

An alle Ärztinnen und Ärzte
- die als Hausarzt oder
- Facharzt für Innere Medizin ohne
Schwerpunkt
tätig sind

Der Vorstand
Ansprechpartner: Service-Center
Tel.: (030) 3 10 03 - 999
Fax: (030) 3 10 03 – 900
service-center@kvberlin.de

27. Januar 2016

**Polypharmaziecheck – Anlage zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V mit der
DAK-Gesundheit ab dem 01.02.2016**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat mit der DAK-Gesundheit einen Vertrag über die Durchführung eines Polypharmaziechecks abgeschlossen. Der Vertrag gilt ab dem 01.02.2016 und ist zunächst bis zum 31.12.2017 befristet.

Ziel des Vertrages ist die Überprüfung der Multimedikation zur Vermeidung von Fehlversorgung sowie die Beratung und Information des Patienten durch den teilnehmenden Arzt zur Umsetzung einer zielgerichteten Medikation und Förderung des richtigen Einnahmeverhaltens. Für die Betreuung und Behandlung zahlt die DAK-Gesundheit eine extrabudgetäre Vergütung.

Teilnahme:

Am Vertrag können Berliner Ärzte, die an der **hausärztlichen Versorgung** (gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nrn. 1 und 3-5 SGB V) und **Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt** teilnehmen und über einen Nachweis zur Teilnahme einschlägiger Fortbildungsveranstaltungen (Schwerpunkt Multimorbidität oder Polypharmazie oder wirtschaftliche Verordnungsweise von Arzneimitteln) mit mindestens 2 CME-Punkten in den letzten fünf Jahren verfügen und die Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V erfüllen.

Aufgaben des Arztes:

Grundlage der Durchführung des Polypharmaziechecks ist die vom Versicherten vorgelegte Medikamentenliste (Anlage 5). Der Vertrag gilt nur für die Versicherten, die von der DAK-Gesundheit ausgewählt werden und mit den Medikamentenlisten versorgt werden.

**Polypharmaziecheck
für
Versicherte der DAK-
Gesundheit**

**Überprüfung der Multi-
medikation**

**Vertrag für Hausärzte
und Fachärzte für Inne-
re Medizin ohne
Schwerpunkt**

**Nachweis über die
Teilnahme an einschlä-
gigen Fortbildungsver-
anstaltungen**

Der Hausarzt nimmt auf Grundlage der Medikamentenliste eine Bewertung aller haus- und fachärztlich übergreifend verordneten Arzneimittel vor und berät die Versicherten im Hinblick auf eine abgestimmte Arzneimitteltherapie.

Abrechnung und Vergütung:

SNR		Vergütung
91020	Polypharmaziecheck	30,00 €

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

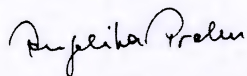
Der Vertrag gilt zurzeit **nur** für Versicherte der DAK-Gesundheit **mit Wohnort in Berlin**. Wir bemühen uns, diesen Vertrag künftig auch für Versicherte der DAK-Gesundheit mit anderen Wohnorten geltend zu machen.

Den Vertrag sowie Informationen zum **aktuellen Geltungsbereich** des Vertrages finden Sie auf der Homepage der KV Berlin (www.kvberlin.de) unter: *Für die Praxis > Verträge und Recht > Sonderverträge > Polypharmaziecheck*.

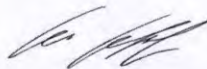
Weitere hilfreiche Informationen sind auf der folgenden Homepage der KV Berlin eingestellt: www.kvberlin.de > *Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > Überblick > Polypharmaziecheck (DAK-Gesundheit)*.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Vorstandsmitglied

**Beratung der
Versicherten**

**SNR 91020 =
30,00 €**

**Derzeit
nur für
Versicherte der DAK-
Gesundheit mit
Wohnort Berlin**

☎ 31003-999



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 584, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung

**zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V über die Durchführung eines Polypharmaziechecks
mit der DAK-Gesundheit – gültig ab dem 01.02.2016**

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

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

Die Antragstellung erfolgt: für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail-Adresse: _____



**Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angestellten Arzt
die Teilnahme an dem o.g. Vertrag.**

1. Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer

2. _____

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

Anschrift, Nebenbetriebsstättennummer

2. Fachliche Befähigung

a) Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung
(nach § 73 Abs. 1a Satz 1 Nrn. 1 sowie 3 bis 5 SGB V)
oder
Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt

UND

b) Nachweis über die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungsveranstaltungen
(Schwerpunkt Multimorbidität und/oder Polypharmazie und/oder wirtschaftliche
Verordnung von Arzneimitteln) mit mindestens 2 CME-Punkten in den letzten fünf
Jahren

UND

c) Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V



Erklärung

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert. Der Vertragsinhalt einschließlich seiner Anlagen ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag freiwillig ist und die Anforderungen erfüllt werden müssen,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag mit Datum des Bescheides beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich genehmigt und ich dann zur Leistungserbringung durch mich selbst oder durch den angestellten Arzt berechtigt und verpflichtet bin,
- dass ich mich mit der namentlichen Veröffentlichung auf der Homepage der KV Berlin einverstanden erkläre und
- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des o.g. Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / ggf. Leiter der Einrichtung