VERTRAG

zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V

VKZ: 140A1600000

zwischen der

KNAPPSCHAFT

Knappschaftstraße 1, 44799 Bochum

und der

der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung

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

Stand: 01.01.2026

- in der Fassung des 9. Nachtrags -

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt 1 – Versorgungsziele und Vertragsgegenstand

§ 1 Ziel des Vertrages

§ 2 Gegenstand des Versorgungsvertrages

Abschnitt 2 – Versorgungsauftrag

§ 3 Inhalt des Versorgungsauftrages

§ 4 Aufgaben des teilnehmenden Hausarztes im Rahmen des Versorgungsauftrages

§ 5 Arzneimittelmanagement

§ 6 Wartezeiten- und Überweisungsmanagement

§ 7 Kooperationsregeln

Abschnitt 3 – Teilnahme von Versicherten

§ 8 Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

§ 9 Teilnahmeverfahren

§ 10 Rechte und Pflichten des teilnehmenden Versicherten

Abschnitt 4 – Teilnahme von Hausärzten

§ 11 Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte

§ 12 Teilnahmeverfahren

§ 13 Rechte und Pflichten des teilnehmenden Hausarztes

Abschnitt 5 – Qualitätssicherung und -management

§ 14 Qualitätsanforderungen für die teilnehmenden Hausärzte

Abschnitt 6 – Patientenorientierung

§ 15 Patientenorientierung

Abschnitt 7 – Programmsteuerung

§ 16 Aufgaben der AG Vertragskoordinierung

§ 17 Vertragsausschuss

§ 18 Datenschutz und technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Abschnitt 8 – Vergütung und Abrechnung

§ 19 Vergütung

§ 20 Abrechnung

Abschnitt 9 – Abschließende Bestimmungen

§ 21 Beteiligung weiterer Krankenkassen

§ 22 Anpassungsklausel

§ 23 Laufzeit und Kündigung

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

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Teilnahmeerklärung Hausarzt

Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherter

Anlage 3 Vergütung

Anlage 4 Medikationscheck
- Anhang a Musterinformationsschreiben / Einwilligungserklärung des Versicherten
- Anhang b Technische Anlage Medikationscheck

Anlage 5 Beratungsgespräch Pflegepersonen
- Anhang a Musterinformationsscheiben an den Arzt
- Anhang b HPS – Häusliche Pflege-Skala
- Anhang c Technische Anlage Beratungsgespräch für Pflegepersonen

Anlage 6 Technische Anlage Datenaustausch Arztlisten

Präambel

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

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

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

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

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

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

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

Abschnitt 1 – Versorgungsziele und Vertragsgegenstand

§ 1 Ziel des Vertrages

(1) Ziel dieses Vertrages ist die qualitätsgesicherte und wirtschaftliche hausarztzentrierte Versorgung für die Versicherten der Knappschaft.

(2) Mit der konsequenten Wahrnehmung der zentralen Koordinations- und Steuerungsaufgabe durch den Hausarzt soll sichergestellt werden, dass die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung weiter optimiert wird. Dies wird insbesondere durch ein effizientes Management des Übergangs zur und zwischen der fachärztlichen Versorgung, der stationären Versorgung und weiterführenden Versorgungsangeboten (Schnittstellenmanagement) erreicht.

(3) Durch die hausarztzentrierte Versorgung soll neben der spürbaren Optimierung der Qualität auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nachhaltig gesteigert werden. Durch eine bessere Koordination und Abstimmung der Versorgung sowie die vorrangige Verordnung von Arzneimitteln, für welche die Knappschaft einen Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat, sollen Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelbereich erschlossen werden. Es soll die Zusammenarbeit zwischen der Knappschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem teilnehmenden Hausarzt verstärkt werden, um dem Hausarzt sein eigenes Verordnungsverhalten transparenter zu machen.

(4) Um ein solches effizientes Schnittstellenmanagement zu gewährleisten, informiert und berät der teilnehmende Hausarzt den teilnehmenden Patienten gezielt und individuell über weiterführende Versorgungsangebote der Knappschaft. Solche weiterführenden Versorgungsangebote sind insbesondere DMPs, besondere Vertragsangebote oder auch besondere Präventionsprogramme.

§ 2 Gegenstand des Versorgungsauftrages

(1) Zur Verbesserung der Koordinations- und Steuerungsfunktion des Hausarztes im Rahmen einer hausarztzentrierten Versorgung werden in diesem Vertrag grundsätzliche Regelungen für die teilnehmenden Hausärzte festgelegt. Grundlage dieses Vertrages sind die Regelungen des § 73b SGB V.

(2) Dieser Vertrag gilt für die KNAPPSCHAFT und die Hausärzte, die nach § 12 bzw. Anlage 1 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben und die Voraussetzungen des § 14 erfüllen (teilnehmende Hausärzte) sowie die Versicherten der KNAPPSCHAFT, die entsprechend der Erklärung gemäß Anlage 2 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt und in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten eingewilligt haben.

(3) Die Knappschaft überträgt der AG Vertragskoordinierung die Ausschreibung der Versorgungsverträge nach § 73b Abs. 4 SGB V. Die AG Vertragskoordinierung und die Kassenärztlichen Vereinigungen schreiben die Aufforderung zur Erklärung der Teilnahme unter Bekanntgabe der objektiven Auswahlkriterien in Form der Teilnahmevoraussetzungen dieses

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

Abschnitt 2 – Versorgungsauftrag

§ 3 Inhalte des Versorgungsauftrages

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

§ 4 Aufgaben des teilnehmenden Hausarztes im Rahmen des Versorgungsauftrages

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

a) Der teilnehmende Hausarzt fördert die Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen. Durch individuelle Beratung und ggf. Veranlassung der angezeigten Maßnahmen soll der vorzeitige Ausbruch von Erkrankungen vermieden bzw. hinausgeschoben werden. Der teilnehmende Hausarzt wirkt deshalb darauf hin, die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen.

b) Ist eine stationäre Behandlung des Patienten geplant, prüft der teilnehmende Hausarzt, ob diese Behandlung auch ambulant durchgeführt werden kann.

c) Der teilnehmende Hausarzt optimiert die Versorgung des teilnehmenden Versicherten durch ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Arznei-, Heil-, und Hilfsmittelverordnungen. Er verpflichtet sich, am Arzneimittelmanagement nach § 5 teilzunehmen.

d) Der teilnehmende Hausarzt besucht den teilnehmenden Versicherten zu Hause oder vermittelt einen Besuch eines anderen Hausarztes, wenn es medizinisch erforderlich ist.

e) Um einen reibungslosen Übergang vom Krankenhaus zur weiteren Behandlung nach der Entlassung zu gewährleisten, sprechen sich der behandelnde Krankenhausarzt und der teilnehmende Hausarzt im Bedarfsfall ab.

f) Der teilnehmende Hausarzt informiert die teilnehmenden Versicherten der Knappschaft über DMPs und besondere einschreibefähige Vertragsangebote gezielt bei erforderlicher Weiterbehandlung. Sofern der teilnehmende Versicherte ein solches Versorgungsangebot annehmen will, kann er sich

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

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

§ 5 Arzneimittelmanagement

(1) Die Vertragspartner vereinbaren die in Absatz 2 beschriebenen Maßnahmen, um die wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Arzneimitteln unter Berücksichtigung der ärztlichen Therapiefreiheit und der Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Unterstützend wird eine Pharmakotherapieberatung bei Beitritt zum Vertrag durch die Kassenärztliche Vereinigung angeboten. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die teilnehmenden Hausärzte an den durch diese Maßnahmen erzielten Einsparungen bei Arzneimittelverordnungen partizipieren sollen. Näheres wird im Rahmen des nach § 17 zu bildenden Vertragsausschusses vereinbart. Weitere Maßnahmen können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

(2) Folgende Maßnahmen des Arzneimittelmanagements sind vorgesehen:

a) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Hausärzte verordnen - sofern keine patientenindividuellen medizinischen Gründe dagegen sprechen - bevorzugt Arzneimittel, für die die Knappschaft Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat. Sie unterstützen hierdurch die Knappschaft bei der Generierung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dabei schließen sie in der Regel „aut idem“ nicht aus.

b) Bei den Arzneimittelgruppen, die auf Bundesebene in die Vereinbarung nach § 84 Abs. 7 SGB V (zu den Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nummer 8 SGB V) für das Jahr 2008 aufgenommen wurden, verordnen die teilnehmenden Ärzte bevorzugt die Leitsubstanz, sofern keine patientenindividuellen medizinischen Gründe dagegensprechen. Die Vertragspartner vereinbaren, Möglichkeiten zur Weiterentwicklung bei den Arzneimittelgruppen/-leitsubstanzen zu erörtern.

c) Neue Arzneimittel, bei denen u. a. die Erfahrungen im Vergleich zu bereits etablierten Therapien gering sind, werden von den teilnehmenden Hausärzten zurückhaltend und unter Berücksichtigung der von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellten Informationen (z.B. Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses, Bewertungen des IQWiG, Wirkstoff Aktuell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) verordnet.

d) Die Knappschaft unterstützt die teilnehmenden Hausärzte bei der Umsetzung der o. g. Maßnahmen, indem sie:

- ihre Versicherten, die an diesem Vertrag teilnehmen, über diese Maßnahmen informiert
- ihre Krankenhäuser verpflichtet, bei der Entlassmedikation diese Maßnahmen umzusetzen

- die Informationen über Rabattvereinbarungen in praxistauglicher Form den teilnehmenden Hausärzten zur Verfügung stellt
- den teilnehmenden Hausärzten geeignete Informationen zur Umsetzung der Maßnahmen zur Verfügung stellt.

(3) Die Knappschaft analysiert kontinuierlich die aus dem gesamten Bundesgebiet zugeleiteten Arzneimittelabrechnungsdaten. Ergeben sich aus diesen Analysen Wirtschaftlichkeitsreserven, werden diese Ärzte von der Knappschaft in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung gezielt informiert und ggf. beraten. Die teilnehmenden Hausärzte wirken in diesen Fällen aktiv daran mit, gemeinsam Wege zur Optimierung des Verordnungsverhaltens zu finden.

(4) Der teilnehmende Hausarzt kann für von der Knappschaft identifizierte eingeschriebene Patienten einen Medikationscheck nach Anlage 4 durchführen. Der teilnehmende Hausarzt kann auch Patienten, auf die die in der Anlage 4 beschriebenen Kriterien zutreffen, mit deren Einwilligung der Knappschaft für einen Medikationscheck vorschlagen.

§ 6 Wartezeiten- und Überweisungsmanagement

(1) Die teilnehmenden Hausärzte halten eine Terminsprechstunde vor (in der Regel eine Wartezeit von max. 30 Minuten). Termine werden entsprechend der Dringlichkeit ihres Versorgungsbedarfs vergeben; auch hier in der Regel kurzfristig, d.h. nach Möglichkeit innerhalb von drei Tagen.

(2) Ist eine fachärztliche oder stationäre Weiterbehandlung notwendig, wird strukturiert eine Überweisung veranlasst. Der teilnehmende Hausarzt vermittelt im Bedarfsfall einen Termin bei einem Facharzt. Die Praxis des Hausarztes informiert die Facharztpraxis bzw. das Krankenhaus zeitnah umfangreich über den Grund der Überweisung, ggf. auch über externe (Vor-) Befunde.

(3) Die teilnehmenden Hausärzte werden bei der Durchführung von geeigneten Maßnahmen zur Umsetzung des Wartezeiten- und Überweisungsmanagement von der Kassenärztlichen Vereinigung unterstützt. Geeignete Maßnahmen sind beispielsweise Checklisten zur Dringlichkeit/Terminvergabe oder zu Befunden.

§ 7 Kooperationsregeln

(1) Die teilnehmenden Hausärzte gewährleisten eine qualitativ hochwertige und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Diese umfasst insbesondere die zeitnahe Information der an der Behandlung beteiligten Fachärzte, Krankenhäuser und sonstiger Einrichtungen sowie anderer Gesundheitsberufe.

(2) Ferner koordinieren die teilnehmenden Hausärzte den Übergang des Patienten in weiterführende Versorgungsangebote der Knappschaft.

Abschnitt 3 – Teilnahme von Versicherten

§ 8 Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

(1) An diesem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung können alle Versicherten der Knappschaft teilnehmen, die nicht in die Gesundheitsnetze Prosper oder proGesund eingeschrieben sind.

(2) Zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wählt der Versicherte einen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarzt als seinen Hausarzt aus und bestätigt dies schriftlich durch die Teilnahmeerklärung (Anlage 2). Der Versicherte ist an diese Wahl für mindestens zwölf Monate gebunden. Nach Ablauf der Mindestbindungszeit ist eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus, wenn:

- der Versicherte die Krankenkasse wechselt,
- seine Mitgliedschaft bei der Knappschaft aus anderen Gründen endet,
- der Versicherte seine Einwilligung in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nach Anlage 2 widerruft.
- der teilnehmende Hausarzt nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt und der teilnehmende Versicherte nicht einen anderen teilnehmenden Hausarzt wählt.

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

§ 9 Teilnahmeverfahren

(1) Die Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die KNAPPSCHAFT, mit dem Tag, an dem die Teilnahmeerklärung sowie die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung nach Anlage 2 vom Versicherten und dem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt abgegeben wurden.

(2) Sowohl die Information über die Rechte und Pflichten des Versicherten als auch über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die Datenweitergabe finden in der Praxis des teilnehmenden Hausarztes statt. Die KNAPPSCHAFT stellt alle notwendigen Informationen zur Unterstützung des Einschreibeverfahrens zur Verfügung. Diese beinhalten die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für Versicherte.

(3) Der teilnehmende Versicherte kann seine Teilnahme gemäß § 73b Abs. 3 Satz 3 SGB V innerhalb von zwei Wochen gegenüber der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der KNAPPSCHAFT erfolgen. Nach Ablauf der Mindestteilnahmedauer von einem Jahr kann der teilnehmende Versicherte seine Teilnahme unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KNAPPSCHAFT kündigen. Die KNAPPSCHAFT informiert den teilnehmenden durch den Versicherten gewählten Hausarzt unverzüglich.

§ 10 Rechte und Pflichten des teilnehmenden Versicherten

(1) Der teilnehmende Versicherte verpflichtet sich, durch die Teilnahmeerklärung für vertragsärztliche Leistungen zuerst den von ihm gewählten teilnehmenden Hausarzt zu konsultieren und fachärztliche Leistungen auf Überweisung dieses Hausarztes in Anspruch zu nehmen.

(2) Von der Verpflichtung in Abs. 1 sind ausgenommen:

- die Behandlung durch Augenärzte und Frauenärzte,
- die Behandlung durch den Kinderarzt bei teilnehmenden Versicherten bis zum vollendetem 18. Lebensjahr,
- bereits bewilligte psychotherapeutische Behandlungen,
- die Behandlung durch Ärzte im Rahmen von DMPs, in die der Versicherte eingeschrieben ist,
- die Behandlung am Urlaubsort des Patienten,
- die Behandlung durch einen anderen Hausarzt im Vertretungsfall,
- die Behandlung im Rahmen von Notdiensten.

(3) Der teilnehmende Versicherte verpflichtet sich, stationäre Behandlungen nur auf Überweisung des von ihm gewählten teilnehmenden Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für Notfälle.

(4) Der teilnehmende Versicherte kann einen anderen Hausarzt aus dem Kreis der teilnehmenden Hausärzte wählen, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Wichtige Gründe sind insbesondere:

a) der Wechsel des Wohnortes oder

b) ein zerrüttetes Arzt-Patientenverhältnis.

(5) Bei wiederholter Nichtbeachtung der Verpflichtungen des Abs. 1 und/oder 3 schließt die Knappschaft den teilnehmenden Versicherten von der weiteren Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung aus. Hierdurch wird die Teilnahme beendet. Der Ausschluss wird dem teilnehmenden Hausarzt innerhalb von vierzehn Tagen durch die Knappschaft gemeldet.

Abschnitt 4 – Teilnahme von Hausärzten

§ 11 Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte

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

§ 12 Teilnahmeverfahren

(1) Die an der Teilnahme an dieser hausarztzentrierten Versorgung interessierten Ärzte weisen das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen und damit der Auswahlkriterien gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach. Die Teilnahme wird gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit Hilfe der Teilnahmeerklärung in Anlage 1 begründet und durch die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt.

(2) Die Teilnahme des Hausarztes beginnt mit der Bestätigung der Teilnahme durch die Kassenärztliche Vereinigung und endet spätestens mit dem Ende der Laufzeit dieses Vertrages.

§ 13 Rechte und Pflichten des teilnehmenden Hausarztes

(1) Der teilnehmende Hausarzt verpflichtet sich, die Regelungen dieses Vertrages zu beachten.

(2) Der teilnehmende Hausarzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag unter Beachtung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres kündigen.

(3) Die Teilnahmeberechtigung kann durch die Vertragspartner beim Entfallen der Teilnahmevoraussetzungen oder der wiederholten Nichtbeachtung der Regelungen dieses Vertrages nach Abmahnung durch die Vertragspartner dem teilnehmenden Hausarzt entzogen werden.

(4) Der teilnehmende Hausarzt informiert den Versicherten über die hausarztzentrierte Versorgung der Knappschaft. Die Knappschaft unterrichtet ihre Versicherten ebenfalls über das Angebot der hausarztzentrierten Versorgung.

(5) Bei der Einschreibung leitet der teilnehmende Hausarzt die von ihm und vom Versicherten unterschriebene Teilnahmeerklärung des Versicherten an die KNAPPSCHAFT weiter.

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

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

(8) Soweit nicht besondere Regelungen in diesem Vertrag getroffen worden sind, gelten für die hausarztzentrierte Versorgung nach diesem Vertrag im Übrigen die Regelungen der hausärztlichen vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des SGB V, des Bundesmantelvertrages-Ärzte sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Abschnitt 5 – Qualitätssicherung und -management

§ 14 Qualitätsanforderungen für die teilnehmenden Hausärzte

(1) Zur Sicherung der Qualität der hausarztzentrierten Versorgung nehmen die teilnehmenden Hausärzte an Fortbildungen gem. § 95d Abs. 3 SGB V jährlich teil, bei denen mindestens eines der folgenden Themen Inhalt ist:

- patientenzentrierte Gesprächsführung
- psychosomatische Grundversorgung
- Palliativmedizin
- allgemeine Schmerztherapie
- Geriatrie

(2) Der teilnehmende Hausarzt nimmt jährlich an Fortbildungen zur Arzneimitteltherapie teil, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Landesärztekammern anerkannt sind. Die Inhalte umfassen insbesondere die Themen Polypharmazie und indikationsspezifische bzw. arzneimittelspezifische Besonderheiten neuer Therapien. Diese Fortbildungen können auch in Form eines Qualitätszirkels erfolgen. Die Knappschaft stellt bei Bedarf erforderliche Verordnungsdaten zur Verfügung.

(3) Die teilnehmenden Hausärzte behandeln die teilnehmenden Versicherten nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien.

(4) Die teilnehmenden Hausärzte führen ein einrichtungsinternes, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenes, indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement ein.

(5) Die teilnehmenden Hausärzte beteiligen sich an den von der Knappschaft angebotenen DMPs zur Versorgung von Patienten mit entsprechenden chronischen Krankheiten.

(6) Die Praxen der teilnehmenden Hausärzte verfügen über eine zertifizierte Praxissoftware.

(7) Die teilnehmenden Hausärzte halten sich an die in diesem Vertrag vereinbarten Grundsätze des Arzneimittelmanagements.

Abschnitt 6 – Patientenorientierung

§ 15 Patientenorientierung

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

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

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

Abschnitt 7 – Programmsteuerung

§ 16 Aufgaben der AG Vertragskoordinierung

(1) Die vertragschließende AG nimmt die Aufgaben wahr, die ihre Mitglieder sind. Die Knappschaft überträgt ihre Verpflichtung zur Sicherstellung einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung auf den Vertragspartner.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren die teilnehmenden Hausärzte über diesen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung und bieten gleichzeitig eine Pharmakotherapieberatung nach § 5 Abs. 1 an. Zusätzlich weisen sie auf weiterführende Versorgungsangebote der Knappschaft wie DMPs und besondere Vertragsangebote sowie auf das Arzneimittelmanagement hin.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die Ausschreibung nach § 73b Abs. 4 SGB V unter Bekanntmachung von objektiven Ausschreibungskriterien, die von den Vertragspartnern gemeinsam festgelegt wurden, durch.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken darauf hin, dass Hausärzte, die an dem Vertrag teilnehmen wollen, die erforderlichen Qualifikationen erwerben und aufrechterhalten können. Sie können zu diesem Zweck geeignete Fortbildungsmaßnahmen anbieten. Sie überprüfen, ob die teilnehmenden Hausärzte die Fortbildungsverpflichtungen eingehalten haben. Einmal jährlich erstatten die Kassenärztlichen Vereinigungen der Knappschaft Bericht über die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung der teilnehmenden Hausärzte.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte stichprobenartig.

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die Teilnahmeerklärungen für Hausärzte (Anlage 1) zur Verfügung. Die Teilnahmeerklärungen für die Versicherten sowie die datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärungen (Anlage 2) werden von der KNAPPSCHAFT an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergegeben, die diese dann den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung stellen.

(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bestätigen dem Hausarzt seine Teilnahme.

(8) Die KVen pflegen jeweils routinemäßig ein Teilnehmerverzeichnis für die teilnehmenden Hausärzte. Der KNAPPSCHAFT wird von jeder KV quartalsweise ein aktuelles Teilnehmerverzeichnis der an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte in elektronischer Form zur Verfügung gestellt (Anlage 6).

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

(10) Darüber hinaus übernehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen nach diesem Vertrag zugewiesenen Aufgaben.

§ 17 Vertragsausschuss

(1) Zum Zwecke der gemeinsamen Weiterentwicklung der hausarztzentrierten Versorgung bilden die Vertragspartner dieses Vertrages einen paritätisch besetzten Vertragsausschuss.

(2) Zu den Aufgaben des Vertragsausschusses gehören insbesondere:

- die Weiterentwicklung des Arzneimittelmanagements inklusive der Entwicklung eines Messkonzepts (Anlage 4)
- der Ausbau der bestehenden Vertragsmodule,
- die Konzipierung weiterer Vertragsmodule,
- die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit bezüglich dieses Versorgungsangebotes für die Versicherten der Knappschaft und
- die Durchführung der Vertragsbegleitung.

(3) Sofern der Vertragsausschuss Behandlungsleitlinien für diesen Versorgungsauftrag empfiehlt, sind diese zu beachten.

§ 18 Datenschutz und technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

(1) Die Vertragsbeteiligten verpflichten sich, in den verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten die zum Datenschutz geltenden Vorschriften, insbesondere der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften (SGB) für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Daten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

(2) Der Arzt erklärt die Zustimmung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1. Die Zustimmung der Versicherten zur Datenverarbeitung ist vom Hausarzt unter Verwendung der Teilnahmeerklärung der Versicherten nach Anlage 2 einzuholen. Zur Information erhält die Versicherte die Patienteninformation mit Hinweisen zum Datenschutz.

(3) Die Vertragspartner versichern jeweils untereinander sowie gegenüber den Versorgungspartnern, die notwendigen technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine rechtskonforme Verarbeitung der anvertrauten Patientendaten zu erfüllen.

(4) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung wird in der jeweils gültigen Technischen Anlage (Anlage 6) geregelt.

(5) Bei einer Lieferung von Produktionsdaten ist von der Korrektheit der gelieferten Daten auszugehen, wenn die Vorgaben der Vereinbarung und der jeweils gültigen Technischen Anlage erfüllt sind. In der Technischen Anlage ist spezifiziert, wann eine Datenlieferung als fehlerhaft anzusehen ist. Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind umgehend nach bestätigtem Eingang der Daten zu reklamieren. Erfolgt bis zum Ablauf der in Anlage 6 genannten Frist keine detaillierte Reklamation seitens der in der Technischen Anlage als Datenannahmestelle aufgeführten annehmenden Institution, erlischt die Verpflichtung der datenliefernden Stelle auf Nachlieferung.

(6) Wenn die Voraussetzungen der Reklamation gemäß Absatz 5 ordnungsgemäß erfüllt sind, ist die datenliefernde Stelle verpflichtet, innerhalb der in Anlage 6 genannten Frist korrigierte Daten an die reklamierende Stelle zu übermitteln.

Abschnitt 8 – Vergütung und Abrechnung

§ 19 Vergütung

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

§ 20 Abrechnung

(1) Die Leistungen der teilnehmenden Hausärzte nach diesem Vertrag werden gemäß Anlage 3 vergütet und abgerechnet.

(2) Die Finanzierung der Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt durch die KNAPPSCHAFT außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung über die KVen. Die KVen sind berechtigt, den Verwaltungskostensatz der jeweiligen KV in Abzug zu bringen.

(3) Im Falle eines Widerrufs der Teilnahme, Kündigung durch den Versicherten oder einem Ausschluss des Versicherten aus diesem Vertrag hat der teilnehmende Hausarzt bis zur Wirksamkeit des Widerrufs, der Kündigung bzw. des Ausschlusses, längstens bis zu der Bekanntgabe, einen Vergütungsanspruch für Leistungen nach diesem Vertrag.

(4) Durch die KNAPPSCHAFT findet keine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung statt.

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

Abschnitt 9 – Abschließende Bestimmungen

§ 21 Beteiligung weiterer Krankenkassen

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

§ 22 Anpassungsklausel

(1) Sofern durch Änderungen in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Überschneidungen zwischen den medizinischen Inhalten des DMPs und der hausarztzentrierten Versorgung entstehen, ist das DMP vorrangig und die hausarztzentrierte Versorgung entsprechend von den Vertragspartnern so zu modifizieren, dass Kompatibilität gewährleistet ist.

(2) Stellt eine Vertragspartei darüber hinaus unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.

(3) Es besteht die Möglichkeit, mit einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen ergänzende Maßnahmen zu vereinbaren, die über den Regelungsinhalt dieses Vertrags hinausgehen. Die Vertragspartner können vereinbaren, diese Regelungen zum Bestandteil des Vertrages zu machen.

§ 23 Laufzeit und Kündigung

(1) Der Vertrag einschließlich aller Anlagen, die Bestandteil des Vertrages sind tritt mit Wirkung zum 01.10.2008 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Quartalsende gekündigt werden.

(3) Der Vertrag kann aus einem wichtigen Grund vor Ablauf gekündigt werden. Einen wichtigen Grund zur Kündigung stellt insbesondere eine grundlose Verweigerung der Nichtanpassung des Vertrages gemäß § 22 dieses Vertrages dar. Ebenso stellen während der Laufzeit des Vertrages wirksam werdende Änderungen der gesetzlichen Rechtsgrundlagen der hausarztzentrierten Versorgung, welche auf die Bedingungen dieses Vertrages einwirken, einen wichtigen Grund dar.

(4) Die Knappschaft und die AG Vertragskoordinierung vereinbaren ein Sonderkündigungsrecht für diejenigen Regionen, in denen das Schiedsverfahren nach § 73b Abs. 4a SGB V abgeschlossen ist.

(5) Die Knappschaft kann in Ausübung des Sonderkündigungsrechtes die Kündigung des Vertrages nach § 73b SGB V mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende erklären. Die Kündigung wird wirksam nach Ablauf des folgenden Quartals. Die Kündigung hat für jede Region zu erfolgen, für die

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

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

Bochum, den

_____

KNAPPSCHAFT
Timo Mundt
Leitender Regierungsdirektor

Berlin, den

_____

Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Anlage 1 Muster-Teilnahmeerklärung Arzt

Kassenärztliche Vereinigung …
...

Muster-Teilnahmeerklärung

für den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage des § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordinierung

Antragsteller

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____

Telefon/Fax _____

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

Mir ist insbesondere bekannt, dass
- meine Teilnahme freiwillig ist,
- meine Teilnahme mit der schriftlichen Bestätigung dieser Teilnahmeerklärung durch die Kassenärztliche Vereinigung oder AG Vertragskoordinierung beginnt,
- ich die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der AG Vertragskoordinierung erklären kann,
- ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere der Verpflichtungen nach § 4 und nach § 13 von der Teilnahme am o. g. Vertrag ausgeschlossen werden kann,
- ich die Teilnahmekriterien nach § 14 des o. g. Vertrages während der gesamten Programmteilnahme erfüllen muss,
- ich zum Erhalt der Teilnahmeberechtigung jedes Jahr die notwendigen Fortbildungen nach § 14 Abs. 1 des o. g. Vertrages schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung oder der AG Vertragskoordinierung darlegen muss,
- ich mit Beitritt zum o. g. Vertrag der Veröffentlichung meiner Daten in speziellen Verzeichnissen der Knappschaft nach § 13 Abs. 7 des o. g. Vertrages zustimme.

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

☐ **In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.**

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift, Vertragsarztstempel

Anlage 1 Muster-Teilnahmeerklärung Arzt

Allgemeines

Für die Einschreibung leitet der teilnehmende Hausarzt die von ihm unterschriebene Teilnahmeerklärung an die Kassenärztliche Vereinigung weiter.

Die Teilnahme beginnt mit der Bestätigung der Teilnahme durch die Kassenärztliche Vereinigung und endet spätestens mit dem Ende der Laufzeit dieses Vertrages.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung der Patientendaten ist die KNAPPSCHAFT, Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum, Tel. 08000 200 501.

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten wenden Sie sich an die KNAPPSCHAFT, Datenschutzbeauftragter, Knappschaftstraße 1, 44799 Bochum, Telefon: 0234 304-0, E-Mail: datenschutz@kbs.de.

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der KNAPPSCHAFT ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung als besonderen Versorgungsauftrag nach § 73b SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die KNAPPSCHAFT und die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung erhalten LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende nach Bestätigung der Vertragsteilnahme an dem Vertrag durch das aus den Daten erstellte Teilnehmerverzeichnis.
- Die Daten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung an die KNAPPSCHAFT weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf der Homepage der KNAPPSCHAFT veröffentlicht.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

Information über Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an die für die KNAPPSCHAFT zuständige Aufsichtsbehörde richten:

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de

Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherte

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

KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

Bitte innerhalb einer Woche an:

KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen
Fax: 0234/9783-888888

Vertragskennzeichen 240A1600000

Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung, sofern keine Einwände dazu übermittelt werden.

Die Koordination meiner Behandlung soll ab sofort **die unterschreibende** Hausärztin / der unterschreibende Hausarzt übernehmen. Ich verpflichte mich, für vertragsärztliche Leistungen zuerst diese Hausärztin / diesen Hausarzt aufzusuchen und fachärztliche Leistungen nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Das Aufsuchen von Augenärzten, Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedarf keiner Überweisung.

Mir ist bewusst, dass ich an diese Erklärung grundsätzlich für mindestens 12 Monate gebunden bin und eine außerordentliche Beendigung meiner Teilnahme bzw. der Wechsel des koordinierenden Hausarztes nur aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) möglich ist. Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch mich schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der KNAPPSCHAFT mit Wirkung für die Zukunft möglich.

Meine Erklärung zur Teilnahme am Vertrag kann ich innerhalb von 2 Wochen nach der Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs genügt.

Die Teilnahme kann durch die KNAPPSCHAFT bei Feststellung eines Pflichtverstoßes außerordentlich beendet werden, sofern die KNAPPSCHAFT auf die Folgen des Pflichtverstoßes hingewiesen hat.

Meine Teilnahme endet mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der KNAPPSCHAFT, mit dem Zugang einer außerordentlichen Kündigung, mit dem Datum, zu dem die KNAPPSCHAFT meine Teilnahme aufgrund eines Pflichtverstoßes beendet hat, mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Vertrages, mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der KNAPPSCHAFT, beim Wechsel zu einer/m nicht teilnehmenden Ärztin / Arzt und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag oder mit dem Ende der Teilnahme der gewählten Hausärztin / des gewählten Hausarztes.

Einverständniserklärung

Ich wurde ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung und insbesondere über meine Rechte und Pflichten informiert. Ich erklärte meine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung.

Die Patienteninformation habe ich erhalten und bin mit den Inhalten des Vertrags einverstanden.

Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

_____

Datum / Unterschrift des Versicherten

Erklärung der Hausärztin / des Hausarztes:
Hiermit erkläre ich mich bereit, für den Versicherten die Koordination der Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung durchzuführen.

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherte

Patienteninformation zur hausarztzentrierten Versorgung

Informationen zur Teilnahme

Was ist unter hausarztzentrierter Versorgung zu verstehen?

Sie wählen eine Hausärztin / einen Hausarzt als erste Ansprechpartnerin / ersten Ansprechpartner. Diese / dieser übernimmt in der Patientenbehandlung koordinierend und wegweisend die zentrale Verantwortung für eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung. Hierbei steuert sie / er die Behandlungsabläufe über die verschiedenen Versorgungssektoren (Übergang zwischen Haus- und Facharzt bzw. stationärer oder rehabilitativer Versorgung) hinweg. Dabei gilt es nicht nur Sie zu begleiten, sondern Sie auch aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses in die Behandlung einzubeziehen. Die Ärztin / der Arzt stellt außerdem eine hochwertige hausärztliche Versorgung unter Berücksichtigung aktueller und praxiserprobter wissenschaftlicher Erkenntnisse sicher. Beispielsweise wird die Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen gefördert, wodurch der Ausbruch von Erkrankungen vermieden bzw. hinausgeschoben werden soll. Sie / er sorgt zudem für eine effiziente Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und fördert in geeigneten Fällen die Teilnahme an weitergehenden Versorgungsangeboten der KNAPPSCHAFT (z. B. strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke).

Welche besonderen Qualitätsanforderungen werden an die teilnehmende Hausärztin / den teilnehmenden Hausarzt gestellt?

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

Welche Teilnahmevoraussetzungen gelten für Sie?

Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung verpflichten Sie sich, für vertragsärztliche Leistungen zuerst die gewählte Hausärztin / den gewählten Hausarzt zu konsultieren und fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung dieser Hausärztin / dieses Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Das Aufsuchen von Augenärztinnen / Augenärzten, Gynäkologinnen / Gynäkologen und die Inanspruchnahme genehmigter psychotherapeutischer Behandlungen bedarf keiner Überweisung. Eine stationäre Behandlung soll - abgesehen von Notfällen - nur auf Überweisung der gewählten Hausärztin / des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden.

Wann beginnt und wann endet die Teilnahme?

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die Erklärung von Ihnen und von der / dem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärztin / Arzt unterschrieben worden ist. An diese Erklärung sind Sie für mindestens zwölf Monate gebunden. In dieser Zeit ist eine Beendigung der Teilnahme nur aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) zulässig. Nach Ablauf der Mindestbindungszeit ist eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des Quartals möglich. Die Teilnahme endet darüber hinaus, wenn Ihre Mitgliedschaft bei der KNAPPSCHAFT endet oder wenn die Hausärztin / der Hausarzt nicht mehr an der hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt. Bei wiederholter Nichtbeachtung der Verpflichtungen können Sie von der weiteren Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden.

Kann die koordinierende Hausärztin / der koordinierende Hausarzt während des Programms gewechselt werden?

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

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

Die Teilnahmeerklärung wird von der betreuenden Hausärztin / dem betreuenden Hausarzt an die KNAPPSCHAFT versandt und dort elektronisch erfasst. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung.

Wie wird eine optimale Koordination der unterschiedlichen Versorgungssektoren gewährleistet?

In Fällen, in denen die Behandlung außer von der gewählten Hausärztin / von dem gewählten Hausarzt auch von anderen Stellen (z. B. Fachärzte, Krankenhäuser) durchgeführt wird, können die Leistungserbringer im erforderlichen Umfang Informationen über Art und Ergebnisse der Behandlung austauschen.

Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherte

Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Sie haben Ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung erklärt. Im Rahmen dieses Programms werden persönliche und medizinische Daten (Name, Adressdaten, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer, Diagnosen, Behandlungsdaten, Abrechnungspositionen über erbrachte medizinische Leistungen) erhoben und verarbeitet. Die KNAPPSCHAFT erhält auf jeden Fall keine Einsicht in medizinische Daten. Die KNAPPSCHAFT ist bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung Ihrer Teilnahme.

Daten bei den behandelnden Leistungserbringern

Die Daten über die Art und Ergebnisse der Behandlung (z.B. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihren behandelnden Leistungserbringern vorhanden sind, werden (abgesehen von der datenschutzkonformen Abrechnung) nur von den teilnehmenden Leistungserbringern eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die von den Leistungserbringern gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Die KNAPPSCHAFT hat keinen Zugriff auf diese medizinischen Behandlungs- und Befunddaten.

Daten bei Ihrer Krankenkasse

Die KNAPPSCHAFT behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und Datenverarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§ 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens nach 10 Jahren nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)

Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie haben das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Hierzu können Sie sich an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de wenden.

Verantwortlicher:
KNAPPSCHAFT vertreten durch die Geschäftsführung, Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum, Tel. 08000 200 501

Ihren Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte an die: KNAPPSCHAFT, Fachteam Abrechnungs- und Vertragsdienstleistungen, Knappschaftstraße 1, 44799 Bochum, Fax: 0234 97838-80021, E-Mail: hzv@knappschaft.de.

Datenschutzbeauftragter:
Datenschutzbeauftragter, Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum, datenschutz@kbs.de, Tel. 0234 304-0

Anlage 3 Vergütung

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

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

Wird der Medikationscheck für einen von der KNAPPSCHAFT identifizierten Patienten entsprechend der Anlage 5 durchgeführt, wird er wie folgt vergütet:

Medikationscheck: 80,00 €

Sofern die Koordination der Arzneimitteltherapie in Abstimmung mit mindestens einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und/oder mit mindestens einer stationären Einrichtung erfolgt und die Hausärztin / der Hausarzt für den gesamten Medikationscheck einen Zeitaufwand von mehr als 240 Minuten hat:

Medikationscheck mit Konsil: 160,00 €

Der Medikationscheck kann nur im Auftrag entsprechend dem in Anlage 4 beschriebenen Verfahren der KNAPPSCHAFT erbracht werden.

Der teilnehmende Hausarzt erhält für das Beratungsgespräch nach Anlage 5 für eingeschriebene Patienten, die als private Pflegepersonen Pflegebedürftige nach dem SGB XI betreuen, eine Pauschale in der Höhe von 30 €. Das Beratungsgespräch kann nur im Auftrag entsprechend dem in Anlage 5 beschriebenen Verfahren der KNAPPSCHAFT erbracht werden und ist in einem Zeitraum von vier Quartalen höchstens zweimal berechnungsfähig, danach muss eine erneute Evaluation der Situation durch die Pflegeberatung erfolgen.

GOP	Bezeichnung	Vergütung
81110	Grundpauschale	4 €
81112	Medikationscheck	80 €
81113	Medikationscheck mit Konsil	160 €
81114	Beratungsgespräch für Pflegepersonen	30 €

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

Anlage 4 – Medikationscheck

Medikationscheck

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

I. Ziele:

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

II. Patienten:

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

III. Ablauf:

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Konsiliarisches Gespräch mit einem Kollegen

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

V. Patientengespräch

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

VI. Übermittlungspflichten

Die Knappschaft stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Liste der nach III. zum Medikationscheck einwilligenden Patienten zur Abrechnungsprüfung entsprechend dem in der Technischen Anlage beschriebenen Verfahren zur Verfügung.

VII. Nachhaltigkeit

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

VIII. Arztinformationen:

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

Anlage 4 – Medikationscheck

Anhang a Einwilligungserklärung

in Bearbeitung

Anhang b Technische Anlage Medikationscheck

(Version 1.4 wird benannt)

Anlage 5: Beratungsgespräch für Pflegepersonen

(1) Ziel des Beratungsgesprächs ist die Reduktion gesundheitlicher Risiken und/oder Einschränkungen sowie die Verhinderung weiterer gesundheitlicher Einschränkungen bei pflegenden Personen aufgrund der Pflege. Durch eine gezielte Situationsanalyse, Informationen und Beratungs- und Gesprächsangebote soll eine möglichst frühzeitige Unterstützung ermöglicht werden. Pflegende Personen erhalten eine gezieltes individuelles Unterstützungs- und Präventionsangebot, um ihre Gesundheit, insbesondere Resilienz, und ihr Empowerment zu stärken.

(2) Die KNAPPSCHAFT identifiziert eingeschriebene Patienten, die als private Pflegepersonen Pflegebedürftige nach dem SGB XI betreuen und für ein Beratungsgespräch in Frage kommen. Mit Einverständnis dieser Patienten informiert sie den teilnehmenden Hausarzt schriftlich über den Beratungsbedarf und –wunsch (Information über Anhang a zur Anlage 5 inklusive ausgefüllter Einverständniserklärung des Patienten). Die Praxis des Hausarztes vereinbart einen Termin mit dem Patienten.

(3) Das Beratungsgespräch des Hausarztes beinhaltet eine spezifische Anamnese und Situationsbewertung (z.B. über Selbstauskunft des Patienten anhand der Häuslichen Pflege-Skala (HPS) nach der DEGAM-Leitlinie zu pflegenden Angehörigen (Anhang b zur Anlage 5) sowie die Beratung zu körperlichen und psychosozialen Belangen des Patienten. Die Beratung beinhaltet eine Information zu gezielten Unterstützungsangeboten (z.B. Rückenschule, rehabilitative Angebote, psychotherapeutische Angebote) bezogen auf die spezifischen Belastungen durch die jeweilige Indikation der pflegenden Person. Der teilnehmende Hausarzt stellt weitergehende Informationen zu spezifischen regionalen Hilfs- und Entlastungsangeboten (z.B. Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Alzheimertelefon) bereit.

(4) Die KNAPPSCHAFT stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Liste der nach Absatz 2 für das Beratungsgespräch für pflegende Personen einwilligenden Patienten zur Abrechnungsprüfung entsprechend dem in der Technischen Anlage nach Anhang c beschriebenen Verfahren zur Verfügung.

(5) Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass zu einem späteren Zeitpunkt die Implementierung eines Vorschlagsrechts, nach dem der teilnehmende Hausarzt Pflegepersonen mit deren Einwilligung der Knappschaft für ein Beratungsgespräch vorschlägt, geprüft und ggf. im Rahmen eines Nachtrages in den Vertrag aufgenommen wird.

Anhang a zur Anlage 5:

Musterinformationsschreiben an den Arzt zum Beratungsgespräch für Pflegepersonen

KNAPPSCHAFT
Care Team / Regionaldirektion
Pflegeberatung

Straße
PLZ Ort

KNAPPSCHAFT • 44781 Bochum

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen/Unsere Nachricht vom

[Anrede]
[Titel] [Vorname] [Name]
[Straße]
[PLZ] [Ort]

Ihr Ansprechpartner
Name Pflegeberater
Tel. XXX
Fax XXX

Bochum

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gemäß § 73b SGB V mit der KNAPPSCHAFT
Beratungsgespräch für Pflegeperson [Name, Vorname, KVNR]

Sehr geehrte/r Anrede,

mit der hausarztzentrierten Versorgung möchten wir gemeinsam die Versorgung der Patienten optimieren. Hierzu sieht der Hausarztvertrag u. a. ein Beratungsgespräch für Pflegepersonen vor.

Im Zuge einer Pflegeberatung der KNAPPSCHAFT habe ich als zuständige/r Pflegeberater/in Ihre/n o. g. HZV-Patienten/in über diese Möglichkeit informiert. Ihr Patient möchte das Beratungsgespräch in Anspruch nehmen. Eine entsprechende Erklärung liegt bei. Bitte vereinbaren Sie mit dem Patienten einen Termin.

Nach Durchführung des Beratungsgespräches gemäß Anlage 11 des HZV-Vertrages erhalten Sie für Ihre Leistung 30 Euro über die Abrechnung der GOP 81114. Eine Abrechnung ist maximal zweimal in einem Zeitraum von vier Quartalen möglich. Ihre Kassenärztliche Vereinigung ist entsprechend informiert.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie mich gerne an.

Mit freundlichen Grüßen
KNAPPSCHAFT

Name Pflegeberater

Anlage: Einwilligungserklärung zum Beratungsgespräch für Pflegepersonen im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

Anhang a zur Anlage 5

Einwilligungserklärung zum Beratungsgespräch für Pflegepersonen im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

Als möglichst frühzeitige Unterstützung für Pflegepersonen bietet die KNAPPSCHAFT für pflegende Versicherte, die an der HZV teilnehmen, bis zu 2 Beratungsgespräche innerhalb eines Jahres durch den koordinierenden Hausarzt an. Damit erhalten Pflegepersonen auf Basis einer gezielten Situationsanalyse ein individuelles Unterstützungs- und Präventionsangebot. Ziel des Beratungsgesprächs ist die Reduktion gesundheitlicher Risiken und/oder Einschränkungen sowie die Verhinderung weiterer gesundheitlicher Einschränkungen aufgrund der Pflege.

Erklärung der Pflegeperson

Ich,

Max Mustermann, 31.12.1950 123456789
Vor- und Nachname Geb.-Datum Versichertennummer

Musterstraße 9 12345 Musterstadt 0234/123456
Straße PLZ und Ort Telefon

erkläre, dass

[ ] ich bei der KNAPPSCHAFT krankenversichert bin.

[ ] ich am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (KBV) teilnehme.

Mein koordinierender Hausarzt ist:

Dr. Mustermann Musterstraße 3 12345 Musterstadt
Name Straße PLZ und Ort

[ ] Ich möchte das kostenlose Versorgungsangebot „Beratungsgespräch für Pflegepersonen“ gerne wahrnehmen.

[ ] Ich bin damit einverstanden, dass die KNAPPSCHAFT dieses Formular an meinen Hausarzt weiterleitet und diese/r mich kontaktieren kann, um das Beratungsgespräch durchführen und abrechnen zu können.

---------- ----------

Ort, Datum Unterschrift Pflegeperson

Vom Pflegeberater der KNAPPSCHAFT auszufüllen:

Pflegeberater: Berthold Berater 0234/123456-123
Vor- und Nachname Telefon

LANR des o.g. am Hausartvertrag teilnehmenden Arztes (von der KNAPPSCHAFT auszufüllen):

Anhang b zur Anlage 5: HPS - Häuslichen Pflege-Skala

HPS – HÄUSLICHE PFLEGE-SKALA

Abfrage am _____

Zu Ihrer Person		
Name, Vorname	Geb. Datum	Geschlecht
Angaben zu der von Ihnen betreuten/gepflegten Person		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
(Ursache der Pflegebedürftigkeit (wenn möglich in Form der ärztlichen Diagnose)		

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

	Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!	**stimmt genau**	**stimmt über-wiegend**	**stimmt ein wenig**	**stimmt nicht**
1	**Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.**	3	2	1	0
2	**Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.**	3	2	1	0
3	**Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.**	3	2	1	0
4	**Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.**	3	2	1	0
5	**Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.**	3	2	1	0
6	**Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.**	3	2	1	0
7	**Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.**	3	2	1	0
8	**Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.**	3	2	1	0
9	**Ich sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.**	3	2	1	0
10	**Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.**	3	2	1	0

Prof. Lichte, Gräßel in S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“; AWMF-Register-Nr. 053 – 006; DEGAM-Leitlinie Nr. 6; www.degam-leitlinien.de; Stand: 31.07.2018; https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-006.html / Gräßel E, Berth H, Lichte T, Grau H. Subjective caregiver burden BMC geriatrics 2014; 14:23

INTERPRETATION DES HPS-K-SUMMENWERTES

Punkte: HPS-k-Summen-wert	**Häufigkeit in der Eichstich-probe n (n%)**	**Interpretation: Die (subjektive) Belastung des/der pflegenden Angehörigen ist …**	**Bedeutung: Das Risiko für eine eingeschränkte subjektive Gesundheit des/der pflegenden Angehörigen ist …**	**Handlungsempfehlung**
0 - 5	44 (10%)	**sehr gering bis gering**	**sehr gering** (d.h. in diesem Bereich hat die überwiegende Mehrheit, 86 % ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der durchschnittlich ist oder unter dem Durchschnitt liegt)	Eventuell den Angehörigen/die Angehörige nach gesundheitlichen Problemen oder Entlastungswunsch fragen Präventives Gespräch mit Hinweis auf Unterstützungsmöglichkeiten und -angebote sowie auf die Notwendigkeit der Selbstpflege (Entspannung, Hobbys, soziale Kontakte…)
6 - 14	140 (32%)	**mittel**	**erhöht** (d.h. in diesem Bereich hat die Mehrheit, 64 % ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der über dem Durchschnitt liegt)	Körperlichen Beschwerden abklären; Beratungsgespräch zur Entlastung durchführen oder vermitteln
15 - 30	251 (58%)	**stark bis sehr stark**	**deutlich erhöht** (d.h. in diesem Bereich haben 91% der pflegenden Angehörigen ein Ausmaß an körperlichen Beschwerden, der über dem Durchschnitt liegt)	Dringend körperliche Beschwerden abklären; dringend ein Beratungsgespräch zur Entlastung durchführen oder vermitteln

Hinweis: Die Angaben beruhen auf einer repräsentativen Stichprobe des MDK Bayern bei pflegenden Angehörigen, deren pflegebedürftige Person einen Antrag auf Pflegeinstufung gestellt hat.

Bemerkungen:

1. Der Summenwert der Häuslichen Pflege-Skala stellt ein globales Maß für die wahrgenommene Belastung durch die häusliche Pflege dar.
2. Die Häusliche Pflege-Skala liefert objektive, d. h. vom Anwender bzw. der Anwenderin unabhängige Ergebnisse.

Prof. Lichte, Gräßel in S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“; AWMF-Register-Nr. 053 – 006; DEGAM-Leitlinie Nr. 6; www.degam-leitlinien.de; Stand: 31.07.2018; https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-006.html / Gräßel E, Berth H, Lichte T, Grau H. Subjective caregiver burden BMC geriatrics 2014; 14:23

Anhang c zur Anlage 5: Technische Anlage – Beratungsgespräch für Pflegepersonen

(Version 1.2 wird benannt)

Anlage 6 Technische Anlage Datenaustausch Arztlisten

(Version 1.00 wird benannt)