

3. Änderungsvereinbarung
zum
Vertrag nach § 140a SGB V
zur besonderen patientenorientierten ambulanten medizinischen
Versorgung multimorbider Patienten

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
(nachstehend „KV Berlin“ genannt)

und der

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

nachstehend („AOK“)

alle zusammen nachstehend „**die Parteien**“ genannt.

Der Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen patientenorientierten ambulanten medizinischen Versorgung multimorbider Patienten vom 02.07.2019 in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung vom 25.03.2021 wird mit Wirkung zum 01.04.2022 wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 1 wird Satz 1 neu gefasst:

„Im Rahmen des Versorgungsprojekts haben die Hausärzte je Kalenderjahr an von einer Ärztekammer zertifizierten vertragsspezifischen (Inhalte vgl. u.a. die Nennungen im § 3 Abs. 4 lit. f) Fortbildungsveranstaltungen im Umfang von mindestens vier CME-Punkten teilzunehmen.“

2. In § 4 wird Absatz 2 gestrichen.

3. In § 4 wird Absatz 3 zu Absatz 2.

4. In § 6 wird Absatz 1 neu gefasst:

„Teilnahmeberechtigt sind multimorbide Versicherte der AOK mit Neubildungen, psychischen Erkrankungen, neurologischen Erkrankungen, kardiologischen Erkrankungen, chronischen Schmerzen, Lebererkrankungen Hauterkrankungen sowie Patienten nach einer Organ- oder Gewebetransplantation sowie in der Palliativversorgung. Die Versicherten müssen, sich wegen mindestens drei unterschiedlicher bestehender (das bedeutet eine durch den Hausarzt dokumentierte, gesicherte Diagnose) chronischer Erkrankungen aus drei unterschiedlichen Krankheitsgruppen im vorbenannten Sinne und mindestens einer weiteren chronischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung befinden. Die Vertragspartner verständigen sich über den Einsatz von Unterstützungsangeboten für die Identifikation geeigneter Vertragsteilnehmer in den Arztpraxen und informieren die teilnehmenden Hausärzte entsprechend.“

5. § 7b Absatz 1 – Leistungskomplex Statuserhebung wird gestrichen.

6. In § 8 wird die Tabelle unter Absatz 3 neu gefasst:

Obligater Leistungsinhalt:			
SNR	Leistung	Vergütung	Abrechnungshinweise
Medikationsmanagement gemäß § 7a			
90045	<ul style="list-style-type: none"> - Intensivierter Medikationscheck („eLiSa“) - Ableitung von Maßnahmen zur Steigerung der Arzneimittel-Therapiesicherheit - Patientengespräch - Erstellung und Aushändigung des Medikationsplans - für Patienten, die mindestens fünf rezeptpflichtige Arzneimittel in einem Kalenderjahr verordnet bekommen haben 	50,00 EUR	<p>Spätestens in dem auf die Einschreibung des Versicherten folgenden Quartal, im Weiteren dann 1x im Kalenderjahr abrechenbar</p> <p>Bei Versicherten, bei denen weniger als fünf rezeptpflichtige Arzneimittel in einem Kalenderjahr verordnet wurden ist die Leistung nicht abrechnungsfähig.</p>
Fakultativer Leistungsinhalt:			
SNR	Leistung	Vergütung	Abrechnungshinweise

Vergütung für die kompetenzstärkenden und individuellen Gesprächs- und Beratungsleistungen gemäß § 7b			
90058	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungskomplex „Priorisierung der Behandlungen“ <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leistungskomplex „Berücksichtigung der psychosozialen Lage“ <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leistungskomplex „Versorgungskordinierung“ <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leistungskomplex „Behandlungsalternativen“ <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leistungskomplex „Patientenselbstmanagement“ 	14,50 EUR	einmal im Behandlungsfall

7. In § 8 wird Absatz 4 gestrichen.

8. In § 8 wird Absatz 5 zu Absatz 4.

9. In § 12 wird Absatz 2 wie folgt neu gefasst:

„Unterjährig sind durch die Parteien gemeinsame Qualitätsberichte zu den mit der vereinbarten Versorgung angestrebten Versorgungszielen zu erstellen. Diese Qualitätsberichte sind quartalsweise zu erstellen und enthalten Aussagen mindestens zu folgenden Punkten:

- Teilnehmerzahl Hausärzte,
- Teilnehmerzahl Versicherte, getrennt nach Alter und Geschlecht,
- Regionale Verteilung der teilnehmenden Hausärzte nach (Praxissitz) und Versicherte,

Erkenntnisse, die sich daraus sowie aus den Anlagen 6 und 7 der Umsetzung des Versorgungsprojekts ergeben, fließen in die Aktivitäten gemäß Abs. (1) ein.“

Bis zum 31.07.2022 werden die Parteien ein Konzept entwickeln und in diesem Rahmen das Berichtsformat, die Inhalte, die Datenquellen und die jeweiligen Verantwortlichkeiten festlegen. Zieltermin für die Erstellung des ersten Qualitätsberichts ist der 01.10.2022.

Berlin, den **11. Mai 2022**


Kassenärztliche Vereinigung Berlin


AOK Nordost - Die Gesundheitskasse