

1. Änderungsvereinbarung

zum Vertrag über die

**hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V
durch teilnehmende Hausärzte für Versicherte der Ersatzkassen**

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

und dem

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.



AEV - Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.

- vertreten durch die Landesvertretung Berlin,
handelnd für seine Mitgliedskassen –



Gmünder Ersatzkasse

Die Vertragspartner vereinbaren, dass der o.g. Vertrag ab dem 01. Juli 2008 wie folgt geändert wird:

Die folgenden Anlagen des Vertrages werden ausgetauscht:

- Anlage 2** Vertrag über die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß der Vereinbarung zwischen der KV Berlin und dem AEV nach § 73 b SGB V
- Anlage 3** Hausarztverzeichnis
- Anlage 4** Teilnahmeerklärung des Versicherten
- Anlage 6** Information Hausarzt
- Anlage 8** Zweitmeinungsverfahren

Berlin, den 25.07.2008

Kassenärztliche Vereinigung
Berlin

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Die Leiterin der Landesvertretung
Berlin



.....
Dr. Angelika Prehn
1. Vorsitzende des Vorstandes



.....
Dr. Uwe Kraffel
2. Vorsitzender



.....
Burkhard Bratzke
Vorstandsmitglied

Vertrag

über die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß der Vereinbarung zwischen der KV Berlin und dem AEV nach § 73 b SGB V

Titel	Vorname		Name		
Straße/Nr.		PLZ/Ort		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
Wichtig: Bei der Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jedes Mitglied der Gemeinschaftspraxis einen Vertrag über die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung abschließen					

Hiermit stelle ich den Antrag zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß der Vereinbarung zwischen der KV Berlin und dem AEV nach § 73 b SGB V (nachfolgend HZV genannt). Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur hausärztlichen Versorgung durch Haus- und Fachärzte informiert und verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist;
- über die Teilnahme die KV Berlin im Auftrag und im Namen der teilnehmenden Krankenkassen entscheidet;
- bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen gemäß § 8 des HZV mein Honorar gekürzt oder ich von der Teilnahme am HZV ausgeschlossen werden kann;
- ich die Teilnahmevoraussetzungen gem. § 3 des HZV erfüllen muss;
- ich als Hausarzt die vertraglichen Pflichten gem. § 5 des HZV zu erfüllen habe;
- ich für die Erfüllung meiner Aufgaben aus dem HZV eine Vergütung gem. § 13 des HZV erhalte.

Darüber hinaus erkläre ich, dass

- ich an strukturierter hausärztlicher Fortbildung im Rahmen von Qualitätszirkeln und/oder alternativ durch Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen gem. § 4 Abs. 1 des HZV teilnehme und diese binnen 3 Monaten gegenüber der KV Berlin nachweise;
- ich die Patienten gemäß § 4 Abs. 1 des HZV nach den in der Anlage 1 zum Vertrag genannten evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien behandle;
- ich ein internes Qualitätsmanagement gem. § 4 Abs. 1 des HZV einführe und mich innerhalb von 3 Monaten bei einem QEP®-Einführungseminar oder gleichwertigem Seminar zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems anmelde und dies der KV Berlin nachweise;
- ich über ein entsprechendes Praxis-DV-System verfüge und die apparative Mindestausstattung gemäß § 4 Abs. 2 des HZV vorhalten kann;
- ich die Teilnahmeerklärung von Patienten, die ihre Teilnahme an dem o.g. Vertrag erklären, entgegennehme und an die KV Berlin innerhalb von 10 Tagen gemäß § 5 Abs. 8 des HZV übermittle;

Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben im Teilnehmerverzeichnis gem. § 7 des HZV einverstanden:

- Meines Namens und meiner Praxisanschrift mit Telefonnummer.
- Meiner Fachgruppe.
- Der Kennzeichnung als Vertragsarzt (Arztnummer).

Der Antrag wird im Namen der teilnehmenden Krankenkassen mit Wirkung ab angenommen.

Unterschrift Vertragsarzt; Stempel
Berlin, den

Unterschrift i.A. der KV Berlin

Anlage 3

Hausarztverzeichnis

Nr.	LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Strasse	PLZ	Telefon	Fax	E-Mail	Teilnahme ab	Teilnahme bis

Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V durch teilnehmende Hausärzte für Versicherte der Ersatzkassen
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

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

**Anlage 4 zum Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung
-Teilnahmeerklärung des Versicherten -**

Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung durch Hausärzte zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und dem Verband der Arbeiter Ersatzkassen, vertreten jeweils durch die Landesbereichsvertretung Berlin und handelnd für ihre beigetretenen Mitgliedskasse.

- Ersteinschreibung
- Information über Hausarztwechsel

Ja, ich nehme an der hausarztzentrierten Versorgung durch Hausärzte teil. Folgendes ist mir bekannt:

- Meine Krankenkasse bzw. mein gewählter Hausarzt hat mich ausführlich und umfassend über die hausarztzentrierte Versorgung sowie die Aufgabenteilung zwischen meinem Hausarzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert. Ich habe dazu ausführliche schriftliche Informationen erhalten.
- Das die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig ist. Eine Kündigung frühestens nach einem Jahr schriftlich gegenüber der Krankenkasse möglich ist. Die Kündigungsfrist vier Wochen zum Quartalsende beträgt
- Der Hausarzt bei meiner Versorgung die Funktion des Koordinators übernimmt und meine Behandlung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung koordiniert. Dies umfasst neben der Durchführung der hausärztlichen Betreuung die Koordination der fachärztlichen und der Krankenhausbehandlung, sowie die Koordination von Verordnungen, insbesondere von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und häuslicher Krankenpflege (veranlasste Leistung).
- sich mein Hausarzt einen umfassenden Überblick über meine Behandlungshistorie und über Art und Umfang der Behandlung durch weitere Leistungserbringer (z.B. Arzneimittel, Fachärzte, Häusliche Krankenpflege) verschafft.
- während der Dauer der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ambulante fachärztliche und stationäre Behandlung nur auf Überweisung meines gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Diese Regelung gilt nicht in Notfällen, urlaubsbedingter Abwesenheit und bei der Inanspruchnahme von Augen- und Frauenärzten sowie Psychologische Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte.
- Bei Umzug, Beendigung der Teilnahme des Hausarztes oder aufgrund eines dauerhaft gestörten Verhältnisses zum Hausarzt kann ich diesen wechseln. (Bei einem Wechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich.)

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Meine Daten und Informationen über die Art und Ergebnisse der Behandlung werden im erforderlichen Umfang nur von den an der Hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Vertragspartnern eingesehen und gespeichert. Meine Daten können, sofern sie der Erfüllung der sich aus der Hausarztzentrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den Beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Sämtliche Daten werden vertraulich. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden, soweit sie nicht mehr benötigt werden, bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieses beschriebenen Versorgungskonzeptes im erforderlichen Umfang gespeichert, übermittelt und genutzt werden

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

- nur vom Arzt auszufüllen -

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die Koordination im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung im Sinne des o.g. Vertrages wahrnehme.

Unterschrift Arzt

Vertragsarztstempel
Arzt/Gemeinschaftspraxis

VdAK	AEV	
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Information Hausarzt

An:

Kurzinformation an den Hausarzt bei fachärztlichem Primärzugang infolge akuter Behandlungsbedürftigkeit

Diagnose:

Therapie und vorgeschlagenes Prozedere:

Hausärztliche Stellungnahme:

hausärztliche Weiterbehandlung _____

hausärztliche Mitbehandlung wegen _____

fachärztliche Weiterbehandlung _____

Anmerkung:

Ausstellungsdatum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des

VdAK	AEV	
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Zweitmeinungsverfahren

gem. der Vereinbarung über die hausarztzentrierte Versorgung

Abklärung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung

Eigene Fax-Nummer: _____ **Datum:** _____

E-mail: _____

Nachricht an Fachgruppe (Klartext) _____

z. B. Herrn/Frau (Name des/r Arztes/Ärztin) _____

Anamnese/Befund: (Klartext) _____

Beigefügte Befunde:

EKG <input type="checkbox"/>	Röntgen <input type="checkbox"/>	CT <input type="checkbox"/>	NMR <input type="checkbox"/>	Szinti <input type="checkbox"/>
	Labor <input type="checkbox"/>	Sono <input type="checkbox"/>	EEG <input type="checkbox"/>	Histo <input type="checkbox"/>

Diagnose: (ICD-10) .

(Klartext) _____

Bisherige Therapie: (Klartext) _____

Zusätzliche Fragestellung: (Klartext) _____

Befund: (Klartext) _____

Wird die o.g. Diagnose bestätigt? Ja nein, neue Diagnose: (ICD-10) .

(Klartext) _____

Krankenhauseinweisung erforderlich? Ja nein

Weiteres Procedere:

Kontrolle erforderlich <input type="checkbox"/>	ambulante OP <input type="checkbox"/>	Pharmakotherapie <input type="checkbox"/>
physikalische Therapie <input type="checkbox"/>	ambulante Pflege <input type="checkbox"/>	stationäre Pflege <input type="checkbox"/>
psychosoziale Maßnahmen <input type="checkbox"/>	indikationsbez. Pat.schulung <input type="checkbox"/>	sonstige Maßnahmen <input type="checkbox"/>

Therapievorschlag: (Klartext) _____

Arztstempel (Absender)

Arztstempel (Empfänger)