

Vereinbarung zur Fortführung des Hausarztvertrages gemäß § 73b SGB V

zwischen der

Knappschaft, Knappschaftsstr. 1, 44799 Bochum

und der

Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

- I. Die Knappschaft und die AG Vertragskoordination vereinbaren, den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung vom 29.08.2008, einschließlich aller Bestandteil gewordenen Anlagen sowie der vereinbarten Nachträge fortzuführen.

Ziel ist es insbesondere, das Versorgungskonzept auf die meist älteren und chronisch kranken eingeschriebenen Versicherten optimal auszurichten. Deshalb wird der bestehende Vertrag um einen Medikationscheck ergänzt. Durch die Aktivierung der Kodierempfehlung wird die Dokumentation der Krankheitslast der Knappschaftsversicherten verbessert und so die Grundlage zur Entwicklung weiterer Module zur Verbesserung der Versorgung der eingeschriebenen Knappschaftsversicherten gelegt.

- II. Der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung wird wie folgt geändert:

1. Nach § 5 Absatz 3 wird folgender neuer Absatz 4 eingefügt:

Der teilnehmende Hausarzt kann, für von der Knappschaft identifizierte eingeschriebene Patienten einen Medikationscheck nach Anlage 10 durchführen. Der teilnehmende Hausarzt kann auch Patienten, auf die die in der Anlage 10 beschriebenen Kriterien zutreffen, mit deren Einwilligung der Knappschaft für einen Medikationscheck vorschlagen.

2. § 14 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

Der teilnehmende Hausarzt nimmt jährlich an Fortbildungen zur Arzneimitteltherapie teil, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Landesärztekammern anerkannt sind. Die Inhalte umfassen insbesondere die Themen Polypharmazie und indikationsspezifische bzw. arzneimittelspezifische Besonderheiten neuer Therapien. Diese Fortbildungen können auch in Form eines Qualitätszirkels erfolgen. Die Knappschaft stellt bei Bedarf erforderliche Verordnungsdaten zur Verfügung.

3. § 23 Absatz 1 letzter Halbsatz wird gestrichen.

4. Nach § 23 Absatz 1 wird folgender neuer Absatz 2 eingefügt:

Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Quartalsende gekündigt werden.

-
5. Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
 6. Die Anlage 9 Vergütung wird neu gefasst.
 7. Die Anlage 10 Medikationscheck wird neu hinzugefügt.
- III. Die Parteien streben gemeinsam an, den Vertrag zeitnah um das Thema „software-gestützte Arzneimittelsteuerung“ zu erweitern.
- IV. Durch den gezielten Arzneimittelcheck sollen unerwünschte Arzneimittelwirkungen reduziert und dadurch bedingte Folgekosten vermieden werden. Die Parteien gehen davon aus, dass hierdurch die vertraglich vereinbarten finanziellen Mehraufwendungen refinanziert werden. Um dies zu belegen, werden die Vertragspartner die finanziellen Auswirkungen nach Ablauf eines Jahres evaluieren. Die Vertragspartner stimmen gemeinsam ein Evaluationskonzept ab. Sollte die Refinanzierung nicht in der erwarteten Höhe eintreten, verpflichten sich die Vertragsparteien, die Vergütung so anzupassen, dass eine Kostenneutralität sichergestellt ist.
- V. Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2012 in Kraft.

Berlin, den 12.12.2011

Für die AG Vertragskoordinierung



Dr. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Dr. Carl-Heinz Müller
Vorstand der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Für die Knappschaft



Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Anlagen

Anlage 9 Vergütung

Die Anlage 9 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Die teilnehmenden Hausärzte rechnen die Behandlung der Versicherten, die an diesem Vertrag teilnehmen, im Rahmen ihrer Quartalsabrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Der teilnehmende Hausarzt erhält als Grundpauschale für die Koordination der Versorgung des Patienten 4 Euro pro Quartal bei einem Arzt-Patienten-Kontakt für jeden eingeschriebenen Patienten vergütet.

Wird der Medikationscheck für einen von der Knappschaft identifizierten Patienten entsprechend der Anlage 10 durchgeführt, wird er wie folgt vergütet:

Medikationscheck: 80,00 €

Sofern die Koordination der Arzneimitteltherapie in Abstimmung mit mindestens einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und/oder mit mindestens einer stationären Einrichtung erfolgt und die Hausärztin/ der Hausarzt für den gesamten Medikationscheck einen Zeitaufwand von mehr als 240 Minuten hat:

Medikationscheck mit Konsil: 160,00 €

Der Medikationscheck kann nur im Auftrag entsprechend dem in Anlage 10 beschriebenen Verfahren der Knappschaft erbracht werden.

GOP	Bezeichnung	Vergütung
81110	Grundpauschale	4 €
81112	Medikationscheck	80 €
81113	Medikationscheck mit Konsil	160 €

(2) Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Die Rechnungslegung erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 408 auf der Ebene 6.

Anlage 10 Medikationscheck

Der in § 5 Absatz 4 beschriebene Medikationscheck wird wie folgt durchgeführt:

I. Ziele:

Der fundierte Medikationscheck zielt auf eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung mit Arzneimitteln der eingeschriebenen Patienten. Im Fokus stehen dabei insbesondere die Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) sowie Doppel- oder Mehrfachverordnungen.

II. Patienten:

Die Krankenkasse identifiziert an diesem Vertrag teilnehmende Versicherte, die für einen solchen Medikationscheck in Frage kommen. Das sind u.a. Patienten, die über mindestens vier Quartale jeweils mindestens fünf Wirkstoffe (Dauermedikation) verordnet bekommen haben. Diese Wirkstoffe können von unterschiedlichen Vertragsärzten verordnet worden sein.

III. Ablauf:

Hat die Knappschaft einen Patienten identifiziert, auf den die unter II. beschriebenen Punkte zutreffen, informiert sie den am Vertrag teilnehmenden Hausarzt schriftlich. Diesem Schreiben ist eine Einverständniserklärung der Patientin/ des Patienten (Anhang a) beigelegt.

Die Hausärztin/ der Hausarzt informiert die Patientin/ den Patienten ausführlich über die Hintergründe des Arzneimittelchecks. Sofern die Patientin/ der Patient teilnehmen möchte, wird die von der Patientin/ dem Patienten unterschriebene Einverständniserklärung (Anhang a) durch die Hausärztin/ den Hausarzt zurück an die Knappschaft gefaxt (Faxnr.:xxxx).

Nach Zustimmung des Patienten übermittelt die Krankenkasse dem teilnehmenden Hausarzt, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist, die Liste der Wirkstoffe, die in den letzten vier Quartalen verordnet wurden. Dieser Gesamtverordnungsanalyse ist auch der Bezug zu weiteren möglichen verordnenden Ärzten zu entnehmen.

Zunächst überprüft der teilnehmende Arzt, ob für diesen Patienten alle relevanten Diagnosen gemäß dem aktuellen ICD-10 Code unter der Verwendung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (G, A, V, Z), bei Diagnosen mit Seitenlokalisationen die zusätzliche Angabe eines Zusatzkennzeichens (R, L, B), aufgeführt wurden. Ggf. aktualisiert er die Kodierung entsprechend. Sofern A, V oder Z nicht zutreffend sind, ist das Zusatzkennzeichen G anzugeben.

Der Hausarzt erfragt beim ausgewählten Patienten, welche frei verkäufliche Arzneimittel, die nicht verordnet wurden, zusätzlich in Selbstmedikation eingenommen werden..

Der Hausarzt prüft die vorliegende Wirkstoffliste und die Informationen des Patienten über die Selbstmedikation insbesondere hinsichtlich folgender Punkte:

- unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- Doppel- oder Mehrfachverordnungen
- Tagestherapiedosen
- Empfehlungen der aktuellen „Priscus-Liste“
- Besonderheiten bei Kindern

Die Maßnahmen, die aus dem Medikationscheck resultieren (Absetzung eines Medikaments, Modifikation der Medikation oder das Pausieren bei der Einnahme bestimmter Medikamente), werden auf der Verordnungsliste vom Arzt dokumentiert.

IV. Konsiliarisches Gespräch mit einem Kollegen

Sofern im Anschluss an den Medikationscheck Änderungen von Verordnungen durch einen anderen Vertragsarzt notwendig werden, muss der Hausarzt Kontakt mit dem entsprechenden Kollegen aufnehmen. Mit ihm bespricht er das Ergebnis des Medikationschecks sowie mögliche alternative Verordnungen für den Patienten. Ggf. kann ein solches Gespräch mit mehreren Kollegen notwendig sein.

V. Patientengespräch

Auf der Grundlage des Ergebnisses des Medikationschecks ggf. unter Berücksichtigung des Konsils bespricht der Hausarzt die (neue) Medikation mit dem Patienten beim nächsten Termin. Sofern Änderungen der Verordnungen oder Selbstmedikation erforderlich sind, bespricht der Hausarzt den konkreten Ablauf der Umstellung mit dem Patienten und dokumentiert die Änderungen in einem Medikationsplan. Zur Dokumentation der Umstellungsmaßnahmen verwendet der Hausarzt/ die Hausärztin die Verordnungsliste, auch für den Fall dass keine Intervention erforderlich oder möglich war. Anschließend koordiniert und überwacht er die Umstellung.

VI. Übermittlungspflichten

Möglichst zeitnah nach Durchführung des Medikationschecks wird die Verordnungsliste inklusive dokumentierter Maßnahmen an die Krankenkasse übermittelt. Zudem wird die Verordnungsliste als Abrechnungsbeleg mit der Quartalsabrechnung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt. Nach erfolgter Prüfung leitet die Kassenärztliche Vereinigung die Dokumentationsbögen an die Knappschaft weiter.

VI. Nachhaltigkeit

Zum Zweck der nachhaltigen Begleitung des Patienten stellt die Knappschaft innerhalb des an den Medikationscheck folgenden Jahres dem teilnehmenden Arzt erneut eine Liste der dem Pati-

enten aktuell verordneten Wirkstoffe zur Verfügung.

VII. Arztinformationen:

Die KBV und die Knappschaft erstellen eine Informationsbroschüre in der die Ziele, der konkrete Ablauf (u.a. mit anonymisierten „Echtfällen“) sowie die Vergütungssystematik dargestellt werden. Die Knappschaft stellt diese Informationsbroschüre den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung, die diese an die teilnehmenden Hausärzte sendet.

Protokollnotiz

Die Vertragspartner verständigen sich nach einem Jahr nach Inkrafttreten der Vertragsänderung zum Medikationscheck über dessen Auswirkung auf die Versorgung. Dabei stehen insbesondere Effekte im Bereich der unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) und der Wirtschaftlichkeit im Fokus. Des Weiteren beinhaltet dies auch die Prüfung der Einbeziehung weiterer Berufsgruppen, wie beispielsweise Apothekern, im Rahmen des Medikationschecks.