.2015**

- 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 Gebührenord-

nungspositionen 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 vollstationären Krankenhausbehandlung (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 die vollstationäre Krankenhausbehandlung sicherstellt, einen Interaktionscheck der Entlassmedikation vornimmt und den vollständig ausgefüllten Überleitungsbogen gemäß der Anlage 7c zu diesem Vertrag unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Krankenhauserkrankung 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 03360 EBM, erhält die Hausärztin/der Hausarzt je durchgeführter Leistung einen Pauschalzuschlag auf die Gebührenordnungsposition 03360 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 Patien-

tin/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

Leistung	Betrag	Symbolnummer
Betreuung bei einfacher Behandlungspflege - Erstverordnung	75,00 EUR	93311
Betreuung bei einfacher Behandlungspflege - Folgequartal	35,00 EUR	93312
Hausärztlich geriatrisches Basisassessment (GOP 03360 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
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.

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:
- a. Die AOK Rheinland/Hamburg berücksichtigt für den Arzneimittelcheck in den HzV-Vertrag eingeschriebene Versicherte der Altersgruppe ≥ 65 Jahre, die über vier Quartale Arzneimittel mit mindestens 5 verschiedenen ATC-Codes à je mindestens 183 DDD erhalten haben. Dabei berücksichtigt sie auch die von den Pharmakologen der Universität Witten/Herdecke erstellte "Priscus-Liste". Außerdem werden ca. zehn ausgewählte mittelschwere Wechselwirkungen analysiert, die eine hohe Relevanz in der leitliniengerechten Therapie chronischer Erkrankungen haben. Es werden die aktuellsten der AOK Rheinland/Hamburg zur Verfügung stehenden Arzneiverordnungen über einen Zeitraum von insgesamt 4 aufeinander folgenden Quartalen ausgewertet. Für die so ausgewählten Patienten stellt die AOK Rheinland/Hamburg dem teilnehmenden Hausarzt/der teilnehmenden Hausärztin auf dem Postweg eine patientenbezogene allgemeine Auswertung über vier Quartale für den eingeschriebenen Patienten zur Verfügung ; die Auswertung beinhaltet auch die Arzneimittelverordnungen anderer Ärzte. Ein Bezug zu weiteren verordnenden Ärzten ist aus dieser Übersicht jedoch nicht herstellbar. Diesem Schreiben ist eine Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten (Anlage a) beigelegt.
 - b. Die Hausärztin / der Hausarzt informiert die Patientin / den Patienten ausführlich über die rechtlichen und inhaltlichen Hintergründe des Arzneimittelchecks. Sofern die Patientin / der Patient teilnehmen möchte, wird die von der Patientin / dem Patienten unterschriebene Einverständniserklärung (Anlage a) durch die Hausärztin / den Hausarzt zurück an die AOK Rheinland/Hamburg gefaxt.
 - c. Nach Erhalt der Einverständniserklärung erfolgt die Übersendung aller Verordnungsdaten (Detailübersicht) des Versicherten der aktuellsten zur Verfügung stehenden 4 Quartale durch die AOK Rheinland/Hamburg auf dem

Postweg an den Hausarzt / die Hausärztin. Diesen Gesamtverordnungsanalysen ist auch der Bezug zu weiteren möglichen verordnenden Ärzten zu entnehmen. Hierzu übermittelt die KV Hamburg der AOK Rheinland/Hamburg quartalsweise eine Liste gem. § 59 BMV-Ä. Zusätzlich ist dem Schreiben ein OTC-Dokumentationsbogen (Anlage b) zur Erfassung von Arzneimitteln der Selbstmedikation sowie ein Interventions-Dokumentationsbogen (Anlage c) beigelegt.

- d. Der Hausarzt/die Hausärztin erfragt beim eingeschriebenen Patienten die Selbstmedikation und dokumentiert die Angaben in Anlage b.
- e. Der Hausarzt/die Hausärztin bespricht die Verordnungen konsiliarisch mit allen verordnenden Ärzten.
- f. 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. Zur Dokumentation verwendet der Hausarzt/die Hausärztin die Anlage c, auch für den Fall dass keine Intervention erforderlich oder möglich war.
- g. Der Hausarzt/die Hausärztin bespricht den neuen – sofern vorhanden - Medikationsplan mit dem Patienten.
- h. Der Hausarzt/die Hausärztin verabredet mit dem Patienten – sofern erforderlich - einen Umstellungsplan und koordiniert und überwacht die Umstellung.
- i. Nach Durchführung des Arzneimittelchecks werden beide Dokumentationsbögen (Anlage b und Anlage c) vollständig ausgefüllt als Abrechnungsbelege quartalsweise bei der KV Hamburg mit den Abrechnungsunterlagen eingereicht. Die KV Hamburg leitet die Anlage b und Anlage c quartalsweise an die AOK Rheinland/Hamburg weiter.

(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 Arzneimittel
 - 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.

Rückfax

AOK Rheinland/Hamburg
Kasernenstr.61
40001 Düsseldorf
Telefon 0211/ 8791-1253
Telefax 0211/ 8791-1456
Christina.Pehe@RH.AOK.de

Per Fax an die AOK Rheinland/Hamburg 0211 / 8791-1456

Patient(in): **Erika Mustermann**

Versicherten-Nr. **123456789**

Ärztin/Arzt: **Dr. Susanne Muster**

BSNR: **121212** LANR: **1020304**

Einverständniserklärung (Patientin/Patient) zum Arzneimittelcheck

Mein Hausarzt/meine Hausärztin hat mich auf die Möglichkeit der Durchführung eines Arzneimittelchecks im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung aufmerksam gemacht.

Hierüber wurde ich von ihm/ihr ausführlich und umfassend informiert.

Ich möchte dieses Angebot wahrnehmen und stimme hiermit zu, dass:

- Meinem Hausarzt die dafür notwendigen Arzneimittelanalysen – alle Arzneiverordnungen aus vier aufeinanderfolgenden Quartalen mit Bezug auf die verschreibenden Ärzte - von meiner Krankenkasse für die Durchführung eines Arzneimittelchecks zur Verfügung gestellt werden.
- Die Verordnungsanalysen auch die meiner Krankenkasse vorliegenden Diagnosedaten der letzten zwei Jahre - rückwirkend ab Erstellungsdatum der Analyse - enthalten werden. Dabei handelt es sich auch um Diagnosedaten, die von anderen behandelnden Ärzten gestellt wurden.
- Meine Daten und erforderlichen Informationen zu Art und Umfang meiner medikamentösen Behandlung – sofern für eine Koordination u./o. Umstellung meines Medikamentenplans notwendig – den beteiligten Ärzten von meinem Hausarzt zur Verfügung gestellt werden.
- Die Ergebnisse des Arzneimittelchecks einschließlich der Informationen zu den Arzneimitteln aus der Selbstmedikation (OTC-Präparate) an meine Krankenkasse zu Analysen im Bereich der Verbesserung und Qualitätssicherung in der Arzneimittelversorgung weitergeleitet werden.
- Daten und Informationen im erforderlichen Umfang von den beteiligten Vertragspartnern eingesehen und gespeichert werden dürfen.

Unterschrift Versicherter

Datum

Stempel der Arztpraxis

OTC-Dokumentation (Selbstmedikation)

OTC = over the counter: nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der Selbstmedikation, z.B. Kopfschmerztabletten

Patient(in): **Erika****Mustermann**Versicherten-Nr.: **123456789**

I. Erfassung der OTC-Medikation

Name des Originalpräparates	Grund der Einnahme	Einnahmehäufigkeit	Vom Patienten eingenommene Tagesdosis [mg]	PZN (falls bekannt)
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges::		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges::		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges::		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges::		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

II. Ergebnis des Beratungsgespräches

- OTC-Medikation ist unkritisch, Anpassung nicht erforderlich
 OTC-Medikation wurde nach Beratungsgespräch angepasst

Erfolgte ggf. eine Abstimmung der OTC-Medikation mit weiteren ärztlichen KollegInnen?

- Ja
 Nein

Kommentar: _____

Weiterleitung an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (Quartalsabrechnung)

Datum:

Unterschrift

Arzt

Arztstempel und Unterschrift

Interventions-Dokumentation

Patient(in): **Erika Mustermann**Versicherten-Nr. **123456789**

Nachdem Sie unter Berücksichtigung der Ihnen zugrunde liegenden Informationen über die Patientin/den Patienten eine Bewertung des Gesamtmedikation vornehmen konnten, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen:

- **Eine Intervention in Bezug auf die Arzneimitteltherapie war notwendig:**

 Ja Nein

Sofern der erste Punkt mit „Ja“ beantwortet wurde, bitten wir Sie, auch die folgenden Fragen zu beantworten:

Eine oder mehrere der folgenden Interventionen sind erfolgt:

- Umstellung des Medikationsplans:
 - Umstellung/Anpassung der Dosierungen
 - Reduzierung der Wirkstoffe
 - Umstellung der Wirkstoffe
 - Information an weitere ärztliche KollegInnen
 - Sonstiges: _____

- Einbindung ärztlicher KollegInnen bei:
 - Umstellung/Anpassung der Dosierungen
 - Umstellung/Reduzierung der Wirkstoffe
 - Sonstiges: _____

- Keine Notwendigkeit für Einbindung weiterer ärztlicher KollegInnen

- Die Patientin / der Patient wurde ausführlich über Art und Notwendigkeit von Änderungen seines Medikationsplans hinsichtlich der AMTS informiert und beraten.

Kommentar: _____

Abrechnung:

- GPos 93317
- GPos 93318 (Einbindung weiterer Ärzte u. mind. 240 Minuten)

Weiterleitung an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (Quartalsabrechnung)

Arztstempel und Unterschrift

Datum:

Unterschrift:

Arzt

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

- Evaluationskonzept -

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren bis zum 31.10.2011 das Evaluationskonzept. Bereits von den Krankenkassen aufgebaute Strukturen und Evaluationskonzepte sind zu berücksichtigen und einzubinden. Die Nutzung von Qualitätsindikatoren, z. B. die AQUA-Indikatoren, welche vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, erarbeitet wurden, ist zu prüfen.
- (2) Im Rahmen der Evaluation können Arztbefragungen vereinbart werden. Diese befassen sich vor allem mit der Interaktion zwischen den verschiedenen Leistungsebenen (Fachärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen u. a.), der Compliance der Patienten und der Umsetzung der Qualitätssicherung im Sinne dieses Vertrages. Die Hausärzte nehmen an den Arztbefragungen verpflichtend teil.
- (3) Um entsprechende Zielanalysen vornehmen zu können, erfolgt die Evaluation sowohl auf Ebene aller Leistungserbringer als auch auf Ebene der einzelnen Hausärztin/des einzelnen Hausarztes. Die Ergebnisse der einzelnen Hausärztinnen / Hausärzte sind anderen Leistungserbringern nicht zugänglich zu machen.