

**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 Patientenanliegen 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.		KV-Nr.

**Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung.**

**Ich nehme an folgenden Disease-Management-Programmen teil:**

<b>Diabetes mellitus Typ I (zukünftig)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Asthma</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes mellitus Typ II</b>	<input type="checkbox"/>	<b>COPD</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Koronare Herzkrankheit</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Brustkrebs</b>	<input type="checkbox"/>

1. 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;
2. Ich erkläre, dass ich die KV Hamburg unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfülle.
3. Ich werde darüber hinaus
  - die Teilnahmeerklärungen von Patienten/Patientinnen innerhalb einer Woche an die teilnehmenden Krankenkassen 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	Betriebsstät- tennummer (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



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

## 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"> <li>Die Auswahl eines Hausarztes ist Voraussetzung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung.</li> <li>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.</li> <li>Mein betreuender Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte der hausarztzentrierten Versorgung informiert.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Im Falle eines Umzugs oder einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt besteht die Möglichkeit des Wechsels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden.</li> <li>Sämtliche Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden keinem Unbefugten zugänglich gemacht.</li> <li>Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht.</li> <li>Die hausarztzentrierte Versorgung kann wissenschaftlich begleitet und mit der wissenschaftlichen Auswertung kann ein geeignetes Forschungsinstitut beauftragt werden.</li> </ul>

**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.

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*

<b>FAX-Nummer:</b>	
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 1. Nachtrages vom 01.11.2010**

**- Vergütungsvereinbarung Hausärzte -**

<b>§ 1</b>	<b>Leistungsbeschreibung und Vergütung</b>	<b>2</b>
<b>§ 2</b>	<b>Inkrafttreten, Kündigung</b>	<b>8</b>
<b>§ 3</b>	<b>Rechnungslegung</b>	<b>8</b>
<b>§ 4</b>	<b>Verjährung</b>	<b>9</b>

## § 1

### Leistungsbeschreibung und Vergütung

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

(15) Zusammenfassung der abrechnungsfähigen Vergütungen und Symbolnummern:

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

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

## § 2

### Inkrafttreten, Kündigung

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

## § 3

### Rechnungslegung

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

## **§ 4 Verjährung**

- (1) Die Verjährung bezüglich der Abrechnung nach dieser Vereinbarung richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 69 SGB V, § 61 SGB X). Fehler in der Abrechnung dieses Vertrages können von der AOK innerhalb eines Jahres nach Erhalt der Unterlagen berichtigt werden. Unberührt hiervon bleibt der aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen herrührende Anspruch auf Schadenersatz aus unerlaubter Handlung. Die Berichtigung der Honorarabrechnung teilt die AOK der KV Hamburg mit.
  
- (2) Werden sachlich-rechnerische Fehler erst im Laufe eines Prüfungs- oder Beschwerdeverfahrens oder in einem Verfahren zur Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen bzw. in einem anschließenden Sozialgerichtsverfahren festgestellt, so gilt die Antragsfrist in jedem Fall als gewahrt.

**Hamburg, den 09.11.2010**

## Arzneimittelcheck

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(5) Themenschwerpunkte des Arzneimittelchecks sind vor allem:

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

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

**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.