

**Vertrag nach § 140 a 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.

## Präambel

Gegenstand des nachfolgenden Vertrags zwischen den Parteien ist eine besondere ambulante ärztliche Versorgung der teilnehmenden, multimorbiden Versicherten der AOK durch teilnehmende ärztliche Leistungserbringer. Die Parteien schließen den nachstehenden Vertrag, um gem. § 140a SGB V ein innovatives Versorgungskonzept für die ambulante Versorgung multiborbid erkrankter Versicherten der AOK zu etablieren (im Folgenden „**Versorgungsprojekt**“).

Die Parteien gehen dabei von folgenden Faktoren aus, an denen sie ihre vertrauensvolle Zusammenarbeit ausrichten:

- Mit einer verlängerten Lebenserwartung rücken chronische Erkrankungen und Multimorbidität<sup>1</sup> ins Zentrum der Gesundheitsversorgung. Dies verlangt nach veränderten Behandlungsstrategien, die das Älterwerden gesund erleben lassen und einschränkende Erkrankungen auf eine nur kurze Zeit am Lebensende komprimieren.
- Die Versorgung von multimorbiden Patienten ist eine komplexe und hochanspruchsvolle Aufgabe. Die Parteien wollen eine Versorgung ermöglichen, welche über den derzeit in der S3-Leitlinie Multimorbidität der DEGAM („**Leitlinie Multimorbidität**“) festgelegten Standard hinausgeht und den Leistungserbringern insbesondere bedürfnisorientierte, einheitliche Behandlungsstrategien und rationelle Pharmakotherapie berücksichtigt. Ein Schwerpunkt liegt auf der Ermöglichung der sprechenden Medizin.
- Multimorbidität geht regelhaft einher mit Multimedikation und den sich daraus ergebenden Risiken und Nebenwirkungen. Da die Arzneimitteltherapie – neben dem Arzt-Patienten-Gespräch – die häufigste Therapieform darstellt, stellt die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) einen grundlegenden Bestandteil dieses Versorgungsprojekts dar.

Die Parteien streben zudem eine Verbesserung in der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch eine evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Versorgung der teilnehmenden Versicherten an. Es sollen Versorgungsdefizite verringert werden, insbesondere indem auf Basis eines qualitätsgesicherten softwaregestützten Medikationsmanagements mit integrierten Medikationschecks die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert und Doppeluntersuchungen möglichst vermieden werden.

Zu diesem Zweck schließen die Parteien den nachfolgenden Vertrag.

---

<sup>1</sup> Multimorbidität i.S. der S3-Leitlinie bezeichnet das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen (drei oder mehr), wobei nicht eine einzelne Erkrankung im besonderen Fokus der Aufmerksamkeit steht und Zusammenhänge zwischen den Krankheiten zwar bestehen können (z.B. über geteilte Risikofaktoren, oder bei Folgeerkrankungen), aber nicht müssen (DEGAM Leitlinie S3: Multimorbidität).

## § 1

### Gegenstand und Ziele des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Versorgungsprojekts ist die Versorgung der gemäß § 6 Abs. (1) teilnahmeberechtigten und durch ihre freiwillig erklärte Teilnahme an dem Versorgungsprojekt teilnehmenden Versicherten der AOK (nachstehend „**teilnehmende Versicherte**“) mit spezialisierten ärztlichen Leistungen zur Sicherstellung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 140a SGB V nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen. 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).
- (2) Das vorliegende Versorgungsprojekt soll dazu beitragen, dass sich der Hausarzt ein Gesamtbild aller Einflussfaktoren auf den multimorbiden Patienten verschafft, die sprechende Medizin gefördert wird und somit eine an den Patienten angepasste optimierte präventive, diagnostische und therapeutische Behandlungsstrategie entwickelt und gemeinsam mit dem Patienten besprochen und umgesetzt wird. Im Vordergrund stehen dabei Patientenpräferenzen und die gemeinsame Priorisierung von Behandlungszielen:
- Die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten als sichere und erlebbare Grundlage für den Erfolg der Behandlung und somit für den Nutzen des Patienten.
  - Multimorbide Patienten werden dazu befähigt und motiviert, gemeinsam mit dem Arzt über den weiteren Behandlungsverlauf zu entscheiden. Dazu gehört auch abzuwägen, in welchem Maße auf diagnostische und therapeutische Prozeduren, die keinen relevanten Effekt auf die Gesamtsituation des Patienten haben, verzichtet werden kann.
  - Die multimorbiden Patienten werden durch den Arzt dazu befähigt und motiviert, notwendige Verhaltensänderungen umzusetzen und aktiv mitzuwirken, um den Behandlungserfolg zu sichern. Die Leistungen des Versorgungsprojektes i.S. dieser Anlage sind individuell dem Bedarf des Patienten anzupassen. Die Compliance und Adhärenz sollen nachhaltig gestärkt werden.
  - Eine wesentliche Voraussetzung für die Bewältigung komplexer Problemlagen bei Multimorbidität ist hinreichend Zeit für die Kommunikation und Aufklärung zwischen Arzt und Patient zwecks gemeinsamer Entscheidungsfindung.
  - Die leitliniengerechte Behandlung von multimorbiden Patienten nach Einzelerkrankungen verursacht gemäß der aktuell bestehenden Leitlinie Multimedikation ein kompliziertes Therapieprogramm. Vor diesem Hintergrund sollen Versorgungspotenziale, insbesondere auf Basis eines qualitätsgesicherten softwaregestützten Medikationsmanagements mit integriertem Medikationschecks, erschlossen, die Arz-

neimitteltherapiesicherheit verbessert und Doppeluntersuchungen möglichst vermieden werden.

Ausgehend von einem mit der Teilnahme an der vereinbarten Versorgung verbundenen und für die Versicherten erlebbaren Nutzen und Mehrwert beabsichtigen die Parteien, diese zu messen. Dabei sollen insbesondere folgende Parameter der Messung unterliegen:

- Förderung der Gesundheitskompetenz
- Stabilisierung (quantitativ) bzw. Reduzierung der Anzahl von Arzneimittelverordnungen auf Wirkstoffbasis
- Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und der Hospitalisierungsraten

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

## **§ 2**

### **Beitrittsberechtigung und Teilnahme der Hausärzte**

- (1) Der KV Berlin stellt sicher, dass während der gesamten Vertragslaufzeit nur beitragsberechtigte Hausärzte durch den Beitritt zu diesem Vertrag an dem Versorgungsprojekt teilnehmen. Beitrittsberechtigte Hausärzte sind zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zugelassene, angestellte oder ermächtigte Ärzte im Sinne des § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V (nachstehend „**Hausärzte**“ oder „**Hausarzt**“).
- (2) Die Teilnahme eines Hausarztes an diesem Versorgungsprojekt ist freiwillig und gegenüber der KV Berlin mittels eines von dort bereitgestellten Formulars (**Anlage 2**) zu erklären. Die KV Berlin prüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen gem. Abs. 1 erteilt die KV Berlin dem Hausarzt schriftlich die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Versorgungsprojekt. Die Teilnahme beginnt mit dem Datum des Bescheides. Durch seine Teilnahmeerklärung ist der Hausarzt nach diesem Versorgungsprojekt, insb. §§ 7a und 7b, zum Angebot einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung der teilnehmenden Versicherten verpflichtet.
- (3) Mit der Teilnahmeerklärung stimmt der Hausarzt zu, dass seine Praxisdaten (Titel, Name, Vorname, Anschrift, Telefon) als Teilnehmer dieses Versorgungsprojekts auf der Homepage der KV Berlin veröffentlicht werden.
- (4) Der Hausarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Berlin kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres. Maßgebend ist der Zeitpunkt des Zugangs der schriftlichen Kündigungserklärung bei der KV Berlin.
- (5) Die Teilnahme des Hausarztes endet ferner ohne Notwendigkeit von Erklärungen einer der Parteien mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem seine Fortbildungsverpflichtung nicht gemäß § 4 bis zum Ablauf des Kalenderjahres gegenüber der KV Berlin nachgewiesen worden ist. Der Hausarzt wird drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres an die Einreichung eines Nachweises der Erfüllung seiner Fortbildungsverpflichtung durch die KV

Berlin schriftlich erinnert. Eine erneute Teilnahme des Hausarztes am Versorgungsprojekt ist zulässig nach Erbringung seiner Fortbildungsverpflichtung gemäß § 4. Ebenso endet die Teilnahme an diesem Versorgungsprojekt unmittelbar zum Zeitpunkt des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. (1), insbesondere mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

### § 3

#### Rechte und Pflichten der KV Berlin

- (1) Die KV Berlin prüft das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen und teilt dem Hausarzt das Ergebnis der Prüfung gemäß Abs. (4) lit. d) in Textform mit.
- (2) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte führt die KV Berlin ein Verzeichnis nach dem Muster gemäß **Anlage 3**. Die KV Berlin stellt der AOK jeweils monatlich unaufgefordert eine aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses in elektronischer Form zur Verfügung.
- (3) Die KV Berlin rechnet die durch die Hausärzte übermittelten Daten zu den Leistungen der Hausärzte im Sinne von §§ 294, 299, 303 SGB V unmittelbar gegenüber der AOK nach Maßgabe der §§ 9 bis 11 ab.
- (4) Die KV Berlin muss die Teilnahme der Hausärzte ermöglichen, koordinieren und umsetzen. Dabei bestehen insbesondere folgende Pflichten:
  - a) Bekanntgabe des Versorgungsprojekts und Erläuterung der Teilnahme an dem Versorgungsprojekt für Hausärzte, insbesondere in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie Werbung und Information durch weitere Kommunikationsmaßnahmen,
  - b) Unverzögliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der Hausärzte zum Beitritt zum Versorgungsprojekt in angemessener Bearbeitungszeit und Bereitstellung sowie Nutzung einer telefonischen Service-Hotline zu diesem Zweck,
  - c) Entgegennahme und vollständige Überprüfung von Teilnahmeerklärungen von Hausärzten spätestens i.d.R. vier Wochen nach Eingang:
    - i. Liegen die Beitrittsvoraussetzungen vor, ist die Teilnahmeerklärung des beitragsberechtigten Hausarztes in Textform gem. § 2 Abs. 2 anzunehmen und entsprechend zu verfahren;
    - ii. Ist das Vorliegen der Beitrittsvoraussetzungen nicht nachgewiesen, ist der interessierte Hausarzt in Textform zur Nachbesserung aufzufordern;
  - d) Fortdauernde Überprüfung des Fortbestehens der Beitrittsvoraussetzungen nach § 2 Abs. (1),

- e) Versand von Informationsunterlagen (z.B. Rundschreiben zum Versorgungsprojekt) an Hausärzte bei Bedarf,
- f) Organisation und Durchführung von vertraglich vorgesehenen Fortbildungsveranstaltungen nach § 4 und § 5 sowie systematische Prüfung und kontinuierliche Erfassung der Teilnahme daran durch die Hausärzte. Die Fortbildungen sind vorzugsweise als Präsenzveranstaltungen durchzuführen. Sie müssen für die Hausärzte kostenlos sein und mindestens folgende Themen erfassen:
- Erläuterung der vertraglichen Leistungsinhalte (entlang der Leistungskomplexe) als Grundlage für das besondere Versorgungsangebot
  - Erörterung und Handlungsempfehlungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit bei Verordnungen von Arzneimitteln, Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege,
  - Erörterung von konkreten Handlungsempfehlungen auf Basis ausgewählter komplexer Leitlinien (z.B. Medikationscheck / Umgang mit Polymedikation),
  - Arbeit mit ausgewählten Qualitätsindikatoren/-zielen zur Verbesserung der Versorgung u.a. zu: Impfquoten, Anteil der Versicherten an allen für Hausärzte geschlossenen Disease-Management-Programmen (nach § 137 f SGB V (DMP), Anteil Vorsorgemaßnahmen,
  - Umsetzung oder Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements mit Berücksichtigung hausärztlich besonders relevanter Themen einschließlich Optimierung der Praxis-Serviceleistungen (u.a. Terminplanung, Erinnerungssysteme für Präventionsmaßnahmen).
  - Weitere Themen werden durch die AOK und die KV Berlin einvernehmlich ergänzt, wobei für die Aufnahme neuer Themen keine Vertragsänderung in Schriftform erforderlich ist, sondern eine Einigung in Textform ausreichend ist.

Mit der Organisation und Durchführung der Fortbildungsveranstaltungen kann ein Dritter beauftragt werden. Durch die Beauftragung eines Dritten wird die KV Berlin nicht von seiner Aufgabenerfüllung befreit.

- (5) Die KV Berlin stellt jederzeit während der gesamten Laufzeit diesem Vertrag die Verfügbarkeit der personellen, sächlichen und technischen Mittel sicher, die zur Erfüllung seiner Verpflichtungen nach diesem Vertrag erforderlich sind. Dies betrifft insbesondere die Verfügbarkeit einer leistungsfähigen und datenschutzkonformen IT-Infrastruktur.

#### **§ 4**

#### **Fortbildungspflichten der Hausärzte**

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

In den Fortbildungen werden den teilnehmenden Hausärzten auch Informationen der AOK Nordost zu Arzneimitteln gemäß § 73 Abs. 8 SGB V vermittelt und die Inanspruchnahme entsprechender Beratungen (z.B. Pharmakotherapie-Beratung) empfohlen. Die konkrete Umsetzung ist in § 5 Abs. 1 geregelt.

- (2) Für das Jahr 2019 gilt abweichend von Abs. 1 die Teilnahme an einer vertragsspezifischen Fortbildungsveranstaltung im 4. Quartal 2019 als ausreichend.
- (3) Die Teilnahme nach Abs. (1) haben die Hausärzte gegenüber der KV Berlin bis zum Ablauf jedes Kalenderjahres in Textform nachzuweisen.

## **§ 5**

### **Organisation der Fortbildungsveranstaltungen durch die KV Berlin; Qualitätszuschläge**

- (1) Wesentliche Lernziele, die Agenda der Fortbildungen und weitere Themen werden zwischen der AOK und der KV Berlin und – bei Beauftragung eines Dritten – unter Hinzuziehung des beauftragten Dritten, mindestens zweimal im Kalenderjahr abgestimmt und im gegenseitigen Einvernehmen bestimmt.
- (2) Die AOK entrichtet für die Organisation und Durchführung und der damit im Zusammenhang stehenden Aufwendungen einen Qualitätszuschlag je teilnehmendem Versicherten und Kalenderjahr in Höhe von 6,00 EUR. Die Abrechnung setzt einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Zeitpunkt der Abrechnung (Behandlungsfall im Sinne des § 21 BMV-Ä) voraus. Die Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten werden gesondert geregelt.
- (3) Die von der AOK entrichteten Qualitätszuschläge nach Abs. (2) werden von der KV Berlin gesondert von der sonst für die vertragsgegenständlichen Leistungen zu entrichtenden Vergütung treuhänderisch verwaltet. In einem Kalenderjahr nicht für die Zwecke gemäß Abs. (2) ausgeschöpfte Mittel werden in das jeweilige Folgejahr übertragen und stehen im Folgejahr für die Zwecke gemäß Abs. (2) zur Verfügung. Die KV Berlin hat jeweils bis zum Ablauf des Monats Februar eines Kalenderjahres gegenüber der AOK eine Abrechnung über die gezahlten Qualitätszuschläge des vorangegangenen Jahres, getrennt nach verwendeten und nicht verwendeten Zuschlägen, vorzunehmen.

## **§ 6**

### **Einschreibung und Teilnahme der Versicherten**

- (1) 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 ei-

ner 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.

- (2) Die Teilnahme der teilnehmenden Versicherten ist freiwillig und erfolgt im Wege der Einschreibung durch Abgabe einer schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach dem Muster gemäß **Anlage 4** gegenüber dem sie behandelnden teilnehmenden Hausarzt. Der Versicherte erhält vom teilnehmenden Hausarzt eine Ausfertigung der Teilnahmeerklärung sowie ein zugehöriges Informationsblatt nach dem Muster gemäß **Anlage 5**.
- (3) Mit seiner freiwilligen Teilnahme verpflichtet der Versicherte sich gegenüber der AOK, nur Hausärzte in Anspruch zu nehmen, die an diesem Versorgungsprojekt teilnehmen. Dieses Versorgungsprojekt begründet keine unmittelbaren Ansprüche von Versicherten.
- (4) Die Teilnahme an der Versorgung beginnt mit der Unterzeichnung und Übergabe der Teilnahmeerklärung durch den Versicherten an den Hausarzt. Jeder Hausarzt ist ab dem Zeitpunkt seines Beitritts zu diesem Versorgungsprojekt berechtigt und verpflichtet, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten entgegenzunehmen. Der Hausarzt ist verpflichtet,
  - dem einschreibebewilligen Versicherten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und das Informationsblatt (**Anlagen 4 und 5**) zu übergeben,
  - den einschreibebewilligen Versicherten vor der Einschreibung ausführlich und umfassend über die Inhalte des Versorgungsprojekts, die Teilnahmevoraussetzungen und -bedingungen, die teilnehmenden Leistungserbringer sowie besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards zu informieren und aufzuklären.

Die AOK ihrerseits informiert die Versicherten entsprechend und stellt in sachlicher Weise die Vorteile dieses Versorgungsangebotes heraus.

- (5) Die vom Versicherten unterschriebene Teilnahmeerklärung wird vom Hausarzt innerhalb von einer Kalenderwoche an eine von der AOK benannten Stelle weitergeleitet. Der Hausarzt bewahrt eine Kopie der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf. Bei fehlenden Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten erhält der Hausarzt durch die AOK unverzüglich eine entsprechende Information.
- (6) Soweit sich Versicherte mehrfach bei verschiedenen teilnehmenden Hausärzten einschreiben, gilt die zuerst erfolgte Einschreibung. Die AOK informiert die KV Berlin entsprechend. Ein Arztwechsel aus Gründen gemäß Anlage 4 kann mit Beginn des nächsten Quartals erfolgen.
- (7) Die Teilnahmeerklärung kann innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift oder in elektronischer Form bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK bzw. von ihr beauftragte Dritte dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung beim Hausarzt. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Zugang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten. Danach ist eine schriftliche



Kündigung, unbeschadet der Möglichkeit zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund, mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Quartals möglich. Im Falle eines fristgerechten Widerrufs der Teilnahme durch den teilnehmenden Versicherten werden die vom teilnehmenden Hausarzt bis zur Wirksamkeit des Widerrufs erbrachten Leistung gemäß diesem Versorgungsprojekt vergütet.

(8) Die Teilnahme der Versicherten endet darüber hinaus

- mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses (§ 10 SGB V) des Versicherten bei der AOK,
- mit dem Ausscheiden seines in der Teilnahmeerklärung gewählten Hausarztes aus diesem Versorgungsprojekt oder
- mit dem Ende der vereinbarten Versorgung nach diesem Versorgungsprojekt
- mit Widerruf der Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung, -löschung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an diesem Versorgungsprojekt
- mit Ende des Vertrages.

(9) Die AOK informiert die KV Berlin über den ihr gegenüber erklärten wirksamen Widerruf oder die ihr gegenüber wirksam erklärte Kündigung der Teilnahme eines Versicherten.

(10) Die AOK und die KV Berlin sind sich darüber einig, dass Änderungen des Layouts sowie redaktionelle Änderungen der **Anlagen 4 und 5** durch die AOK keiner Zustimmung der KV Berlin oder der Hausärzte bedürfen. Die AOK hat die KV Berlin jedoch unverzüglich in Textform über eine Änderung im Sinne des voranstehenden Satzes zu informieren.

## **§ 7a**

### **Rechte und Pflichten der Hausärzte**

(1) Die Hausärzte sind gegenüber der AOK und der KV Berlin zum Angebot einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten nach Maßgabe der §§ 7a bis 7c verpflichtet. Sie erbringen ärztliche Leistungen gegenüber den teilnehmenden Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der jeweils geltenden ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des jeweils geltenden Behandlungsvertrages und der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Die Hausärzte sind im Rahmen der Therapiefreiheit und der ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise verpflichtet.

(2) Die Hausärzte müssen ein qualitätsgesichertes softwaregestütztes Medikationsmanagement mit integriertem Medikationscheck bei teilnehmenden Versicherten mit Multimedikation einsetzen. Die Anwendung eines qualitätsgesicherten softwaregestützten Medikationsmanagements durch den teilnehmenden Hausarzt ist spätestens im auf das Datum der Einschreibung des Versicherten folgende Quartal verpflichtend. Voraussetzung für das Wirksamwerden dieser Regelung ist ein Stabilitätsnachweis durch die AOK. Die Stabilität gilt als nachgewiesen, wenn 50 Hausärzte regelmäßig die Software anwenden. Die Hausärzte müssen die Software nach Maßgabe folgender Bestimmungen einsetzen:

- a) Intensivierte Medikationschecks, insbesondere z.B. bei Erstverordnungen, nach Krankenhausentlassung oder Auftreten neuer chronischer Erkrankungen, basierend auf der Struktur von „eLiSa“<sup>2</sup> als Unterstützung des Hausarztes beim Management von Multimedikation.
  - b) Ableitung von Maßnahmen zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) z.B. zur konkreten Verringerung der Arzneimittelrisiken und möglicher arzneimittelassoziierter Schädigungen. Beratung bei Selbstmedikation und sachgerechte Aufklärung über weiterbestehende Risiken.
  - c) Durchführung bei Bedarf mehrerer Patientengespräche im Falle von Medikationsanpassungen.
  - d) Erstellung und Aushändigung eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans.
- (3) Der intensivierte Medikationscheck nach Abs. (2) lit. a), inkl. der Ableitung von Maßnahmen, bei Patienten mit Multimedikation ist spätestens in dem auf die Einschreibung des Versicherten folgenden Kalendervierteljahr, im Weiteren dann einmal kalenderjährlich durchzuführen. Die Dokumentation der abgeleiteten Maßnahmen erfolgt in der Patientenakte. Lehnt der teilnehmende Versicherte Maßnahmenvorschläge ab, sollte dies ebenfalls hier dokumentiert werden.
- (4) Die Hausärzte sind verpflichtet, der KV Berlin alle sie betreffenden wesentlichen Änderungen sechs Monate vor Eintritt der jeweiligen wesentlichen Änderung in Textform anzuzeigen. Werden den Hausärzten sie betreffende wesentliche Änderungen weniger als sechs Monate vor deren Eintreten bekannt, sind sie der KV Berlin unverzüglich nach Kenntniserlangung in Textform mitzuteilen. Wesentliche Änderungen sind insbesondere
- a) Der Umzug der Praxis des Hausarztes (insbes. Änderung der Betriebsstätte oder Wechsel der Betriebsstätten-Nummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten,
  - b) die Rückgabe, das Ruhen oder der Entzug der Zulassung bzw. Ermächtigung,
  - c) die Stellung eines Insolvenzantrages durch den Hausarzt selbst oder durch Dritte bezogen auf das Vermögen des Hausarztes,
  - d) das Entfallen der Beitrittsberechtigung.

---

<sup>2</sup> „eLiSa“: Spezifischer Sektor übergreifender AOK-Prozess zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit auf Basis eines qualitätsgesicherten softwaregestützten Medikationsmanagements mit integriertem Medikationscheck, Bekanntmachung ABI. EU 2019/S 026-057964.

## § 7b

### **Besonderes Versorgungsangebot der Hausärzte an die teilnehmenden Versicherten**

- (1) Aufsetzend auf der Leitlinie Multimorbidität obliegen den teilnehmenden Hausärzten die nachfolgenden, in Leistungskomplexen zusammengefassten Aufgaben; die Leistungen sind im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts zu erbringen:

- **Leistungskomplex „Statuserhebung“**

Erhebung und Dokumentation des Status „Gesundheitskompetenz“ (Ersterhebung) oder der Statusentwicklung (Folgerhebung). Die Ersterhebung findet unmittelbar anlässlich der Versicherteneinschreibung statt, die Folgerhebung alle 12 Monate (einmal je Kalenderjahr). Die Ergebnisse der Erst- und Folgerhebungen sind mit den teilnehmenden Versicherten zu besprechen und zu Berichts- und Qualitätszwecken an die KV Berlin zu übermitteln.

- **Leistungskomplex „Priorisierung der Behandlungen“**

- Koordinierungsgespräch mit dem teilnehmenden Versicherten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung für die weitere Behandlung seiner Erkrankungen und
- Abgleich der patientenseitigen (z.B. Angst vor Autonomieverlust) und arztseitigen (z.B. Ausschluss abwendbarer gefährlicher Verläufe) Prioritäten und
- Ermittlung der Kontrollpräferenz des teilnehmenden Versicherten (auf Basis der Degner-Skala) um zu erfassen, welchen Grad an Partizipation sich multimorbide Patienten bei der Therapieentscheidung wünschen und
- Abgleich von Zielsetzungen / Lebensperspektive, Erörterung der Belastung durch multiple Behandlungen, Priorisierung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Erstellen eines entsprechenden Behandlungsplans.

- **Leistungskomplex „Berücksichtigung der psychosozialen Lage“**

- Erhebung der Lage ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen und
- Benennung / Dokumentation der wesentlichen Problemfelder und
- konkrete Hinweise / Anregungen für den teilnehmenden Versicherten zur Einbeziehung von Unterstützungsangeboten, z.B. psychosozialer Dienst.

- **Leistungskomplex „Versorgungskoordination“**

Koordination der weiteren Behandlung von multimorbiden Patienten durch facharztgruppenübergreifende Gespräche und Koordination aller wesentlich an der Versorgung Beteiligten (NÄPA, Casemanager/in, Pflegedienst/Sozialstation, stat. Pflegeeinrichtung, Klinik-Entlassmanagement, Physio- oder Ergotherapeuten/-in) zur Abstimmung der Behandlungsplanung im Falle einer längerdauernden Behandlung oder Erörterung des Vorgehens und schriftlicher Zusammenfassung.

- **Leistungskomplex „Behandlungsalternativen“**

- Erörterung einer geplanten chirurgischen / interventionellen Therapie mit dem Behandler im Hinblick auf Alternativen oder der anschließenden Versorgung.

- Im Anschluss patientenzentriertes Intensivgespräch mit Erörterung der ambulanten Behandlungsalternativen unter Berücksichtigung der Angebote der AOK.

**- Leistungskomplex „Patientenselbstmanagement“**

- Fachspezifische Anleitung zum Selbstmanagement und
- Förderung des Krankheitsverständnisses und
- Verbesserung der Patientenmitarbeit und Therapieadhärenz und
- ggf. fachspezifische Unterstützung zu Ernährung und Lebensstil und
- ggf. Überleitung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Selbsthilfe-, Mobilitäts- und Präventionsangeboten Dritter (auch Terminvereinbarung) und
- ggf. fachspezifische Anleitung zum Umgang mit Selbstüberwachungsgeräten und Selbsttestverfahren (z.B. Smartphone Applications und Tracking Armbänder) und zeitnahe Umsetzungskontrolle.

- (2) Je Leistungskomplex gilt eine Dauer von mindestens 10 Minuten.
- (3) Die Leistungskomplexe nach Abs. (1) sind krankheitsgruppenübergreifend.
- (4) Weitere Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität können zwischen der AOK und der KV Berlin vereinbart werden.

### **§ 7c**

#### **Elektronische Kommunikation und Vernetzung**

- (1) Die Parteien sind sich einig, dass es notwendig ist auch in diesem Versorgungsprojekt die gesetzlichen Anforderungen zum Einsatz von elektronischen Patienten-/Gesundheitsakten zu berücksichtigen und solche Anwendungsgebiete der Digitalisierung mit der Zielsetzung zu fördern, medizinisch-fachliche Anliegen zu unterstützen oder die Versorgungsqualität zu fördern oder Arbeitserleichterungen für die teilnehmenden Hausärzte zu schaffen.
- (2) Zur Gewährleistung der elektronischen Vernetzung sowie der innerärztlichen und patientenbezogenen Kommunikation erfolgt die Umsetzung des Gesundheitsnetzwerks der AOK (GeN). Die AOK und die KV Berlin informieren gemeinsam und beraten die an diesem Versorgungsprojekt teilnehmenden Hausärzte über die Teilnahme und Nutzung des GeN.
- (3) Die AOK und die KV Berlin vereinbaren gemeinsam die notwendigen Schritte zur Etablierung des GeN in einer zusätzlichen Anlage zu diesem Vertrag. Die Inhalte dieser Anlage legen insbesondere fest:
  - Art und Anzahl der Anwendungen (Applikationen) zur Umsetzung der Inhalte dieses Versorgungsprojektes,
  - konkrete Zeitvorgaben der Implementierung einschl. Testung,
  - Art und Weise der Information der Versicherten und
  - Details der technischen Umsetzung in den Praxen.

Die Anlage ist verpflichtend von den Parteien erstmalig mit der Benennung von mindestens zwei Anwendungen bis zum 31.12.2019 festzulegen. Diese Anwendungen werden unverzüglich in einer Pilotphase mit bis zu 50 von der KV Berlin zu benennenden teilnehmenden Hausärzten erprobt und ausgewertet. Unabhängig hiervon können Anwendungen auf freiwilliger Basis bereits in der Pilotphase in Einzelpraxen umgesetzt werden. Werden für die Anwendung hierbei die technische Funktionsfähigkeit durch das Lenkungsgremium festgestellt, ist diese Anwendung fortan von allen teilnehmenden Hausärzten anzuwenden.

- (4) 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.
- (5) Neben den Anwendungsfällen gemäß Abs. (2) verständigen sich die AOK und die KV Berlin auf weitere die Versorgung nach diesem Versorgungsprojekt unterstützende Inhalte zur Umsetzung im Rahmen des GeN.

## § 8 Vergütung

- (1) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen der Hausärzte für die teilnehmenden Versicherten erfolgt nach Maßgabe des EBM und ist mit der Gesamtvergütung abgegolten.
- (2) Für die Leistungen gemäß §§ 7a und 7b wird den Hausärzten im Rahmen dieses Versorgungsprojektes je Behandlungsfall (§ 21 BVÄ) die Vergütung gemäß Abs. (3) und nach Maßgabe des Preisblattes (als Teil der Vergabeunterlagen) gezahlt.
- (3) Die Abrechnung setzt die Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts voraus.

SNR	Leistung	Vergütung	Abrechnungshinweise
<b>Medikationsmanagement gemäß § 7a</b>			
90045	- Intensivierter Medikationscheck („eLiSa“) - Ableitung von Maßnahmen zur Steigerung der Arzneimittel-Therapiesicherheit - Patientengespräch Erstellung und Aushändigung des Medikationsplans	50,00 EUR	<u>Obligatorisch:</u> Spätestens in dem auf die Einschreibung des Versicherten folgenden Quartal, im Weiteren dann 1x im Kalenderjahr abrechenbar

<b>Vergütung für die kompetenzstärkenden und individuellen Gesprächs- und Beratungsleistungen gemäß § 7b</b>			
90046	Leistungskomplex „Statuserhebung“	14,50 EUR	1x im Behandlungsfall: nicht neben den folgenden SNR 90048, 90049, 90050, 90051, 90052, 90053, 90054, 90055, 90056, 90057 abrechenbar
90047	Leistungskomplex „Statuserhebung ohne aktive Nutzung GeN“	10,00 EUR	
90048	Leistungskomplex „Priorisierung der Behandlungen“	14,50 EUR	1x im Behandlungsfall: nicht neben den folgenden SNR 90046, 90047, 90050, 90051, 90052, 90053, 90054, 90055, 90056, 90057 abrechenbar
90049	Leistungskomplex „Priorisierung der Behandlungen ohne aktive Nutzung GeN“	10,00 EUR	
90050	Leistungskomplex „Berücksichtigung der psychosozialen Lage“	14,50 EUR	1x im Behandlungsfall: nicht neben den folgenden SNR 90046, 90047, 90048, 90049, 90052, 90053, 90054, 90055, 90056, 90057 abrechenbar
90051	Leistungskomplex „Berücksichtigung der psychosozialen Lage ohne aktive Nutzung GeN“	10,00 EUR	
90052	Leistungskomplex „Versorgungskoordination“	14,50 EUR	1x im Behandlungsfall: nicht neben den folgenden SNR 90046, 90047, 90048, 90049, 90050, 90051, 90054, 90055, 90056, 90057 abrechenbar
90053	Leistungskomplex „Versorgungskoordination ohne aktive Nutzung GeN“	10,00 EUR	
90054	Leistungskomplex „Behandlungsalternativen“	14,50 EUR	1x im Behandlungsfall: nicht neben den folgenden SNR 90046, 90047, 90048, 90049, 90050, 90051, 90052, 90053, 90056, 90057 abrechenbar
90055	Leistungskomplex „Behandlungsalternativen ohne aktive Nutzung GeN“	10,00 EUR	
90056	Leistungskomplex „Patientenselbstmanagement“	14,50 EUR	1x im Behandlungsfall: nicht neben den folgenden SNR 1x im Behandlungsfall: nicht neben

90057	Leistungskomplex „Patientenselbstmanagement ohne aktive Nutzung GeN“	10,00 EUR	den folgenden SNR 90046, 90047, 90048, 90049, 90050, 90051, 90052, 90053, 90054, 90055 abrechenbar abrechenbar
-------	--	-----------	--

- (4) 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. Die AOK und die KV Berlin sind sich einig, dass für diese Regelung eine Übergangsfrist gemäß § 7c Abs. 3 gilt, in der die volle Höhe abweichend von Satz 1 und 2 zur Abrechnung gebracht werden kann. Nach Ablauf dieser Frist wird die Vergütung in voller Höhe gezahlt, wenn die Nutzung von GeN ausschließlich aus Gründen nicht möglich ist, die nachweislich durch die AOK zu vertreten sind.
- (5) Die Vergütung der Leistung aus diesem Versorgungsprojekt erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und anderer mengenbegrenzender Regelungen.

## **§ 9**

### **Grundsätze der Abrechnung**

- (1) Jeder teilnehmende Hausarzt hat Anspruch auf Vergütung der von ihm vertragsgemäß erbrachten Leistungen gemäß §§ 7a, b. Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die AOK. Die KV Berlin übernimmt die Abrechnung im Auftrag der AOK. Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Berlin, der Zahlungs- und Zinsregelungen und der sachlich rechnerischen Richtigstellung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages bzw. Honorarvertrages zwischen den Gesamtvertragspartnern analog. Die KV Berlin erstellt gegenüber der AOK quartalsweise eine endgültige Abrechnung der Einzelleistung und weist diese im Formblatt 3 gemäß der jeweils gültigen Formblattrichtlinie aus.
- (2) Die Einhaltung der Einschlusskriterien gemäß § 6 Abs. 1 ist maßgeblich und Inhalt der Abrechnungsprüfung.
- (3) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte sind gemäß § 295 Abs. 1 SGB V verpflichtet, die Diagnosen nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweils vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.

## **§ 10**

### **Abrechnung der Vergütung zwischen dem Hausarzt der KV Berlin**

- (1) Die KV Berlin ist mit der Abrechnung der Vergütung der teilnehmenden Hausärzte gegenüber der AOK nach diesem Versorgungsprojekt beauftragt.
- (2) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung gegenüber der KV Berlin. Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich Leistungen gemäß §§ 7a und 7b mit

den dazu festgelegten SNR und Vergütungshöhen. Leistungen, die nicht vollständig oder nicht vertragsgemäß erbracht sind, werden nicht vergütet; insoweit besteht kein Vergütungsanspruch.

- (3) Mit der Abrechnung bestätigt der teilnehmende Hausarzt, dass die abgerechneten Leistungen vollständig und vertragsgemäß erbracht worden sind. Für nicht vollständig oder nicht vertragsgemäß erbrachte Leistungen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (4) Die KV Berlin ist gegenüber dem teilnehmenden Hausarzt berechtigt von der Vergütung den Verwaltungskostensatz in der jeweils gültigen Höhe in Abzug zu bringen.
- (5) Der teilnehmende Hausarzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides auf dem Honorarkonto einen gesonderten Ausweis der Vergütungshöhe nach diesem Versorgungsprojekt.

## **§ 11**

### **Vergütung der Leistung der teilnehmenden Hausärzte und der KV Berlin**

Gestrichen

## **§ 12**

### **Vertragscontrolling, Monitoring, Qualitätssicherung**

- (1) Die KV Berlin und die AOK unterrichten sich gegenseitig über die Umsetzung des Versorgungsprojekts und die Auswirkungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgung. Die AOK und die KV Berlin werden die **Anlage 1** jährlich überprüfen und bei Bedarf ändern.
- (2) Die KV Berlin erstellt auf der Grundlage der Stuserhebungen gemäß § 7b Abs. (1) (Leistungskomplex „Stuserhebung“) einen Jahresbericht, der Auskunft über die Akzeptanz und Umsetzung des Versorgungsprojekts, insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der Gesundheitskompetenz gibt. Unterjährig sind durch die KV Berlin 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,
  - Art und Anzahl der erbrachten Leistungskomplexe.

Erkenntnisse, die sich daraus sowie aus den Anlagen 6 und 7 der Umsetzung des Versorgungsprojekts ergeben, fließen in die Aktivitäten gemäß Abs. (1) ein. Der Qualitätsbericht soll ferner der externen Kommunikation und der gemeinsamen bzw. abgestimmten Öffentlichkeitsarbeit dienen.



### **§ 13 Lenkungsgremium**

- (1) Es wird ein Lenkungsgremium aus drei stimmberechtigten Vertretern der AOK sowie drei stimmberechtigten Vertretern der KV Berlin gebildet. Weitere Vertreter der AOK und der KV Berlin können beratend an den Sitzungen des Lenkungsgremiums teilnehmen. In der konstituierenden Sitzung werden für jede Vertragspartei zusätzlich zwei Stellvertreter benannt. Im Verhinderungsfall eines Vertreters nimmt der Stellvertreter an der Sitzung des Lenkungsgremiums teil. Eine Stimmrechtsübertragung geht mit der Benennung auf die beiden Stellvertreter über. Die Übernahme von mehr als einem Stimmrecht ist unzulässig.
- (2) Das Lenkungsgremium tritt zur Wahrnehmung seiner Aufgaben mindestens einmal pro Quartal zu einer Sitzung zusammen, soweit nicht das Lenkungsgremium eine abweichende Entscheidung trifft. Es berät zu allen relevanten Fragen der operativen Steuerung, der Umsetzung und Auslegung sowie der Weiterentwicklung des Versorgungsprojekts sowie zu Fragen der Außendarstellung und Öffentlichkeitsarbeit. Ferner entscheidet das Lenkungsgremium über Angelegenheiten im Sinne des § 6 Abs. 1 insbesondere die Konkretisierung der Krankheitsgruppen der chronischen Erkrankungen. Beschlüsse des Lenkungsgremiums werden einstimmig gefasst. Die AOK und die KV Berlin können dem Lenkungsgremium einvernehmlich weitere Aufgaben und Funktionen auf Grund und/oder im Rahmen dieses Versorgungsprojekts übertragen.
- (3) Das Lenkungsgremium ist berechtigt, im Rahmen seiner Aufgaben das vorliegende Versorgungsprojekt unter Beachtung der vergaberechtlichen Regelungen zu ändern. Hierzu bedarf es eines einstimmigen Beschlusses, der schriftlich niederzulegen und von den Vertretern im Lenkungsgremium unter Nachweis ihrer Zeichnungs- und Vertretungsbefugnis zu unterzeichnen ist. Es ist ferner sicherzustellen, dass in dem schriftlichen Beschluss der Bezug auf den zu ändernden Vertrag zweifelsfrei hergestellt und die zu ändernden Regelungen des Vertrags sowie das In-Kraft-Treten der Änderung des Vertrags konkret benannt werden. Die AOK und die KV Berlin erhalten eine unterzeichnete Ausfertigung des vertragsändernden Beschlusses.
- (4) Die Ausgestaltung weiterer erforderlicher Einzelheiten der Zusammenarbeit im Lenkungsgremium stimmen die AOK und die KV Berlin in der konstituierenden Sitzung ab. Dazu gehören beispielweise der Umgang mit der Terminabstimmung, der Einladung und der Tagesordnung.

### **§ 14 Salvatorische Klausel**

Sollten eine oder mehrere Regelungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Regelungen nicht berührt. Die AOK und die KV Berlin werden einvernehmlich, ggf. im Lenkungsgremium, die unwirksamen Regelungen durch eine ihr gleichkommende wirksame Regelung ersetzen. Dasselbe gilt, falls dieser Vertrag eine Lücke enthalten sollte.

## **§ 15 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt mit der Zuschlagserteilung in Kraft. Er endet nach Ablauf von vier Jahren, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Im Übrigen kann dieser Vertrag von der AOK und von der KV Berlin schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.
- (2) Eine Kündigung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere bei schwerwiegenden Verstößen gegen diesen Vertrag vor. Schwerwiegende Verstöße sind z. B. dann gegeben, wenn eine der Parteien ihre vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrags gefährdet ist. Im Übrigen liegt ein wichtiger Grund vor, wenn die KV Berlin oder die AOK mit diesem Vertrag bzw. dessen Durchführung ganz oder in Teilen gegen gesetzliche oder untergesetzliche Bestimmungen verstößt. Ferner, wenn die Durchführung dieses Versorgungsprojekts durch die für die AOK oder die KV Berlin zuständige Aufsichtsbehörde oder durch eine gerichtliche Entscheidung beanstandet und/oder untersagt oder eine Beanstandung schriftlich angedroht wird oder bis zum 30.06.2020 GeN nicht angewandt werden kann.

## **§ 16 Schlussbestimmungen**

- (1) Die Auftragsbekanntmachung sowie die Vergabeunterlagen zur Ausschreibung zu diesem Versorgungsprojekt, insbesondere die Leistungsbeschreibung, sind ergänzender Bestandteil zu diesem Vertrag. Im Zweifel gehen die Bestimmungen diesem Vertrag der Auftragsbekanntmachung sowie den Vergabeunterlagen vor.
- (2) Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.
- (3) 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.

Berlin, den

---

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

---

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

## **Protokollnotizen zum Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen patientenorientierten ambulanten medizinischen Versorgung multimorbider Patienten**

### **Zu § 7b**

Zur Umsetzung des Leistungskomplexes „Statuserhebung“ werden die Parteien bis zum 31.12.2019 gemeinsam einen Fragebogen zur Erhebung der Gesundheitskompetenz, z.B. auf Basis des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz entwickeln und im Lenkungsgremium beschließen. Bis dahin wird die Umsetzung dieses Leistungskomplexes ausgesetzt. Perspektivisch soll die Umsetzung des Leistungskomplexes durch die Nutzung technischer Hilfsmittel (GeN) erleichtert werden.

### **Zu § 8**

Die Parteien werden sich bei wesentlichen Veränderungen der rechtlichen oder ökonomischen Rahmenbedingungen über etwaige notwendige Vertragsanpassungen verständigen.

Berlin, den

---

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

---

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

---

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

## **Anlagenverzeichnis**

Anlage 1	gestrichen
Anlage 2	Teilnahmeerklärung Hausarzt
Anlage 3	Verzeichnis Hausärzte (Muster)
Anlage 4	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (Muster)
Anlage 5	Patienteninformation (Muster)
Anlage 6	Controlling
Anlage 7	Evaluationskonzept
Anlage 8	Vergleich Leistungskomplexe/Regelversorgung