

**1. Änderungsvereinbarung
zum
Vertrag nach § 140 a SGB V
zur besonderen patientenorientierten ambulanten medizinischen
Versorgung multimorbider Patienten vom 05.07.2019**

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.

Die Parteien haben sich auf notwendige Änderungen des oben bezeichneten Vertrages verständigt und schließen dazu die nachfolgende Änderungsvereinbarung:

1. Soweit in dem Vertrag, beginnend mit dem Rubrum, der Begriff „Vertragspartner“ verwendet wird, wird dieser durch die Bezeichnung „KV Berlin“ ersetzt.
2. Das Rubrum wird darüber hinaus wie folgt geändert:
 - a. Der Zusatz „in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Berliner Arztnetze GmbH & Co. KG (AGBAN), diese als Nachunternehmer“ wird gestrichen;
 - b. Der Zusatz „handelnd als Landesverband“ wird gestrichen.
3. Soweit in dem Vertrag, beginnend mit dem § 1, der Begriff „Vertrag“ verwendet wird, wird dieser durch die Bezeichnung „Versorgungsprojekt“ ersetzt.

4. In § 1 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Dabei werden im Weiteren Leistungen beschrieben, die beispielsweise im EBM bisher als fakultative Leistungen definierte Inhalte im Rahmen dieses Versorgungsprojektes zu obligatorischen Bestandteilen der ärztlichen Versorgung erklären. Darüber hinaus werden Leistungen definiert, die in der hier beschriebenen Form nicht Bestandteil der Regelversorgung gem. EBM-Katalog sind. Die Ausführungen dazu finden sich im § 7b sowie in der Anlage 8 (Abgrenzung Vertragsinhalte zu EBM-Regelungen).“

5. In § 1 Abs. 2 wird folgender Satz ergänzt:

„Weitergehende Inhalte und Regelungen zur Messung und Bewertung des Versorgungsprojektes finden sich in den Anlagen 6 (Controlling) und 7 (Evaluationskonzept).“

6. In § 2 Abs. 1 Satz 2 wird nach dem Wort „zugelassene“ das Wort „angestellte“ eingefügt.

7. In § 3 Abs. 4 lit. f wird ein folgender Spiegelstrich vorangestellt:

„Erläuterung der vertraglichen Leistungsinhalte (entlang der Leistungskomplexe) als Grundlage für das besondere Versorgungsangebot“

8. In § 4 Abs. 1 wird nach dem Wort „vertragsspezifischen“ folgendes eingefügt:

„(Inhalte vgl. u.a. die Nennungen im § 3 Abs. 4 lit. f)“

9. § 6 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

„Teilnahmeberechtigt sind multimorbide Versicherte der AOK mit onkologischen Erkrankungen, Metastasen, Demenz, 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 im vorbenannten Sinne und mindestens einer weiteren chronischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung befinden. Außerdem teilnahmeberechtigt sind in besonderen Fällen multimorbide Versicherte, die nicht die Kriterien gem. Satz 1 erfüllen, aber in ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung und dem daraus resultierenden Leistungsbedarf vergleichbar mit Versicherten gem. Satz 1 sind.“

10. In § 6 Abs. 2, Abs. 4 Satz 4 und Abs. 7 wird vor das Wort „Versicherte“ das Wort „teilnehmende“ ergänzt.

11. In § 6 Abs. 6 und Abs. 7 werden „Arzt“ bzw. „Ärzte“ durch „Hausarzt“ bzw. „Hausärzte“ ersetzt.

12. In § 6 Abs. 7 wird nach „zur Niederschrift“ folgendes ergänzt:

„oder in elektronischer Form“

13. In § 6 Abs. 8 werden folgende Spiegelstriche ergänzt:

„- mit Ende des Vertrages“

„- mit Widerruf der Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung, -löschung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an diesem Versorgungsprojekt“

14. In § 7a Abs. 2 wird „Vertragsarzt“ durch „Hausarzt“ ersetzt.

15. In § 7a Abs. 3 Satz 3 wird „Patient“ durch „teilnehmender Versicherter“ ersetzt.

16. In § 7a Abs. 4 lit. c wird „Leistungserbringer“ durch „Hausarzt“ ersetzt.

17. In § 7b wird „Patient“ durch „teilnehmenden Versicherten“ ersetzt.

18. In § 7b Abs. 1 – Leistungskomplex „Statuserhebung“ wird Satz 3 wie folgt geändert:

„Die Ergebnisse der Erst- und Folgeerhebungen sind mit den teilnehmenden Versicherten-Patienten zu besprechen und zu Berichts- und Qualitätssicherungszwecken an die KV Berlin zu übermitteln.“

19. In § 7c wird Abs. 4 wie folgt geändert:

„Die teilnehmenden Hausärzte sind im Rahmen des Versorgungsprojektes berechtigt und verpflichtet, die teilnehmenden Versicherten ausführlich und umfassend über die Inhalte des GeN sowie die Teilnahmevoraussetzungen und -bedingungen zu informieren und aufzuklären. Sie können den Versicherten der AOK die Teilnahme empfehlen. Die Entscheidungshoheit über die Teilnahme an GeN obliegt den Versicherten der AOK.“

20. In § 8 Abs. 2 wird nach „Abs. (3)“ folgendes ergänzt:

„und nach Maßgabe des Preisblattes (als Teil der Vergabeunterlagen)“

21. In § 8 Abs. 3 wird vor „Nutzung GeN“ das Wort „aktive“ eingefügt.

22. In § 8 Abs. 4 wird Satz 1 und 2 wie folgt geändert:

„Die Hausärzte haben Anspruch auf die volle Vergütung der Leistung. Bei nicht aktiver Nutzung des Gesundheitsnetzwerkes gelten für die sechs Leistungskomplexe um 4,50 EUR je Behandlungsfall verminderte Preise.“

23. In § 8 Abs. 4 Satz 3 wird „auch ohne Nutzung von GeN“ gestrichen.

24. In § 9 wird Abs. 2 wie folgt geändert:

„Die Einhaltung der Einschlusskriterien gemäß § 6 Abs. 1 ist maßgeblich und Inhalt der Abrechnungsprüfung.“

25. In § 10 wird Abs. 4 wie folgt geändert:

„Die KV Berlin ist gegenüber dem teilnehmenden Hausarzt berechtigt von der Vergütung den Verwaltungskostensatz in der jeweils gültigen Höhe in Abzug zu bringen.“

26. § 11 wird gestrichen.
27. In § 12 Abs. 2, 3. Spiegelstrich wird vor „Versicherte“ das Wort „teilnehmende“ eingefügt.
28. In § 12 Abs. 2 wird im Satz 4 folgendes nach „aus“ folgendes ergänzt:
„den Anlagen 6 und 7 und“
29. In § 13 Abs. 2 wird folgender neuer Satz 3 ergänzt:
„Ferner entscheidet das Lenkungsgremium über Angelegenheiten im Sinne des § 6 Abs. 1 insbesondere die Konkretisierung der Krankheitsgruppen der chronischen Erkrankungen.“
30. In § 16 wird Abs. 3 wie folgt geändert:
„Für einen Zeitraum von 12 Monaten wird die KV Berlin die AOK Nordost, über den Abschluss von vergleichbaren Vereinbarungen mit anderen gesetzlichen Krankenkassen oder deren Verbänden, informieren.“
31. Der Vertrag wird um eine 2. Protokollnotiz zu § 4 ergänzt.
32. Im Anlagenverzeichnis wird die Anlage 1 (Einschlusskriterien Erkrankungsbilder) gestrichen. Neu aufgenommen werden die Anlage 6 (Controlling), die Anlage 7 (Evaluationskonzept) und die Anlage 8 (Vergleich Leistungskomplexe/Regelversorgung).
33. Die Anlage 6 (Controlling), die Anlage 7 (Evaluationskonzept) und die Anlage 8 (Vergleich Leistungskomplexe/Regelversorgung) werden ausdrücklich Bestandteil dieses Vertrages.

Anlagen

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


Anlage 6 Controlling

Anlage 7 Evaluationskonzept

Anlage 8 Vergleich Leistungskomplexe/Regelversorgung

Berlin, den 3.01.20


Kassenärztliche Vereinigung Berlin


AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

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

Zu § 4

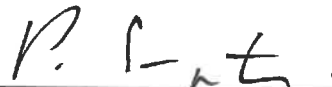
Aufgrund der zeitlichen Verzögerung der Implementierung dieses Vertrages, entfällt die Fortbildungsverpflichtung der Hausärzte gem. § 4 Abs. 2 für das Jahr 2019.

Berlin, den

9.07.20



Kassenärztliche Vereinigung Berlin



AOK Nordost - Die Gesundheitskasse