

**Vertrag zur
Integrierten Versorgung durch Hausärzte und
Hausapotheken
(„Integrationsvertrag“)
gem. §§140 a ff. SGB V**

zwischen der

BARMER Ersatzkasse,

Lichtscheider Straße 89 – 95, 42285 Wuppertal, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch das Mitglied des Vorstandes Klaus H. Richter

- nachfolgend **BARMER** genannt -

sowie der

HÄVG Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e.G.,

Theodor-Heuss-Ring 14, 50668 Köln, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch die Vorstandsmitglieder Eberhard Mehl und Joachim Schütz

- nachfolgend **HÄVG** genannt -

und der

MGDA-Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker mbH,

Carl-Mannich-Str. 24, 65670 Eschborn, vertreten durch den Geschäftsführer Gregor Ulrich

- nachfolgend **MGDA** genannt -

mit Unterstützung durch den

Deutschen Hausärzteverband e.V.,

Theodor-Heuss-Ring 14, 50668 Köln, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Ulrich Weigeldt

- nachfolgend **HAUSÄRZTEVERBAND** genannt -

und durch den

Deutschen Apothekerverband e.V., Jägerstr. 49/50, 10117 Berlin, vertreten durch die Mitglieder des Vorstandes, Fritz Becker und Dr. Peter Homann

- nachfolgend **DAV** genannt -

Präambel

Die hausärztliche Versorgung stellt einen unverzichtbaren Bestandteil des Deutschen Gesundheitssystems dar. Zahlreiche Studien belegen, dass Patienten Mängel in der Patientenbetreuung erleben und ein Mehr an Informationen hinsichtlich der Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen wünschen. Mit dem Ziel der individuellen Beratung ist der Weg über den Hausarzt die beste und wirtschaftlichste Form des Umgangs mit vielen Erkrankungen. Der Hausarzt koordiniert und steuert die Versorgung des Patienten über alle Versorgungsebenen hinweg und bindet dabei den Patienten aktiv ein. Hierzu gehört insbesondere auch die Arzneimitteltherapie, die in enger Abstimmung und Kommunikation mit dem Hausapotheker des Patienten optimiert wird. Zusätzlich berät der Hausapotheker den Patienten umfassend pharmazeutisch. Damit wird ein signifikanter Beitrag zur besseren qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Behandlung des Patienten geleistet.

Dieser Vertrag regelt die zur Etablierung und Umsetzung einer solchen „Integrierten Versorgung durch Hausarzt- und Hausapotheken“ notwendigen Voraussetzungen und Instrumente, wobei die HÄVG – für den Bereich Hausärzte - und die MGDA – für den Bereich der Apotheken - gegenüber der BARMER diese „Integrierte Versorgung durch Hausarzt und Hausapotheke“ i.S.d. § 140b Abs.1 Ziffer 4 SGB V gemeinsam anbieten und nach Maßgabe der vertraglichen Bestimmungen dieses Integrationsvertrages umsetzen.

Die HÄVG ist eine mit Unterstützung des Deutschen Hausärztesverbandes gegründete Vertragsgemeinschaft, die in der Rechtsform der Genossenschaft (Rahmen-) Verträge, die, Art und Umfang der Leistungserbringung sowie ihre Vergütung betreffen, mit Kostenträgern im Gesundheitswesen schließt, soweit die gesetzlichen Rahmenbedingungen dies zulassen. Die – immer freiwillige - Teilnahme an solchen Verträgen steht allen zugelassenen hausärztlich tätigen Vertragsärzten offen.

Die MGDA ist ein Unternehmen des DAV, das sich als Dienstleister für Apotheken versteht. Die MGDA eröffnet der Apothekerschaft neue Betätigungsfelder und unterstützt sie mit gezielten Marketingmaßnahmen in ihrer Beratungsfunktion. Die MGDA agiert bundesweit und wird durch den DAV und die Landesapothekerverbände effektiv unterstützt.

Der Hausärztesverband und der DAV begleiten und unterstützen die Umsetzung dieses Vertrages.

Schließlich wird das Zusammenwirken der an dem Integrationsvertrag teilnehmenden Akteure abgerundet durch eine Bonusregelung zu Gunsten der freiwillig teilnehmenden Patienten der BARMER sowie durch eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung der vertragspezifischen Leistungen der teilnehmenden Hausärzte und Hausapotheker.

Die Regelungen zu Zielvereinbarungen und zum Einstieg in Ergebnisverantwortung sollen mittelfristig zu einer Ausgewogenheit von besonderen Vergütungen und Einspareffekten führen. Nur unter dieser Voraussetzung wird es der BARMER dauerhaft möglich sein, die „Integrierte Hausarzt- und Hausapothekenbasierte Versorgung“ im System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren.

§ 1 Versorgungsauftrag

1. Im Mittelpunkt des Integrationsvertrages steht die Koordinierung, Steuerung und Begleitung der Versorgung des Patienten durch den Hausarzt gemäß § 73 Abs.1a Satz 1 SGB V im Zusammenwirken mit dem Hausapotheker und anderen Leistungserbringern. Der Versorgungsauftrag beinhaltet dabei im Wesentlichen:
 - Individuelle Betreuung des Patienten durch den Hausarzt hinsichtlich eines optimalen Behandlungsablaufes, falls der Patient unterschiedliche Leistungserbringer und Versorgungsebenen (z.B. Fachärzte, andere Therapeuten, stationäre Behandlung) in Anspruch nehmen muss. Der Hausarzt betreut seinen Patienten, indem er Behandlungsschritte koordiniert sowie Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse zusammenführt. Hierbei gilt der Arzneimittelversorgung besondere Aufmerksamkeit. Weiterhin unterstützt bzw. ermutigt der Hausarzt den Patienten darin, dass dieser sich mit seiner Erkrankung auseinandersetzt und gemeinsam stets der für den Patienten bestmögliche Behandlungsweg gefunden wird.
 - Aktive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker bei der Arzneimittelversorgung. Dieses beinhaltet, dass
 - der Apotheker für eingeschriebene Patienten eine Medikationsliste anlegt,
 - der Hausarzt im konkreten Behandlungsfall Daten aus der Medikationsliste vom Apotheker anfordern kann und sich Arzt und Apotheker dann gemeinsam über die Medikation verständigen.
 - Patientenindividuelle Beratung durch den Hausarzt hinsichtlich präventiver Maßnahmen (z.B. Ernährung, Bewegung, Check up) mit dem Ziel einer möglichen Optimierung der Arzneimitteltherapie.
 - Beratung der Patienten über die Integrierte Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken.
 - Aktive Einbindung der Patienten in den Behandlungsablauf durch die beteiligten Leistungserbringer. Hierbei ist ihnen durch den Hausarzt eine Hilfestellung für ein eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Verhalten bei gleichzeitigem Angebot und Nutzung geeigneter präventiver Maßnahmen zu geben.
 - Einschreibung der Patienten; diese beinhaltet nach vorausgegangener Information das Ausfüllen der Teilnahmeunterlagen, Entgegennahme und Verwaltung der Unterlagen.
 2. Die Bindung an den Hausarzt und eine Hausapotheke gewährleistet die Erfüllung des oben beschriebenen Versorgungsauftrages. Dafür wählt der Patient nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen einen Hausarzt und Hausapotheker.
-

§ 2

Grundsätze und Ziele

1. Ziel dieses Integrationsvertrages ist die bundesweite Etablierung und Umsetzung einer Integrierten Versorgung durch Hausärzte- und Hausapotheken auf der Grundlage der §§ 140a ff. SGB V. Die HÄVG und die MGDA bieten für die betroffenen Leistungssektoren und Versorgungsebenen die Integrierte Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer an. Die Teilnahme von Hausärzten und Hausapotheken an dieser Integrierten Versorgung wird in Abstimmung mit der BARMER von der HÄVG und der MGDA nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages ausgeschrieben.
2. HÄVG und MGDA verpflichten die durch sie zu diesem Integrationsvertrag zugelassenen Leistungserbringer zu einer verbesserten, qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Patienten. Insbesondere übernehmen die beteiligten Leistungserbringer die Gewähr dafür, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizintechnischen Voraussetzungen für die vereinbarte Integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen. Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind nach Maßgabe der nachfolgenden sowie der gesetzlichen Bestimmungen für teilnehmende Leistungserbringer verpflichtend.
3. Durch den Integrationsvertrag sollen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung verbessert und potenzielle bzw. systembedingte Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Für die Vertragspartner steht bei der Auswahl und dem Angebot der einzelnen Elemente der Integrierten Versorgung immer der Patient im Mittelpunkt. Hierdurch wird ihm eine verbesserte, strukturierte, evidenzbasierte und leitlinienorientierte Behandlung und Therapie eröffnet, die seinen individuellen Bedürfnissen entspricht und an der er aktiv partizipieren kann. Ausgehend von einer Lotsenfunktion des Hausarztes kommt diesem dabei eine zentral steuernde und koordinierende Funktion zu.

§ 3

Räumlicher Geltungsbereich

Die Vereinbarung gilt im gesamten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

§ 4 Einschreibung und Teilnahme der Patienten

1. Versicherte der BARMER ab Vollendung des 18. Lebensjahres (Patienten) können freiwillig an der „Integrierten Versorgung durch Hausarzt- und Hausapotheken“ teilnehmen.
2. Die Teilnahme von Patienten an der Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken beginnt mit der Einschreibung beim akkreditierten Hausarzt durch Unterzeichnung der vollständig ausgefüllten Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Patienten. Die Teilnahme-/Einwilligungserklärung ist diesem Vertrag als Muster in **Anlage 01a** beigefügt.
3. Die Einschreibung, die umfassende Information über Rechte und Pflichten der teilnehmenden Patienten sowie über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und Datenweitergabe erfolgen in der Hausarztpraxis. Das Einschreibeverfahren wird begleitet durch gezielte Informationen der BARMER.
4. Der Patient ist in der Wahl unter den teilnehmenden Hausärzten und Hausapotheken frei. Mit der Einschreibung nach Abs. 2 wählt der Patient unter den teilnehmenden Hausärzten seinen Hausarzt und unmittelbar danach unter Verwendung des entsprechenden Sonderformulars (Muster **Anlage 01b**) seine Hausapotheke. Die Versicherten der BARMER, die sich in eine teilnehmende Hausapotheke einschreiben, die zugleich BARMER Service Apotheke im Sinne der Vereinbarung zur Intensivierung der Kooperation bei der qualitätsorientierten Versorgung der Versicherten (Kooperationsvertrag) ist, gelten neben der Einschreibung in die Apotheke aufgrund dieses Vertrages zugleich als eingeschriebene in die BARMER Service Apotheke aufgrund des Kooperationsvertrages. Die Teilnahme/Einwilligungserklärung hat einen entsprechenden Hinweis zu enthalten.
5. Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Patient, bei der Inanspruchnahme ambulant vertragsärztlicher Leistungen zuerst den von ihm gewählten Hausarzt zu konsultieren und den Facharzt nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Die zuvor geregelte Verpflichtung gilt nicht im Vertretungsfall, während urlaubsbedingter Abwesenheit des Patienten sowie für die Inanspruchnahme des Notdienstes. Bei den Facharztgruppen der Gynäkologen und der Augenärzte ist eine Direktinanspruchnahme möglich. Gleiches gilt für den Fall der direkten Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung bei bereits bewilligter psychotherapeutischer Behandlung. Die Verpflichtung nach § 28 Abs. 4 SGB V bleibt dabei unberührt.

6. Im Einzelfall, wie z.B. bei besonders schwerwiegenden Erkrankungen, ist der begründete Wunsch des Patienten nach einer weiteren vertragsärztlichen Meinung (Zweitmeinung) seitens des Hausarztes zu berücksichtigen.
Zur Gewährleistung der vertraglich angestrebten Arzneimittelsicherheit verpflichtet sich der Patient, verordnete Arzneimittel und solche der Selbstmedikation ausschließlich in der gewählten Hausapotheke abzunehmen. Dies gilt nicht für den Fall der Vertretung, der urlaubsbedingten Abwesenheit des Patienten, der Inanspruchnahme des Apothekennotdienstes sowie in anderen vergleichbaren Fällen, in denen dem Patienten das Aufsuchen der von ihm gewählten Hausapotheke nicht zumutbar ist.

7. Die wiederholte Nichteinhaltung der vertragsspezifischen Verpflichtungen durch den Patienten oder dessen Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V führen zur Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag.
8. Die Teilnahmedauer an der Integrierten Versorgung durch Hausarzt- und Hausapotheken beträgt mindestens 12 Monate und verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht der Patient seine Teilnahme spätestens drei Monate vor Ablauf des Teilnahmejahres kündigt. Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der BARMER zu erfolgen. Die Barmer vermerkt die Kündigung im Teilnehmer-Datenpool.
9. Ein Wechsel des Hausarztes und/oder Hausapotheke ist nur in folgenden Fällen zulässig:
 - Umzug des Patienten,
 - Beendigung der Teilnahme des Hausarztes/der Apotheke,
 - Dauerhaft gestörtes Verhältnis zwischen Arzt bzw. Apotheker und Patienten.

Bei Wechsel des Hausarztes oder der Hausapotheke erfolgt eine entsprechende Erklärung unter Verwendung des Einschreibformulars nach dem Muster aus **Anlage 01a bzw. 01b**; § 10 gilt entsprechend. Die Teilnahme des jeweils nicht neu gewählten Leistungserbringers bleibt von dem Wechsel des jeweils anderen Leistungserbringers unberührt. Der neu gewählte Hausarzt erhält von dem bisher betreuenden Hausarzt die vollständigen Unterlagen; dies gilt entsprechend für den Wechsel der Hausapotheke. Unbeschadet der nachfolgenden Regelungen entfällt eine erneute Einschreibepauschale für den neu gewählten Hausarzt. Mit Wirksamkeit des Wechsels – Tag der Neueinschreibung – erlischt die entsprechende Vergütungsberechtigung des bisher gewählten Hausarztes/Apotheke zum Ende des Quartals, in dem der Wechsel erklärt wird. Die Vergütungsberechtigung des neu gewählten Hausarztes bzw. der neu gewählten Hausapotheke beginnt frühestens mit dem auf die Erklärung des Wechsels folgenden Quartals.

10. Eine Einschreibung bei mehr als einem Hausarzt und einer Hausapotheke ist nicht zulässig.

§ 5

Teilnahme der Hausärzte und Hausapotheken

1. Leistungen nach diesem Vertrag können nur von
 - 1.1 Vertragsärzten, die gemäß § 73 Abs. 1a S.1 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Teilnahmevoraussetzungen nach § 6 erfüllen sowie
 - 1.2 Apotheken, die die Teilnahmevoraussetzungen nach § 7 erfüllen,

erbracht werden. Die Teilnahme der vorgenannten Leistungserbringer ist freiwillig. Hausärzte sind dann zur Teilnahme berechtigt, wenn sie nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages ihre Teilnahme gegenüber der HÄVG unter Verwendung des entsprechenden Formulars (Muster **Anlage 02a**) erklärt haben und die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllen.

Apotheken sind dann zur Teilnahme berechtigt, wenn sie nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages ihre Teilnahme gegenüber der MGDA unter Verwendung des entsprechenden Formulars (Muster **Anlage 02b**) erklärt haben und die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllen.

Die Teilnahme darf Hausärzten und Apotheken, die die vertraglichen Voraussetzungen erfüllen, nur aus wichtigem Grund verweigert werden. Sie kann allerdings von der HÄVG für die Hausärzte bzw. der MGDA für die Hausapotheken von weiteren Voraussetzungen abhängig gemacht werden. Dies darf insbesondere mit dem Ziel erfolgen, Organisationsabläufe zu vereinheitlichen oder die Finanzierung der Leistungen der HÄVG bzw. der MGDA sicher zu stellen. Die Apotheken können insbesondere verpflichtet werden, die Abrechnungen gegenüber der MGDA über ein Rechenzentrum vorzunehmen.

Die Teilnahme am Integrationsvertrag wird von der HÄVG und der MGDA jeweils getrennt für ihren Versorgungsbereich im Benehmen mit der BARMER ausgeschrieben.

2. Die Ausschreibung für die Teilnahme von Hausärzten erfolgt durch Bekanntmachung des Integrationsvertrages
 - a. auf der Homepage des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. ,
 - b. in der Zeitschrift „Der Hausarzt“ und
 - c. auf der Homepage der BARMER.

Die Ausschreibung kann zusätzlich auch in weiteren Fachzeitschriften, Fachportalen und anderen geeigneten Medien veröffentlicht werden.

3. Die Ausschreibung für die Teilnahme von Apotheken erfolgt durch Bekanntmachung des „Integrationsvertrages“
 - a. auf der Homepage der MGDA,
 - b. in der Zeitschrift „Pharmazeutische Zeitung“ und
 - c. auf der Homepage der BARMER.

Die Ausschreibung kann zusätzlich auch in weiteren Fachzeitschriften, Fachportalen und anderen geeigneten Medien veröffentlicht werden.

4. Bei der jeweiligen Bekanntmachung des Integrationsvertrages im Rahmen der Ausschreibung ist es zulässig, auf den gesamten Vertragstext einschließlich der Anlagen zu verweisen bzw. zu verlinken. HÄVG bzw. MGDA übersenden Hausärzten bzw. Apotheken auf deren Verlangen den Vertragstext gegen eine angemessene pauschale Kostenerstattung.
 5. Beginn der Teilnahme ist für Hausärzte der Tag des Zugangs der schriftlichen Teilnahmeerklärung des Hausarztes nach dem Muster in **Anlage 02a** bei der HÄVG, für Apotheken der Tag des Zugangs der schriftlichen Teilnahmeerklärung der Hausapotheke nach dem Muster in **Anlage 02b** bei der MGDA, falls der Teilnahme nicht von der HÄVG bzw. der MGDA innerhalb von drei Wochen nach Zugang der Erklärung widersprochen wird. Die Teilnahme ist jeweils auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt. Sie endet im Übrigen nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen in den Abs. 7 bis 9.
 6. Der teilnehmende Hausarzt kann seine Teilnahme am Vertrag gegenüber der HÄVG kündigen; die teilnehmende Apotheke kann ihre Teilnahme gegenüber der MGDA kündigen. Die Kündigung kann jeweils mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich zum Ende eines jeden Kalenderjahres erklärt werden.
-

7. Die Teilnahmeberechtigung ist von der HÄVG - gegenüber Hausärzten - bzw. der MGDA – gegenüber Apotheken - zu entziehen, soweit festgestellt wird, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an diesem Vertrag nicht mehr vorliegen oder ein sonstiger wichtiger Grund für den Entzug der Teilnahmeberechtigung vorliegt. Entsprechende Hinweise der Vertragspartner dieses Vertrages werden berücksichtigt.
8. Unbeschadet der Regelung in Abs. 7 führt auch die fortgesetzte Nichteinhaltung der Vertragspflichten zum Ausschluss der Teilnahme an dem Integrationsvertrag. Vor dem Ausschluss erfolgt eine schriftliche Abmahnung durch die HÄVG oder die MGDA. Der Ausschluss erfolgt in Abstimmung mit der BARMER. Der Ausschluss wird zum Ende des Folgequartals der Entscheidung der Vertragsparteien über den Ausschluss wirksam.
9. Im Falle der Beendigung ihrer Teilnahme an dem Integrationsvertrag hat die BARMER die jeweils bei ihr eingeschriebenen Patienten hierüber zu unterrichten.

§ 6

Teilnahme und Aufgaben der Hausärzte

1. Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte sind folgende Kriterien bzw. zukunftsgerichtete Verpflichtungen:
 - a) Praxisausstattung mit Faxgerät und EDV mit Praxissoftware.
 - b) Regelmäßige hausärztliche Fortbildung nach Maßgabe der in **Anlage 03** festgelegten Fortbildungsstruktur, insbesondere durch Teilnahme an Qualitätszirkeln. Grundlage hierfür ist die vom Institut für Hausärztliche Fortbildung (IhF) entwickelte Fortbildungsstruktur. Die Fortbildungsangebote selbst müssen vom IhF zertifiziert oder als qualitativ gleichwertig anzusehen sein. Der Hausarzt muss jährlich an mindestens vier verschiedenen Qualitätszirkelveranstaltungen, deren Inhalte in der Fortbildungsstruktur des IhF enthalten sind, teilnehmen; eine der jährlichen Fortbildungsveranstaltungen muss jeweils den Bereich der Pharmakotherapie abdecken. Die HÄVG überprüft die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung und erstattet der BARMER hierzu jährlich Bericht.
 - b) Implementierung jährlich mindestens einer z.B. von der DEGAM oder ÄZQ (ggf. AWMF) festgelegten, evidenzbasierten medizinischen Leitlinie in die hausärztliche Tätigkeit ab dem 2. Teilnahmejahr; die hiernach zu implementierenden Leitlinien werden gemeinsam von den Vertragspartnern festgelegt und den teilnehmenden Hausärzten bekannt gegeben.
 - c) Bereitschaft zur Durchführung akkreditierter strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V („DMP“).

Der teilnehmende Hausarzt hat der HÄVG unverzüglich mitzuteilen, falls eine der Voraussetzungen nach Abs. 1 entfallen ist.

2. Die teilnehmenden Hausärzte sind verpflichtet,
- a) die Patienten über die Inhalte dieses Integrationsvertrages aufzuklären;
 - b) sie zur Teilnahme und aktiven Mitwirkung an dem Integrationsvertrag zu motivieren;
 - c) die Patienten in den Integrationsvertrag einzuschreiben und die hierfür erforderlichen Unterlagen entgegen zu nehmen und entsprechend den vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen aufzubewahren, der HÄVG Einschreibedaten sowie ihm bekannte Veränderungen im Teilnahmestatus der Patienten in der in **Anlage 04a** bestimmten Frist sowie in dem dort genannten Format zuzuleiten; dem Patienten ist auf dessen Wunsch eine Ausfertigung der von ihm unterschriebenen Teilnahmeerklärung auszuhändigen;
 - d) die Patienten hinsichtlich eines optimalen Behandlungsablaufes zu betreuen, insbesondere wenn der Patient unterschiedliche Leistungserbringer und Versorgungsebenen (Fachärzte, Therapeuten, Krankenhaus, Reha, Pflege) in Anspruch nehmen muss. Der Hausarzt betreut und berät seinen Patienten, indem er Behandlungsschritte koordiniert, Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse sowie Medikationsdaten zusammenführt;
 - e) durch ein qualitätsgesichertes, wirtschaftliches Ordnungsverhalten die Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie die Krankenhausbehandlung für teilnehmende Versicherte zu optimieren. Zur Realisierung von Einsparungen in den genannten Bereichen vereinbaren die Vertragspartner die in **Anlage 05** genannten Maßnahmen;
 - f) zu interaktiven Maßnahmen im Austausch mit dem Hausapotheker, ausgerichtet an dem - auf Basis der jeweiligen Dokumentationen von Hausarzt und Hausapotheker - ermittelten individuellen Versorgungsbedarf des Patienten sowie weiteren in diesem Vertrag gesondert vereinbarten Maßnahmen in anderen Leistungsbereichen;
 - g) zu einer leitliniengerechten Behandlung und Überweisung zur weiter- oder mitbehandelnden Versorgungsebene;
 - h) zu einer patientenindividuellen Beratung sowie Abklärung und Begleitung präventiver Maßnahmen ggf. auf Basis einer Gesundheitsuntersuchung (Check up, soweit im Einzelfall erforderlich) mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität und Lebenssituation des Patienten;
 - i) auf der Grundlage der in § 9 von den Vertragsparteien festgelegten Maßnahmen den Patienten unter Berücksichtigung seiner spezifischen Risikofaktoren über geeignete regionale Präventionsangebote zu informieren und;
 - j) gegenüber teilnehmenden Patienten mit entsprechenden Erkrankungen auf die Teilnahme an Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V hinzuwirken, bei deren freiwilliger Entscheidung für eine Teilnahme die Einschreibung nach Maßgabe der gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme in das jeweils geeignete Programm durchzuführen und sie zur dauerhaften Fortsetzung der Teilnahme zu motivieren.
-

§ 7

Teilnahme und Aufgaben der Hausapotheken

1. Die Apotheken sind zur Teilnahme berechtigt, wenn
 - a) sie die Voraussetzungen zur Teilnahme an der grundsätzlich allen Apotheken offen stehenden Vereinbarung zwischen der BARMER Ersatzkasse und dem Deutschen Apothekerverband e.V. zur Intensivierung der Kooperation bei der qualitätsorientierten Versorgung (BARMER SERVICE Apotheke) der Patienten erfüllen oder an dem Kooperationsvertrag teilnehmen; die an die Ausstattung der Apotheke und die Qualifikation gestellten Anforderungen des Kooperationsvertrages im Zeitpunkt des Vertragsschlusses sind in **Anlage 06** wiedergegeben;

und

sie nach **Anlage 07** Leistungen qualitätsgesichert anbieten

und
 - b) die Apotheke sich verpflichtet, die in Abs. 3 bis 9 und den zugehörigen Anlagen festgelegten Leistungen aktiv zu erbringen und bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen eine qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung der teilnehmenden Patienten nach Maßgabe dieses Vertrages zu gewährleisten.
 2. Der Leiter der Apotheke hat der MGDA unverzüglich mitzuteilen, falls eine der Voraussetzungen nach Ziffer 1 entfallen ist.
 3. Die teilnehmende Apotheke stellt eine Prüfung auf etwaige kritische Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Fehldosierungen usw. im Zuge der Medikation der Patienten sicher und ermöglicht eine intensive Beratung derselben in allen Arzneimittelfragen. Hierzu führt die Apotheke für jeden teilnehmenden Patienten nach dessen schriftlicher Zustimmung eine laufend zu ergänzende Medikationsliste inklusive der Selbstmedikation. Näheres ist in **Anlage 08** geregelt.
 4. Der Apotheker hat dem behandelnden Hausarzt die Medikationsliste einschließlich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu übermitteln und mit dem Hausarzt telefonisch oder schriftlich Kontakt aufzunehmen, wenn dies bei Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, Fehldosierungen etc. erforderlich ist.
 5. Auf begründete Anforderung des Hausarztes sind diesem für teilnehmende Patienten Inhalte der Medikationsliste mitzuteilen. Auch im Fall der Einweisung zur stationären Behandlung übermittelt die Apotheke die Daten der aktuellen Medikation einschließlich der Selbstmedikation schriftlich an den Hausarzt auf dessen Anforderung. Der Hausarzt soll diese den Einweisungsunterlagen beifügen.
 6. Der Apotheker hat jeden Fall der Kommunikation nach Ziffern 4 und 5 in der Apotheke zu dokumentieren. Hierbei sind der Name des teilnehmenden Versicherten oder dessen Versichertennummer, der Name des kontaktierten Hausarztes oder dessen
-

Arztnummer sowie das Datum der Kommunikation festzuhalten. Das Nähere zur Abrechnung dieser Leistungen regelt § 14.

7. Ergeben sich im Rahmen eines Check-up's in der Apotheke Anhaltspunkte für einen krankhaften Zustand des Patienten, empfiehlt der Apotheker eine Konsultation des vom Patienten gewählten Hausarztes.
8. Die teilnehmenden Apotheken unterstützen aktiv im Rahmen ihrer rechtlichen Möglichkeiten die aufgrund § 130a Absatz 8 SGB V geschlossene Rabattverträge, an denen die BARMER beteiligt ist. Die Einzelheiten hierüber werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
9. Die teilnehmenden Apotheken gewähren im Bedarfsfall für die eingeschriebenen Patienten der BARMER eine die Arzneimittelsicherheit ausreichend berücksichtigende und bedarfsgerechte Belieferung bzw. Versorgung auch nach Hause (Home Service), ggfs. bis an das Krankenbett in der häuslichen Umgebung. Die Regelungen des Apothekennotdienstes und der Apothekenbetriebsordnung bleiben von diesem Serviceangebot unberührt. Näheres ist in **Anlage 09** geregelt.
10. An diesem Vertrag teilnehmende Patienten erhalten beim Kauf von apothekenüblichen Waren nach § 25 Apothekenbetriebsordnung, die nicht zu Lasten der BARMER abgegeben werden, in der von ihnen gewählten Hausapotheke eine Gutschrift in der in **Anlage 10** geregelten Höhe.

§ 8

Beitritt weiterer Leistungserbringer

1. Für den Beitritt weiterer Leistungserbringer gelten die gesetzlichen Bestimmungen.
2. Für nach Abs.1 beitretende Vertragsärzte der fachärztlichen Versorgungsebene, die mit den Hausärzten zusammen arbeiten, werden Versorgungsinhalte und Behandlungspfade (Überweisungs- und Rücküberweisungsstandards sowie Behandlungsleitlinien) festgelegt. Diese werden unter Einbeziehung der jeweiligen Fachgruppen als Anlagen bzw. assoziierte Verträge zu diesem Vertrag bestimmt.
3. Für nach Abs.1 beitretende Krankenhäuser, die mit Hausärzten zusammenarbeiten werden Behandlungspfade (Überweisungs- und Rücküberweisungsstandards sowie Behandlungsleitlinien) festgelegt. Diese werden als Anlagen zu diesem Vertrag bestimmt.

§ 9

Prävention

1. Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit können durch wirksame und möglichst frühzeitig ansetzende Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig verbessert werden und dazu beitragen, Krankheitskosten zu vermeiden. Versicherte der BARMER können Leistungen der
-

Primärprävention nach § 20 SGB V sowie wirksame Patientenschulungen nach § 43 SGB V in Anspruch nehmen. Die Maßnahmen sind in der **Anlage 11** aufgeführt.

2. Der Hausarzt berät den Versicherten eingehend, insbesondere über die medizinische Bedeutung festgestellter gesundheitlicher Risikofaktoren, weist in geeigneten Fällen auf gezielte Maßnahmen und Angebote der Primärprävention insbesondere zu den Themen Bewegung, Ernährung, Stressabbau sowie Sucht- bzw. Genussmittelkonsum hin und motiviert den Versicherten, eigenverantwortlich gesundheitlichen Risiken entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang weist der Hausarzt auf das BARMER Bonusprogramm hin. Weiterhin kann der Hausarzt in geeigneten Fällen die Teilnahme an wirksamen Patientenschulungsmaßnahmen empfehlen.
3. Der Hausarzt legt Versicherten in Einzelfällen einen Präventionsplan unter Berücksichtigung der anzustrebenden Präventionsziele nahe. Er empfiehlt den Versicherten geeignete präventive Maßnahmen.
4. Versicherte können an Präventionsmaßnahmen der BARMER und anderer qualifizierter Leistungsanbieter teilnehmen oder die vereinbarten Präventionsziele eigenverantwortlich realisieren.
5. Die BARMER übermittelt den teilnehmenden Hausärzten ein zeitnah aktualisiertes Verzeichnis eigener sowie weiterer örtlicher oder regionaler Präventionsangebote einschließlich Informationsmaterial (z. B. Broschüren, Flyer, Patienteninformationen).

§ 10

Datenübermittlung und Teilnehmerverzeichnisse

1. Teilnehmerverzeichnisse über Leistungserbringer / Datenübermittlung
 - a) Über die nach dem Vertrag zur Teilnahme berechtigten Leistungserbringer führen die HÄVG und MGDA nach **Anlage 04b** jeweils ein Teilnehmerverzeichnis, das den Vertragsparteien im Internet als Download-Version zur Verfügung steht. Die HÄVG und MGDA stellen sicher, dass die BARMER jederzeit Zugriff auf die aktuellen Verzeichnisse der teilnehmenden Leistungserbringer hat.
 - b) Die Teilnehmerverzeichnisse der Leistungserbringer müssen über die Angaben nach **Anlage 04b** verfügen.
 2. Versichertenbezogenes Teilnehmerverzeichnis / Datenübermittlung
 - a) Die vom Patienten unterschriebene Erklärung gemäß **Anlage 01a** verbleibt beim einschreibenden Hausarzt. Dieser händigt dem Patienten für die Wahl einer Hausapotheke ein Sonderformular gemäß **Anlage 01b** aus, welches der Patient bei dem von ihm gewählten Apotheker abgibt. Das „Einschreiberezept“ nach Satz 2 wird beim Hausarzt mit den Informationen aus der KVK des teilnehmenden Patienten bedruckt.
 - b) Zur Übermittlung der Daten an die HÄVG faxt der Hausarzt bis zur Realisierung einer elektronischen Datenübermittlung durch die Praxissoftware die Teilnahmeerklärung des Patienten an die von der HÄVG benannte Stelle. Diese generiert aus den eingehenden Faxen eine elektronische Datei mit den Angaben Versichertennummer, Geburtsdatum, Arztnummer des Hausarztes sowie Beginn der Teilnahme. Die HÄVG
-

prüft die eingehenden Daten auf die in **Anlage 04a** bezeichneten Tatbestände und übermittelt geprüfte Daten in dem dort angegebenen Format an die BARMER. Nicht vollständige und/oder inplausible Einschreibedaten sind von der HÄVG zum Zweck der Vervollständigung an die jeweils betroffenen Hausärzte zurück zu melden.

- c) Der Hausapotheker erhält von dem Versicherten das „Einschreiberezept“ und trägt dort sein Apotheken IK auf. Er übermittelt dieses an die MGDA oder die von ihr benannte Stelle. Die MGDA oder die von ihr beauftragte Stelle prüft die eingehenden Daten auf die in **Anlage 04a** bezeichneten Tatbestände und übermittelt geprüfte Daten an die BARMER. Nicht vollständige und/oder inplausible Einschreibedaten sind von der MGDA zum Zweck der Vervollständigung an die jeweils betroffenen Hausapotheken zurück zu melden.
- d) Die BARMER prüft die nach b) und c) übermittelten Daten gegen ihren Versichertenbestand. Weiterhin führt die BARMER die Daten der teilnehmenden Versicherten mit den jeweils gewählten Hausärzten und Hausapotheken zusammen und erstellt ein Verzeichnis mit geprüften Versichertendaten und zugeordneten Leistungserbringerdaten gemäß **Anlage 04c** (Teilnehmer-Datenpool). Als eingeschrieben gelten nur die Versicherten, deren Teilnahme die BARMER durch Aufnahme in den Teilnehmer Datenpool und durch Übermittlung dieser Daten an die HÄVG und MGDA bestätigt hat. Prüffeststellungen, die nach **Anlage 04a** durch HÄVG und MGDA zu klären sind, werden in einem separaten Verzeichnis mit der Benennung der Prüffeststellung übermittelt.

§ 11 Datenschutz

1. Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungs- und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern einzuhalten.
 2. Ein behandelnder Vertragspartner darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V die den Patienten betreffenden Behandlungsdaten und –befunde nur dann abrufen, wenn der Patient ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Vertragspartner zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
 3. Die Vertragspartner verpflichten sich im übrigen beim gegenseitigen Datenaustausch vereinbarte Auflagen und Zweckbindungen nach Maßgabe dieses Vertrages zu beachten. Unter dieser Voraussetzung liegt die Datenhoheit bei der jeweils datenführenden Stelle. Hierbei gelten die Vorschriften des § 78a SGB X einschließlich Anlage für die jeweils datenführende Stelle; gleiches gilt im Falle der Beauftragung Dritter.
-

§ 12 Vergütung

1. Die Vergütung der in §§ 6 und 7 vertraglich vereinbarten Leistungen der an dem Integrationsvertrag teilnehmenden Hausärzte und Hausapotheken erfolgt nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen. Sie soll grundsätzlich in angemessenem Verhältnis zum vertragsbedingten Mehraufwand dieser Leistungserbringer sowie zu der erreichten Qualitätsverbesserung stehen und einen attraktiven Anreiz darstellen, sich für die Ziele des „Integrationsvertrags“ zu engagieren.
2. Die Vergütungspositionen sind patientenbezogen, d. h. nur für solche Leistungen zu entrichten, die von teilnehmenden Patienten der BARMER innerhalb des in § 3 dieses Vertrages definierten Versorgungsauftrages in Anspruch genommen werden. Bei Beendigung der Teilnahme besteht die Abrechnungsberechtigung bis zum Ende des Quartals. Die Zahlung der Vergütungen unter lit. a) und lit. b) erfolgt unabhängig von realisierten Einsparungen gemäß § 13.

a) Vergütungspositionen für teilnehmende Hausärzte:

Einschreibepauschale

einmal pro Patient, abrechenbar nach Durchführung der Einschreibung

- *- Information und eingehende Beratung zur IV*
- *- Motivation zur Teilnahme und Mitwirkung*
- *- Durchführung der Einschreibung*
- *- Pflege und Übermittlung des Einschreibebestandes*

Abrechnungsziffer : 01

15,30 €

Integrationspauschale I

pro Behandlungsfall im ersten Jahr der Teilnahme des Versicherten; abrechenbar beim jeweils ersten Arztkontakt; auch neben der Einschreibepauschale möglich

- *Patientenindividuelle Beratung einschließlich Abklärung und Begleitung der im Einzelfall notwendigen integrativen Maßnahmen, insbesondere zur Arzneimittelversorgung*
- *Versichertenbezogene Präventionsberatung*
- *Interaktive Maßnahmen und Austausch zwischen Hausarzt und Apotheker, ausgerichtet an dem individuellen Versorgungsbedarf des Patienten*

Abrechnungsziffer : 02

5,10 €/Quartal

Integrationspauschale II

für jedes weitere Jahr der Teilnahme des Versicherten;
abrechenbar beim jeweils ersten Arztkontakt im
Teilnahmejahr

- *Patientenindividuelle Beratung einschließlich Abklärung und Begeleitung der im Einzelfall notwendigen integrativen Maßnahmen, insbesondere zur Arzneimittelversorgung*
- *Versichertenbezogene Präventionsberatung*
- *Interaktive Maßnahmen und Austausch zwischen Hausarzt und Apotheker ausgerichtet an dem individuellen Versorgungsbedarf des Patienten*

Abrechnungsziffer: 03

20,40 €/Jahr

Präventions - Check

einmal im Jahr für Versicherte ab Vollendung des
35. Lebensjahres in medizinisch begründeten
Einzelfällen als Grundlage der Präventionsberatung;
gleichzeitige Abrechnung der GOP 160 gegenüber
der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nicht
möglich

- *Umfang der Leistung wie GOP 160 (Anamnese, klinische Untersuchung, div. Laboruntersuchungen)*
- *ggf. EKG*

Abrechnungsziffer: 04

35,70 €/Jahr

Pauschale für die Anwendung des Medikationskontos

nur bei gesonderter Anforderung des BARMER-
Medikationskontos durch den Hausarzt in Fällen,
bei denen die Medikation über die Medikationsliste
der Hausapotheke nicht in ausreichendem Maße
transparent wird; max. bei 10% der teilnehmenden
Versicherten/Arzt/Quartal; nur einmal pro Jahr pro
Versicherten

- *Umfassende Auswertung des Medikationskontos hinsichtlich Wechselwirkungen, Risiken, Unter-, Über- oder Fehlversorgungen von Versicherten*
- *Intensive Beratung der Versicherten zu den Ergebnissen der Auswertung*
- *Geeignete Dokumentation einer geänderten Medikation*

Abrechnungsziffer:05

16,32 €/Jahr

Pauschale für die Behandlung und Betreuung von Patienten, die an einem DMP teilnehmen gem. Anlage 12

5,10 €/Quartal

b) Vergütungspositionen für teilnehmende Apotheken:

Apothekenintegrationspauschale

Für jeden Fall der mündlichen oder schriftlichen Kommunikation mit einem teilnehmenden Hausarzt im Sinne des § 7 Ziffer 4 oder Ziffer 5, der durch einen Apotheker erfolgt, unabhängig davon, von wem die Kommunikation ausgeht. Je Quartal ist die Abrechnung dieser Leistungen auf zehn Prozent der in der Apotheke am letzten Tag des Quartals eingeschriebenen Versicherten beschränkt. Finden in einem Quartal für mehr als zehn Prozent der Versicherten Kommunikationen mit einem Arzt gemäß § 7 Ziffern 4 oder 5 statt, kann diese Kommunikation unbegrenzt in einem der folgenden Quartale abgerechnet werden, wenn die Zehn-Prozent-Grenze dort nicht erreicht wird. Ergibt die Berechnung der zehn Prozent der eingeschriebenen Patienten nicht wenigstens eine Person, so kann dennoch für eine Person abgerechnet werden.

8,00 € zzgl. MwSt/Quartal

c) Vergütungspositionen für teilnehmende Hausärzte und Apotheker

Pauschale aus realisierten Einsparungen aus § 13 ab dem zweiten Jahr der Teilnahme des Versicherten.

je Leistungserbringer gem. **Anlage 13**

3. Von an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern veranlasste Leistungen, die von Leistungserbringern außerhalb dieses Integrationsvertrages und der dadurch geregelten integrierten Versorgung erbracht werden, sind durch die Vergütung nach Abs. 1 und 5 nicht abgegolten. Dies gilt entsprechend für im Bereich der Regelversorgung (EBM) selbsterbrachten Leistungen der teilnehmenden Hausärzte und weitere an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, soweit nicht in diesem Vertrag ausdrücklich etwas anderes geregelt ist.
 4. Bestehen in einer Region gesamtvertragliche Regelungen nach § 73b SGB V und nehmen Versicherte der BARMER an dieser Hausarztzentrierten Versorgung teil, scheidet für sie eine Abrechnung für alle Leistungen aus der Integrationsvereinbarung aus. Die BARMER informiert die HÄVG und MGDA unverzüglich über derartige Fälle und schließt den Versicherten von einer weiteren Teilnahme an der „Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken“ aus.
-

§ 13 Ermittlung und Verwendung von Einsparungen

1. Die Parteien sind sich darüber einig, dass die Etablierung einer hausarzt- und hausapothekenbasierten Versorgung zu Einsparungen bei veranlassten Leistungen führt. An den realisierten Einsparungen werden alle Vertragspartner beteiligt. Sie vereinbaren daher das in **Anlage 13** niedergelegte Verfahren zur Ermittlung und Verwendung von Einsparungen mit folgenden Eckpunkten:
 - a) die Ermittlung erfolgt auf Bundesebene
 - b) die Ermittlung bezieht sich auf den Zeitraum eines Kalenderjahres und findet zu einem fest bestimmten Termin statt
 - c) die Ermittlung erfolgt versichertenbezogen
 - d) die Ermittlung erfolgt getrennt in definierten Teilbereichen
2. Die Einzelheiten der Ausschüttung der Einsparungen ergeben sich aus **Anlage 13**.

§ 14 Abrechnungsverfahren

1. Die Leistungen gemäß § 12 a) werden von den teilnehmenden Hausärzten unter Angabe der im Vertrag genannten Abrechnungsnummern sowie unter Beachtung der **Anlage 14** gegenüber der HÄVG abgerechnet. Die Leistungen gemäß § 12 b) werden von den teilnehmenden Apotheken unter Angabe entsprechender Kennziffern sowie unter Beachtung der **Anlage 14** gegenüber der MGDA abgerechnet.
 2. Die im Rahmen des Integrationsvertrages von den teilnehmenden Hausärzten abgerechneten Zusatzleistungen werden von der HÄVG geprüft und ggf. sachlich-rechnerisch korrigiert. Über gravierende Auffälligkeiten bei der Abrechnung sind die Vertragspartner in Kenntnis zu setzen.
 3. Die Vergütungen nach § 12 werden von der HÄVG und der MGDA der BARMER jeweils nach Prüfung in Rechnung gestellt. Der jeweilige Rechnungsbetrag wird von der BARMER nach eigener Rechnungsprüfung an HÄVG und MGDA spätestens 20 Tage nach Eingang der Rechnung nebst der in **Anlage 14** definierten rechnungsbegleitenden Unterlagen und Daten zur Verteilung an die teilnehmenden Leistungserbringer nach §§ 6 und 7 fällig. Die Zahlungen der HÄVG und MGDA an die teilnehmenden Leistungserbringer sind zeitnah zu leisten.
 4. HÄVG und MGDA dürfen sich zur Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere für Abrechnung und Honorarverteilung der Hilfe Dritter bedienen. Diese sind an die für die HÄVG bzw. MGDA geltenden vertraglichen und gesetzlichen, insbesondere datenschutzrechtlichen Regelungen zu binden. Der BARMER ist vor der Auswahl und Beauftragung von Dritten rechtzeitig Gelegenheit zu Stellungnahme zu geben. Ihre Stellungnahme ist, wenn sie unverzüglich erfolgt, in die Entscheidung über die Auswahl und Beauftragung eines Dritten einzubeziehen.
-

§ 15 Bonusregelung für Versicherte

1. Die BARMER wird teilnehmenden Versicherten die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V als Bonus nach Maßgabe der jeweils gültigen Satzung ermäßigen. Die teilnehmenden Hausärzte werden insoweit auf die Einziehung der Zuzahlung verzichten.
2. Die teilnehmenden Hausärzte klären den Patienten über die gesetzliche Verpflichtung zur Zuzahlung und über die Bonusregelung für die Teilnahme an dieser speziellen Form der Integrierten Versorgung, insbesondere durch Aushändigung einer speziellen Versicherteninformation auf.

§ 16 Evaluation

Die Parteien vereinbaren die Entwicklung eines Evaluationskonzeptes. In einem ersten Schritt sollen die Wirtschaftlichkeit anhand der Controllingdaten und die Patienten-Zufriedenheit anhand einer Patientenbefragung durchgeführt werden. Näheres zur Entwicklung und Umsetzung eines Evaluationskonzeptes regeln die Vertragsparteien bis zum 01.01.2006 in Gestalt einer Anlage zu diesem Vertrag.

§ 17 Controlling

1. Die BARMER etabliert in Abstimmung mit der HÄVG und dem MGDA ein geregeltes Prozesscontrolling. Nach 12 Monaten Vertragslaufzeit erfolgt eine gemeinsame Bewertung auf der Basis relevanter Kennzahlen.
2. Die BARMER stellt die für das Controlling benötigten Daten dem mit der Evaluation beauftragten Institut zur Verfügung.

§ 18 Öffentlichkeitsarbeit

Die Vertragspartner stimmen sich hinsichtlich der Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit ab.

§ 19

Beitritt weiterer Krankenkassen

1. Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen nur mit Zustimmung aller Vertragspartner dieses Vertrages beitreten.
2. Mit ihrem Beitritt treten die Krankenkassen in die Rechte und Pflichten dieses Vertrages ein, soweit nicht zuvor ausdrücklich etwas anderes geregelt wird. Von diesem Vertrag abweichende Regelungen werden in der Beitrittserklärung aufgeführt, die nach Zustimmung aller Vertragspartner, Bestandteil dieses Vertrages werden.
3. Ein Beitritt ist jederzeit möglich; er wird zu Beginn des auf die Zustimmung nach Abs.1 folgenden Quartals wirksam.
4. Näheres regeln die Vertragspartner dieses Vertrages mit den beitretenden Krankenkassen in der jeweiligen Beitrittserklärung.
5. Die HÄVG und die MGDA sowie die beitretenden Krankenkassen informieren die teilnehmenden Leistungserbringer unverzüglich über den Beitritt.

§20

Haftungsregelungen

1. BARMER, HÄVG und MGDA übernehmen die in diesem Vertrag vorgesehenen Aufgaben. Weitergehende Verpflichtungen bestehen nicht. Die vorgenannten Vertragsparteien tragen keine Verantwortung für die Erfüllung der Aufgaben der jeweils anderen Vertragsparteien. Sie sind weder gegenüber den jeweils anderen Vertragsparteien noch gegenüber teilnehmenden Leistungserbringern für die flächendeckende Sicherstellung des integrierten Versorgungsangebotes verantwortlich. Eine Vertragspartei haftet für das Handeln eines Leistungserbringers nicht, es sei denn, das Handeln wurde durch die Nichterfüllung einer ihrer vertraglichen Verpflichtungen verursacht. Dieser Absatz gilt auch für Vertragsparteien oder Leistungserbringer, die nach Vertragsunterzeichnung hinzugekommen bzw. beigetreten sind. Zwingende gesetzliche Vorgaben bleiben unberührt. Für das Handeln der diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer übernehmen die HÄVG und die MGDA keine Haftung.
 2. Im Falle einer Kündigung dieses Vertrages, gleich durch welchen Vertragspartner, stehen den jeweils anderen Vertragspartnern und den diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringern Ansprüche auf Schadensersatz, gleich aus welchem Rechtsgrund, nicht zu. Schadenersatzansprüche außerordentlich kündigender Vertragspartner wegen Vertragsverletzung bleiben unberührt. Haftungsansprüche der Vertragsparteien im Zusammenhang mit einer Kündigung nach § 21 Abs. 3 Satz 4 sind ausgeschlossen.
 3. Sonstige, losgelöst von der vereinbarten integrierten Versorgung gesetzlich oder in anderen Verträgen begründete Haftungsansprüche (einschließlich übergewandelter Ansprüche Dritter) bleiben unberührt.
-

§ 21

Laufzeit, Kündigung und Schriftform

1. Der Vertrag tritt am 01.01.2005 in Kraft. Eine Einschreibung der Patienten findet – vorbehaltlich einer Genehmigung der Satzungsnorm zum Versichertenbonus durch das Bundesversicherungsamt - ab 01.03.2005 statt.
2. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31. Dezember 2006, gekündigt werden. Die Kündigung hat in schriftlicher Form und gegenüber allen Vertragspartnern einheitlich und gemeinsam zu erfolgen.
3. Aus wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner fristlos gekündigt werden. Ein solcher liegt insbesondere dann vor, wenn einer der Vertragspartner seine vertraglichen Pflichten derart verletzt hat, dass die weitere Durchführung des Vertrages gefährdet ist; dies gilt auch im Falle der Beauftragung Dritter i.S. des § 14 Abs.4. Gleiches gilt für den Fall, dass durch eine gesetzliche Änderung, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Erfüllung der Vereinbarung für die BARMER rechtlich unmöglich oder untersagt wird.
4. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 22

Salvatorische Klausel

1. Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt dieser im übrigen dennoch gültig - es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für einen Partner derart wesentlich, dass ihm ein Festhalten hieran nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung sonstiger rechtlicher Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Partner verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung oder sonstigen rechtlichen Vorgaben zielorientiert zu ergänzen.
 2. Die Parteien dieses Vertrages erklären, dass sie für den Fall der nicht vertragsgemäßen, insbesondere fristgerechten bzw. nicht erfolgreichen Umsetzung der „Integrierten Hausarzt- und Hausapothekenbasierten Versorgung“ gegenüber der jeweils anderen Partei Haftungsansprüche, gleich auf welcher Rechtsgrundlage und in welcher Form, nicht geltend machen.
-

Bad Hermansborn, den 03.12.04

Eberhard Mehl/HÄVG

Joachim Schütz/HÄVG

Gregor Ullrich/MGDA

Klaus H. Richter/BARMER

Ullrich Weigeldt /HÄV

Fritz Becker/DAV

Dr. Peter Homann/DAV

Erläuterungen:

§§, Abschnitte und Anlagen ohne weitere Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag. Um die Lesbarkeit des Vertrages zu erhöhen, wurde bei verschiedenen Begriffen auf die ausdrückliche Nennung der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Demgemäss gilt insbesondere:

- „Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte,
 - „Patienten“ sind weibliche und männliche Patienten,
 - „Hausärzte“ sind Hausärzte und Hausärztinnen,
 - „Hausapotheker“ meint Hausapotheker und Hausapothekerinnen
-

Anlagenverzeichnis

- Anlage 01a: Teilnahme/Einwilligungserklärung Versicherte
 - Anlage 01b: Sonderformular Hausapotheke (Einschreiberezept)
 - Anlage 02a: Teilnahmeerklärung Hausärzte
 - Anlage 02b: Teilnahmeerklärung Apotheken
 - Anlage 03: Fortbildungsstruktur Hausärzte
 - Anlage 04a: Datenfluss Teilnahme Versicherte/Prüfprozesse
 - Anlage 04b: Teilnehmerverzeichnis Leistungserbringer
 - Anlage 04c: Datenpool Leistungserbringer/Versicherte
 - Anlage 05: Maßnahmen zur Realisierung von Einsparungen
 - Anlage 06: Qualifikation Apotheken
 - Anlage 07: Leistungsspektrum Apotheken
 - Anlage 08: Medikationsliste Apotheken
 - Anlage 09: Home-Service
 - Anlage 10: Bonus-Service
 - Anlage 11: Präventionsmaßnahmen
 - Anlage 12: DMP Vergütung
 - Anlage 13: Ermittlung und Verwendung von Einsparungen
 - Anlage 14: Daten und rechnungsbegleitende Unterlagen für Abrechnungsverfahren und Einzelheiten der Abrechnung
-

BARMER		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Per Telefax an:
01805/36 51 11 11

Erklärung

zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheker – zwischen BARMER, Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft eG und Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker

Ersteinschreibung

Arztwechsel

Ja, ich nehme an der Integrierten Versorgung durch Hausärzte, Hausapotheke und BARMER teil. Folgendes ist mir bekannt:

- Die Auswahl eines Hausarztes und einer Hausapotheke ist Voraussetzung für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung.
- Mein gewählter Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für alle meine medizinischen Fragen. Den Facharzt nehme ich nur auf Überweisung meines Hausarztes in Anspruch. Diese Regelung gilt nicht im Vertretungsfall, während meiner urlaubsbedingten Abwesenheit und für die Inanspruchnahme des Notdienstes. Fachärzte für Gynäkologie und Augenärzte kann ich weiterhin direkt aufsuchen.
- Alle mir verordneten Medikamente sowie jene der Selbstmedikation beziehe ich grundsätzlich in der von mir gewählten Hausapotheke. Die Einschreibung in die Integrierte Versorgung beinhaltet zugleich die Einschreibung in den BARMER Service Apotheken-Vertrag. Dies ermöglicht mir, die daraus entstehenden Vorteile zu nutzen.
- Mein betreuender Hausarzt bzw. meine Krankenkasse hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte der Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheker informiert. Halte ich meine sich aus dem Vertrag ergebenden Verpflichtungen nicht ein, kann die Krankenkasse meine Teilnahme beenden.
- Meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig. Ich bestätige sie mit diesem Schreiben für mindestens ein Jahr. Ich kann meine Teilnahme schriftlich bei meiner Krankenkasse spätestens drei Monate vor Ablauf des Teilnahmejahres zurücknehmen.
- Bei Umzug, Beendigung der Teilnahme des Hausarztes sowie aufgrund eines dauerhaft gestörten Verhältnisses zu Hausarzt bzw. Hausapotheker kann ich letztere wechseln.

Unterschrift des Versicherten

Einwilligungserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Ja, ich bin mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch meinen Hausarzt und meine Hausapotheke im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden. Nachfolgendes ist mir bekannt:

- Meine Daten bleiben neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes bei meinem betreuenden Hausarzt.
- Meine Daten können, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der Integrierten Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden.
- Die von mir gewählte Apotheke legt eine Patientendatei (Name, Geb.-Datum, Adresse, Tel., Krankenkasse und ggf. weitere, von mir freiwillig mitgeteilte Angaben zu meinem Gesundheitszustand) und eine Medikationsliste (aktuelle und fortlaufende Medikation) für mich an.
- Mein Hausarzt übermittelt meine persönlichen Daten zu Abrechnungs- und Koordinierungszwecken an die dafür eingerichteten Datenstellen der Hausärzte und Hausapotheker (HÄVG und MGDA).
- Meine Krankenkasse oder ein von ihr beauftragtes Institut (Adressweitergabe) kann mich schriftlich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit befragen.
- Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Unterschrift des Versicherten

Anlage 01b

Muster Sonderbeleg zur Auswahl der Apotheke durch den Versicherten („Einschreiberezept“)

(noch zu vereinbaren)

Erklärung zur Teilnahme an dem Vertrag zur Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken zwischen BARMER, HÄVG und MGDA

- Mitglied im Deutschen Hausärzteverband
 Nichtmitglied im Deutschen Hausärzteverband
 Ich möchte Mitglied im Deutschen Hausärzteverband werden

Per Telefax an :01805/36 51 11 11

Titel	Vorname	Name	
Straße/Nr.		PLZ/Ort	Vertragsarzt-Nr.

Bei der Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jedes Mitglied der Gemeinschaftspraxis eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln
 Bankverbindung (Vergütung auf folgendes Konto):

Kontoinhaber		
Kreditinstitut	Konto-Nr.	Bankleitzahl

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem o.g. Vertrag gegenüber der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e.G. – unterstützt durch den Deutschen Hausärzteverband

- Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken informiert.
- Mir ist insbesondere bekannt,
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist
 - dass meine Teilnahme mit dem Tag des Zugangs meiner Teilnahmeerklärung bei der HÄVG beginnt
 - dass ich die Beendigung meiner Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres gegenüber der HÄVG erklären kann
 - dass ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o.g. ausgeschlossen werden kann (§ 5 Abs.7 und 8)
 - welche Teilnahmevoraussetzungen ich gem. § 5 Abs.1 und §6 erfüllen muss
 - welche vertraglichen Pflichten ich als Hausarzt gem. den § 6 Abs.2 zu erfüllen habe
 - dass zu meinen grundsätzlichen Aufgaben ferner die Bereitschaft zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V der Krankenkassen gehört
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben aus dem o.g. Vertrag eine Vergütung erhalte [§ 12 Abs.2a]
 - dass bei Teilnahme einer Gemeinschaftspraxis die Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen nur dieser und **nicht** jedem einzelnen Mitglied der Gemeinschaftspraxis zusteht
 - dass die HÄVG berechtigt ist von den vertraglich vereinbarten Vergütungen einen Verwaltungskostenabzug in Abzug zu bringen. Mitglieder des Deutschen Hausärzteverbandes entrichten einen geringeren Verwaltungskostenbeitrag
 - dass die HÄVG zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben berechtigt ist, einen oder mehrere Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen; meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen allen Vertragspartnern und dem/den von der HÄVG beauftragten Dienstleistungsunternehmen zur Verfügung gestellt und von diesen zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden dürfen
- Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen zur Teilnahme und zur Umsetzung der vorgenannten Aufgaben gemäß §5 und 6 des o.g. Vertrages erfülle und die HÄVG gem. § 6 Abs.1 unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen nach §6 Abs.1 nicht mehr erfülle
- Ich erkläre über die Punkte 1, 2 und 3 hinaus, dass
 - ich die Teilnahmeerklärung von Patienten, die ihre Teilnahme an dem o.g. Vertrag erklären, entgegennehme und an die HÄVG übermittle
 - ich mich an der EDV-gestützten Einschreibung und Abrechnung der vertraglichen Leistungen gegenüber der HÄVG beteilige, soweit hierfür die notwendigen technischen Voraussetzungen bestehen
 - ich an mindestens vier hausärztlich orientierten Qualitätszirkeln pro Jahr teilnehme [§ 6 Abs.1b]
- Ich verpflichte mich
 - bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes beachte und
 - bei der Erhebung von Patientendaten bei Dritten (§ 73 Abs. 1 b SGB V) bzw. bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte.
- Ich bin mit der Veröffentlichung folgender Angaben im Teilnehmerverzeichnis (§ 10) einverstanden:
 - meines Namens und meiner Praxisanschrift,
 - meiner Fachgruppe,
 - der Kennzeichnung als Vertragsarzt (Arztnummer)
 Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe des Verzeichnisses an die teilnehmenden Patienten einverstanden

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des o.g. Vertrages auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind.

Datum	Unterschrift	Stempel Arzt / Gemeinschaftspraxis
-------	--------------	------------------------------------

Erklärung

zur Teilnahme an dem mit der BARMER geschlossenen Vertrag zur Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken (**Integrationsvertrag**)

Mitglied im Landesapothekerverband

Nicht Mitglied im Landesapothekerverband

Ich möchte Mitglied im Landesapothekerverband werden

Per Fax an

MGDA oder von MGDA beauftragte Stelle

Apothekenname	Titel	Vorname Apothekeninhaber(in)	Nachname Apothekeninhaber(in)
Straße und Hausnr. der Apotheke	Postleitzahl und Ort		Institutionskennzeichen (IK)

Bankverbindung (Vergütung auf folgendes Konto):

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

Konto-Nr.:

Bankleitzahl:

Für meine oben genannte Apotheke erkläre ich die Teilnahme an dem o.g. Integrationsvertrag, der zwischen der BARMER, der MGDA und der HÄVG mit der Unterstützung des Deutschen Apothekerverbandes e.V. sowie des Deutschen Hausärzterverbandes e.V. geschlossen wurde.

Zutreffende Kästchen bitte ankreuzen:

- Meine Apotheke ist BARMER Service Apotheke. Eine Kopie der Teilnahmeberechtigung liegt diesem Schreiben bei (nicht erforderlich, wenn Antrag an den Landesapothekerverband geschickt wird, der die Teilnahmeberechtigung erteilt hat).
- Meine Apotheke ist keine BARMER Service Apotheke. Ich versichere aber, dass ich die qualitativen Voraussetzungen für die Leistungen gemäß § 6 der Vereinbarung zwischen der BARMER und dem DAV e.V. zur Intensivierung der Kooperation bei der qualitätsorientierten Versorgung der Versicherten („BARMER Service Apotheken-Vertrag“, das sind: Home-Service, Arznei-Service, Check-up-Service, Bonus-Service) erfülle und jederzeit nachweisen kann. Den Nachweis über den Besuch der erforderlichen Grundlagenschulung durch eine(n) Apotheker(in) meiner Apotheke lege ich bei.
- Ich verpflichte mich, Änderungen, die zu einem Entzug der Teilnahmeberechtigung führen können, oben genannter Stelle unverzüglich mitzuteilen.
 - Ich versichere, dass mir die Inhalte des Integrationsvertrages bekannt sind. Mir ist insbesondere bekannt,
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist,
 - dass meine Teilnahme mit dem Tag des Eingangs dieser Teilnahmeerklärung bei der o.g. Stelle beginnt, welche vertraglichen Pflichten ich als Hausapotheke zu erfüllen habe (s. insbes. § 7 des Integrationsvertrages),
 - dass ich bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen von der Teilnahme an dem Integrationsvertrag ausgeschlossen werden kann,
 - dass die Abrechnung und Vergütung der vertraglichen Leistungen über die MGDA erfolgt,
 - dass die Teilnahme der BARMER-Versicherten freiwillig ist.
 - Ich versichere, dass ich
 - die Teilnahmevoraussetzungen gemäß §§ 5 und 7 des Integrationsvertrages erfülle,
 - die Einschreibeunterlagen („Einschreiberezept“) unverzüglich an die mir mitgeteilte Stelle übermitteln werde,
 - meine Leistungen in der mir mitgeteilten Weise abrechnen werde.
 - Mir ist bekannt, dass die MGDA berechtigt ist, von den vertraglich vereinbarten Vergütungen und sonstigen Zahlungen einen Verwaltungskostenabzug von bis zu 5 Prozent bei Mitgliedern eines Landesapothekerverbandes, bei Nichtmitgliedern von bis zu 10 Prozent, vorzunehmen sowie gegebenenfalls angemessene Gebühren für ihre Tätigkeit zu verlangen.
 - Ich verpflichte mich, alle geltenden Datenschutzvorschriften einzuhalten.
 - Ich bin mit der Veröffentlichung und Weitergabe meiner Adressdaten und des Apotheken-IK im Teilnehmerverzeichnis sowie an anderen geeigneten Stellen, auch durch von den Vertragspartnern beauftragten Dritten (z.B. Aponet), für Zwecke der Durchführung des Integrationsvertrages einverstanden.

Ich verpflichte mich, alle im Integrationsvertrag enthaltenen Regelungen einzuhalten, auch wenn diese in dieser Erklärung nicht gesondert genannt werden.

Ort, Datum	Unterschrift Apothekeninhaber(in)	Stempel der Apotheke
------------	-----------------------------------	----------------------

Strukturierte hausärztliche Fortbildung
(120 Stunden /5Jahre)

A - Allgemeines, Notfall, Prävention (mindestens 16 Stunden)

Notfallmanagement, Reanimation	
Prävention	
Allgemeines	

B - Symptome, Syndrome (mindestens 40 Stunden)

Kopf und Hals	
Bewegungsapparat / Extremitäten	
Brustraum und Gefäße	
Bauchraum, Geschlechts- / Harnorgane	
Sonstiges: Fieber, Leistungs-, Gewichtsverlust	

C - Spezifische Patientengruppen (mindestens 40 Stunden)

Kinder, Männer / Frauen, Familie	
Alte (Geriatric)	
Psycho-Soziale-Kulturelle Anliegen	
Schmerzpatienten (Schmerztherapien)	
Sterbende (Palliativmedizin)	

D - Hausärztliche Therapien, Tools (mindestens 24 Stunden)

Informationsmanagement; EbM-Grundlagen, Qualitätsmanagement	
Pharmakotherapie jährl. Update	
Kommunikation + Psychosom. Grundversorgung	
Langzeitversorgung	

Anrechnungsfähig*:

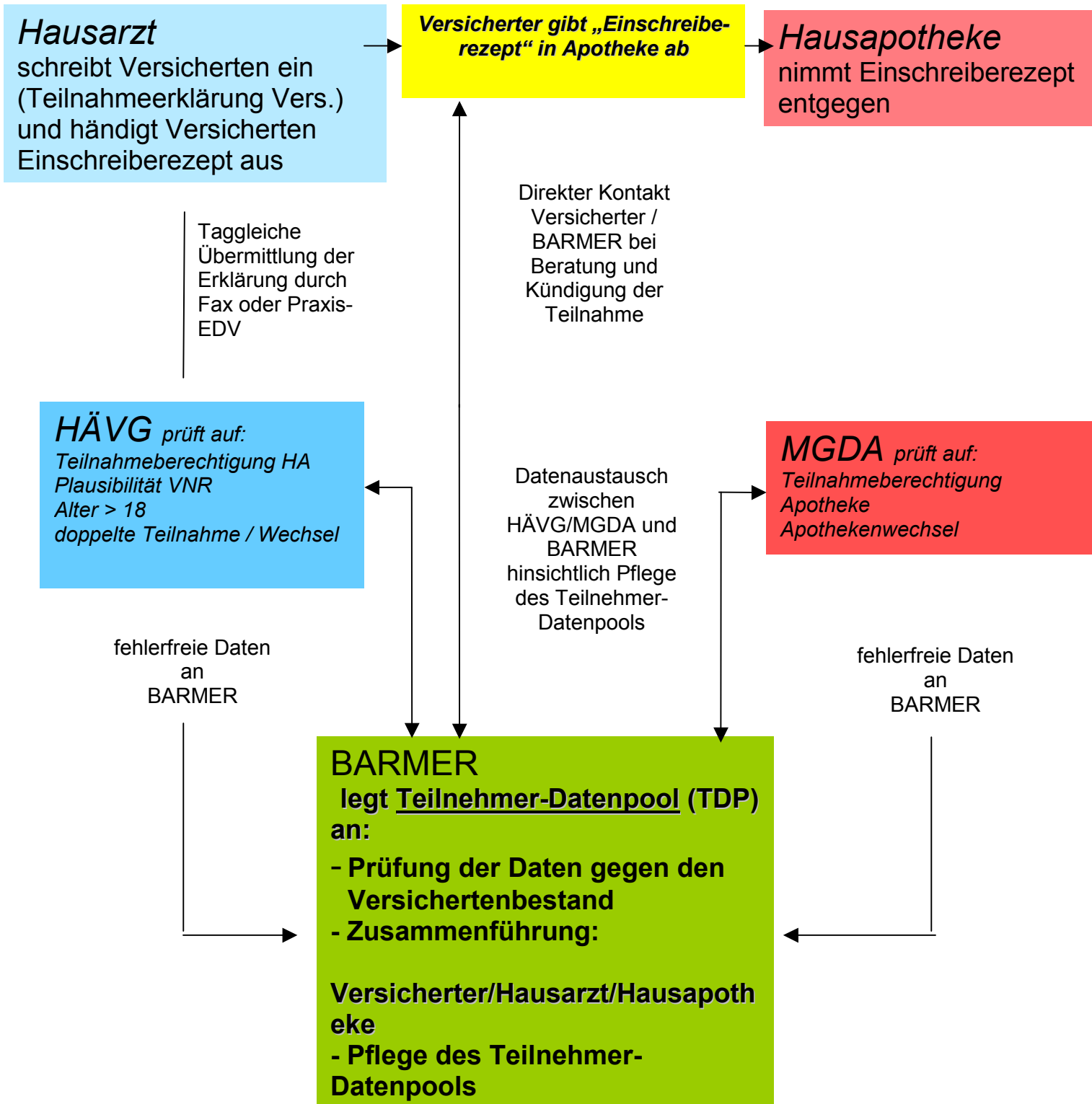
E - Qualitätsmanagement/Kompetenzerhalt (max. 80 Stunden)

-fakultativ-

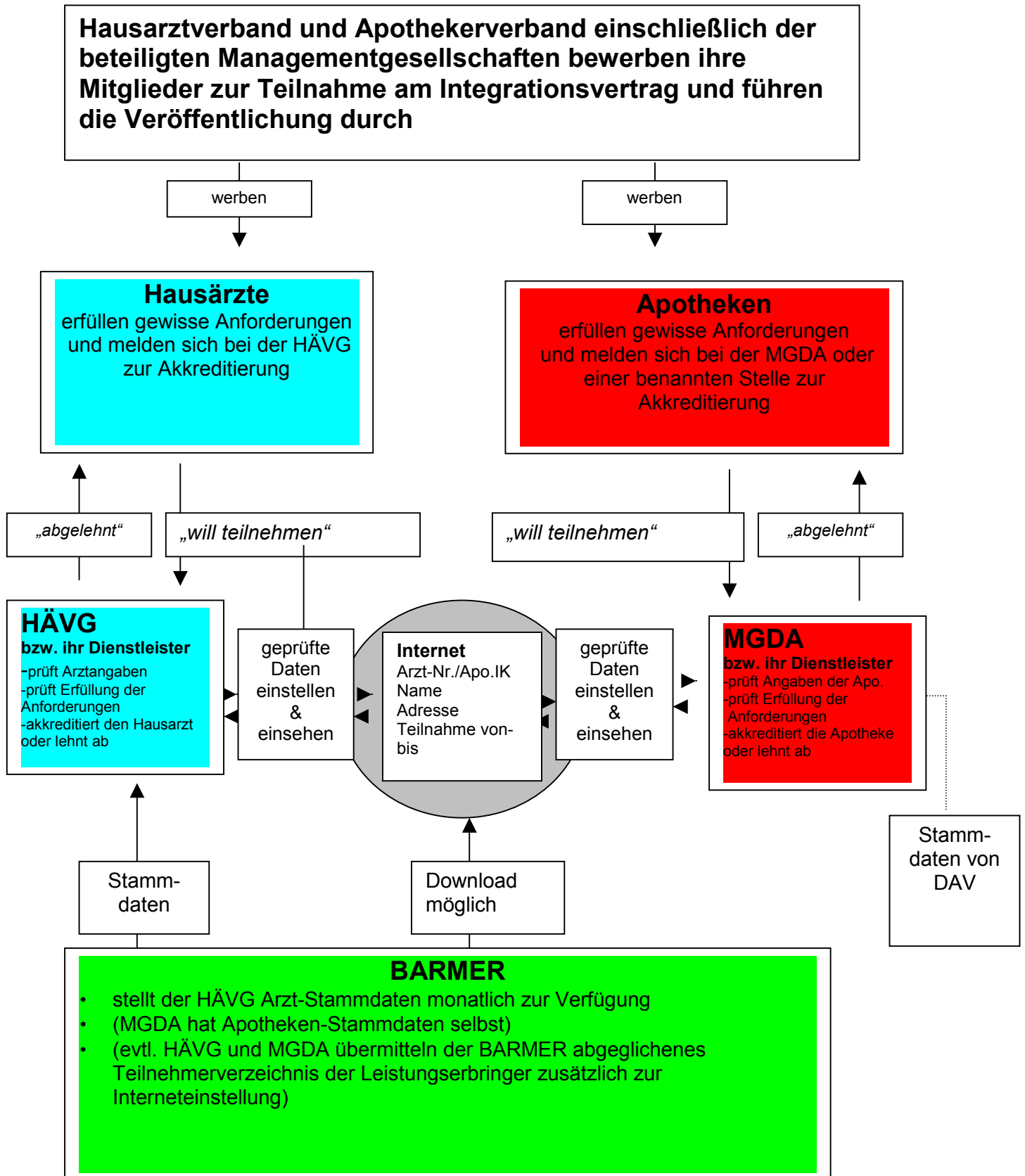
Teilnahme an Qualitätszirkel	
Teilnahme an einem Qualitätsmanagementsystem	

* Die in Kategorie E erbrachten Stunden werden anteilig von den Mindeststundenzahlen der Kategorien A bis D abgezogen

Datenfluss – Versichertenteilnahme und Prüfprozesse



Teilnehmerverzeichnis Leistungserbringer



Anlage 04c: Teilnehmer-Datenpool

Zuordnung nach Versicherten-Nummer, d.h. der Versicherten-Nummer werden Hausarzt und Hausapotheke zugeordnet.

Versicherte	Hausärzte	Hausapotheker
Versicherten-Nr.	Arzt-Nr.	Apotheken-IK
Geburtsdatum	Name	Name der Apotheke
ab/bis-Datum	Strasse	Strasse
Arzt-Nr. (mit ab/bis-Datum)	PLZ	PLZ
Apotheken-IK (ab/bis- Datum)	ab/bis- Datum	ab/bis- Datum
Schlüssel-Nr. Beginn, Änderung, Ende		

Datenfluss/Abrechnung: Daten für Leistungserbringer-Verzeichnis

Technische Feldlängendefinition erfolgt noch

Hausärzte

1. laufende Nummer
2. KV und Arztnummer
3. Geschlecht
4. Name
5. Vorname
6. Titel
7. Vorsatzwort
8. Strasse
9. Hausnummer
10. PLZ
11. Ort
12. Telefonnummer
13. Faxnummer
14. E-Mailadresse
15. Kassenzulassung
16. Teilnahme am Vertrag ab . . . bis

Apotheken

1. Apotheken-IK.
2. Name der Apotheke
3. Name Inhaber/in Apotheke
4. Vorname Inhaber/in Apotheke
5. Titel
6. Vorsatzwort
7. Strasse
8. Hausnummer
9. PLZ
10. Ort
11. Teilnahme am Vertrag ab . . . bis

Maßnahmen zur Realisierung von Einsparungen

(1) Maßnahmen im Bereich der Arznei- und Heilmittelversorgung

Für den Bereich Arzneimittel streben die Vertragspartner bei den teilnehmenden Patienten eine gegenüber dem GKV-Durchschnitt deutlich kostengünstigere Ausgabenentwicklung an. Die Vertragspartner sehen Optimierungsmöglichkeiten von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmitteltherapie u.a. durch folgende Maßnahmen, deren Umsetzung im einzelnen noch vereinbart wird:

A.: Arzneimittel:

- Optimierung des indikationsbezogenen Arzneimittleinsatzes,
- Nutzung von Preisspielräumen bei Generika-Verordnungen,
- Substitution durch pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare (generische) Wirkstoffe,
- Verordnungsverzicht bei Scheininnovationen
- Sinnvolle Nutzung der auf idem Regelung durch den Hausarzt und Hausapotheker
- Umsetzung und Unterstützung von Rabattvereinbarungen der BARMER nach § 130a, Abs. 8 SGB V

Diese Maßnahmen werden vornehmlich bei Teilnehmern angestrebt, die älter als 50 Jahre sind und gleichzeitig eine oder mehrere der nachfolgenden Indikationen aufweisen:

- Polymorbide Versicherte mit der Indikation Diabetes mellitus Typ 2
- Versicherte mit den Indikationen KHK, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz
- Versicherte mit chronischen Magen-Darm-Erkrankungen
- Versicherte mit der Indikation Asthma oder COPD
- Versicherte mit chronischen Schmerzen.

Sollte es durch die Umsetzung dieser Maßnahmen zu einer Konzentration des Verordnungsvolumens auf einen teilnehmenden Hausarzt kommen und dies zu einem Verfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung führen, werden die Auswirkungen aus diesem Vertrag als Praxisbesonderheit berücksichtigt.

B.: Heilmittel:

- Optimierung des indikationsbezogenen Heilmittleinsatzes,
- Reduktion der Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles bei teilnehmenden Versicherten.
- Optimierung der Heilmittelverordnungen insbesondere bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie im Hinblick auf den Einsatz von passiven Heilmitteln. Vereinbarung von Empfehlungslisten mit dem Ziel, den Vorrang aktiver vor passiver Heilmittel umzusetzen. Hierbei kommt in geeigneten Fällen eine stärkere Wahrnehmung von eigenverantwortlichen Maßnahmen zum Tragen.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass keinem Versicherten ein medizinisch notwendiges Arznei- oder Heilmittel entsprechend den geltenden Arznei- und Heilmittelrichtlinien vorenthalten werden darf. Die BARMER wird die für die Umsetzung notwendigen Instrumente, Informationen und Daten den Hausärzten unter Einbindung der Landesebene zur Verfügung stellen.

Als Instrumente kommen insbesondere folgende Instrumente in Betracht:

- Medikationsliste/ -bericht der Apotheke
- Medikationskonto des Versicherten
- TOP-Listen
- AVO-Spiegel
- Arzneimittel-Fehlanwendung
- Therapieempfehlungen

(2) Maßnahmen im Bereich der Krankenhausbehandlung (Anlage 5a u. 5b)

Die BARMER stellt dem Hausärzterverband unter Einbindung der Landesebene eine „Transparenzliste Krankenhaus“ (vgl. **Anhang 1 zu Anlage 5**) sowie eine Liste mit medizinischen Leistungen zur Verfügung, die i.d.R. ambulant erbracht werden können (*-Leistungen, vgl. **Anhang 2 zu Anlage 5**). Die Hausärzte berücksichtigen diese Listen bei der Verordnung stationärer Leistungen mit dem Ziel, die Anzahl kurzstationärer Leistungen und den durchschnittlichen Basisfallwert bei teilnehmenden Versicherten deutlich zu reduzieren. Zur Unterstützung des Hausarztes benennt die BARMER dem Hausarzt qualifizierte regionale Ansprechpartner in der jeweiligen Regionalgeschäftsstelle.

(3) Maßnahmen im Bereich der sonstigen Leistungen

Zunächst für die Produktgruppen Krankenfahrstühle und Badewannenlifter wird vereinbart, dass der Versicherte zunächst unmittelbar zur BARMER zur Beratung nach § 127 Abs. 3 SGB V verwiesen wird.

Transparenzliste Krankenhaus

Beispielhafter Auszug der bereitzustellenden Transparenzliste:

IK-NR	KH-NR	KH-NAME	Ort	PLZ-BEREICH	PLZ	KV-BEZIRK	RGS	Zahl-BFW	BFW ab
260100023	0101800	Diak.issenanstalt Flensburg	Flensburg	24	24939	Schleswig-Holstein	960	2.617,43	01.01.2005
260100034	0102300	Malt. Kh. St. Franz. Flensburg	Flensburg	24	24939	Schleswig-Holstein	960	2.640,39	01.05.2004
260100056	0102200	Kl. Ärztehaus Mürwik	Flensburg	24	24944	Schleswig-Holstein	960	1.379,16	01.01.2005
260100078	0105600	Kl. Chr.- Albrechts-Uni Kiel	Kiel	24	24105	Schleswig-Holstein	970	3.241,90	01.01.2004
260100089	0105500	Städt. Kh. Kiel	Kiel	24	24116	Schleswig-Holstein	970	2.717,12	01.01.2004
260100125	0105400	St. Elisabeth-Kh. Kiel	Kiel	24	24103	Schleswig-Holstein	970	1.997,01	01.01.2004
260100147	0105100	Park-Kl. Kiel	Kiel	24	24116	Schleswig-Holstein	970	1.708,60	01.01.2005
260100158	0104600	Kl. Waldwiese Kiel	Kiel	24	24113	Schleswig-Holstein	970	1.809,28	01.01.2005
260100170	0104900	Lubinus-Kl. Kiel	Kiel	24	24106	Schleswig-Holstein	970	2.970,00	01.01.2005
260100238	0104400	Kl. Dr. Flehsig	Kiel	24	24106	Schleswig-Holstein	970		
260100249	0106200	Kl.um d. Med. Uni Lübeck	Lübeck	23	23562	Schleswig-Holstein	976	3.119,10	01.01.2004
260100272	0106100	Marien-Kh. Lübeck	Lübeck	23	23552	Schleswig-Holstein	976	2.176,49	01.01.2005
260100318	0117000	Sonderkh. Neumünster	Neumünster	24	24537	Schleswig-Holstein	970		
260100329	0107200	Kl. Dr. Lehmann	Neumünster	24	24534	Schleswig-Holstein	970	1.802,22	01.01.2005
260100432	0102600	Johanniter-Kh. Geesthacht	Geesthacht	21	21502	Schleswig-Holstein	976	2.464,24	01.01.2005
260100454	0108100	Wilhelm-Augusta-Kh. des DRK	Ratzeburg	23	23909	Schleswig-Holstein	976	2.381,55	01.01.2005
260100476	0103400	Kkh. Husum	Husum	25	25813	Schleswig-Holstein	960	2.634,81	01.01.2005

Ambulant durchführbare Operationen nach § 115b SGB V (sog. „Sternchen-Leistungen“)

Im Rahmen des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V wurden zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung u.a. auch Leistungen vereinbart, die **in der Regel ambulant** zu erbringen sind. Insbesondere bei diesen sogenannten ***-Leistungen** sind Patientinnen/Patienten zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen auf die ambulante Durchführbarkeit hinzuweisen und eine Überweisung zu einem ambulant operierenden Krankenhaus oder Vertragsarzt vorzunehmen. Zu beachten ist, dass bei Fahrten zu diesen ambulanten Operationen keine Krankentransportverordnung auszustellen ist.

Nachfolgend sind die häufigsten durch Hausärzte veranlassten *-Leistungen zu Ihrer Information aufgeführt.

TOP 20 der „Sternchen Leistungen“:

GO-Nr.	Beschreibung
741	Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ösophagoskopie, Probeexzision und/oder Urease-Nachweis (einschl. Kosten) im Krankenhaus nur als Zusatzleistung in Verbindung mit weiteren Maßnahmen nach § 115 b SGB V ambulant zu erbringen! D.h., Patienten dürfen „nur“ wegen Durchführung einer Magenspiegelung etc. nichts ans Krankenhaus verwiesen werden.
760	Partielle Koloskopie mit flexiblem Instrument, ggf. einschl. Probeexzision(en), ggf. einschl. Lagekontrolle des Endoskops durch ein bildgebendes Verfahren
764	Totale Koloskopie einschl. des Zökums, einschließlich Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation, mindestens 24 h vor dem Eingriff, Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen
1104	Abrasio der Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals, ggf. einschl. Entfernung von Polypen oder Fremdkörpern, ggf. einschl. Aufbereitung des Gewebematerials zur histologischen Untersuchung
1353	Phakoemulsifikation, ggf. einschl. Iridektomie, ggf. mit Implantation einer intraokularen Linse
1787	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Ureterverweilschiene, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785
1795	Perkutane Anlage einer Harnblasenfistel, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband
2104	Exzision eines oder mehrerer Lymphknoten aus derselben Entnahmestelle
2105	Exzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)
2170	Vollständige oder teilweise operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Behandlungstag
2245	Präparation und Naht einer Strecksehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde
2275	Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven oder Spaltung der Loge de Gyon, ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benignen Neubildungen
2361	Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen nach Aufsuchen durch Schnitt oder Entfernung eines Fixateur extern
2362	Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem kleinen Knochen
2370	Nekrotomie oder Operation einer Exostose oder einer Knochenzyste, an kleinen Knochen, als selbständige Leistung
2634	Laparoskopie/Pelviskopie, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion und/oder Adhäsiolyse
2741	Operation einer Analfissur, ggf. einschl. Sphinkterotomie, ggf. einschl. Exzision
2860	Exstirpation oder subfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen, als selbständige Leistung, je Sitzung
2861	Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen
5140	Phlebographie und/oder Lymphographie der Extremität(en), einschl. regionaler Abflussgebiete, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)

Weitere relevante *-Leistungen:

GO-Nr.	Beschreibung
112	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall
183	Sterilisation des Mannes mittels operativen Eingriffs an den Samenleitern
195	Operative Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zur 13. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. bis zur 14. kompletten Schwangerschaftswoche p. m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals, einschl. Überprüfung der Indikation
197	Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer Indikation ab der 13. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. ab der 14. kompletten Schwangerschaftswoche p. m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals und/ oder intrazervikaler oder vaginal
735	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung, und/oder Dehnung des unteren Ösophagusphinkters (Kardiasprengung), je Sitzung
738	Einsetzen einer Ösophagusprothese, einschl. Ösophagoskopie
765	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 740, 741 und 755 bis 764 für die Abtragung eines Polypen und/oder Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge
1086	Messerkonisation der Portio, einschl. Versorgung des Wundgrundes
1111	Hysteroskopie, einschl. hysteroskopisch durchgeführter intrauteriner Eingriffe
1130	Cerclage bei Zervixinsuffizienz
1141	Exstirpation oder Marsupialisation von Vaginalzysten oder Bartholini-Zysten
1186	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zu künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, ggf. einschl. Zusammenführung von Ei- und Spermazellen, mikroskopischer Beurteilung der Reife
1282	Entfernung einer Bindehaut- oder Lidgeschwulst
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte, des Epikanthus, des Ektropiums, des Entropiums oder von Wimpernfehlstellungen, als selbständige Leistung
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis)
1345	Eröffnung, Spülung und/oder Wiederherstellung der vorderen Augenkammer, als selbständige Leistung
1348	Diszission der Linse oder Diszission oder Ausschneidung des Nachstars oder der Linsenkapsel, ggf. mittels Laser-Verfahren, oder Nachstarentfernung mittels Saug-Spül-Verfahren, als selbständige Leistung
1412	Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechie Lösung und/oder Probeexzision), als selbständige Leistung
1414	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen
1427	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation
1431	Operative Korrektur eines Nasenflügels
1451	Fensterung einer Kieferhöhle, ggf. einschl. Absaugung, als selbständige Leistung
1471	Eröffnung eines Zungenabszesses
1472	Keilexzision aus der Zunge, als selbständige Leistung
1485	Adenotomie (Entfernung der Rachenmandel)
1492	Operative Entfernung von Speichelstein(en)
1543	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, als selbständige Leistung
1549	Operative Beseitigung einer Stenose und/oder von Exostosen im knöchernen Teil des Gehörganges, als selbständige Leistung
1556	Inzision des Trommelfelles (Parazentese), als selbständige Leistung
1557	Anlage einer Paukenhöhlendrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens), als selbständige Leistung
1565	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung
1566	Myringoplastik vom Gehörgang aus
1580	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres, z. B. durch Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelrezision und/oder operative Korrektur der Ohrmuschelform und/oder der Ohrmuschelgröße
1703	Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht
1713	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation)

1716	Innere Harnröhrenschlitzung unter Sicht
1730	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur
1741	Plastische Operation der Vorhaut und/oder des Frenulums
GO-Nr.	Beschreibung
1755	Unterbindung eines Samenleiters, ggf. mit Teilresektion, als selbständige Leistung
1759	Varikozelenoperation (Skrotalschnitt)
1768	Operation eines Leistenhodens
2151	Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes
2152	Haut- oder Schleimhauttransplantation oder plastische Deckung eines kleinen Hautdefektes mittels Überpflanzung von Epidermisstücken, einschl. Versorgung der Entnahmestelle
2220	Operation eines Ganglions an einem Hand-, Fuß- oder Fingergelenk, eines Tumors der Finger- oder Zehenweichteile (z.B. Hämangiom) oder Sehnen-scheidenstenosenoperation, ggf. einschl. Probeexzision oder Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers, als selbständige Leistung
2222	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mittels Z-Plastik
2240	Muskel- und/oder Fasziennaht, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde, als selbständige Leistung
2250	Präparation und Durchtrennung einer Sehne oder eines Muskels, als selbständige Leistung
2261	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation, ggf. einschl. Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils, ggf. einschl. temporärer Kirschner-Drahtarthrodese, ggf. einschl. Entfernung eines Clavus und/oder plastischer Deckung eines Hautdefektes
2270	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit partieller Entfernung der Palmaraponeurose oder Operation der Plantaraponeurose (M. Ledderhose)
2276	Operation eines peripheren Nervenengpaßsyndroms (z. B. Supinatorloggen-Syndrom) - mit Ausnahme der in der Leistung nach Nr. 2275 enthaltenen Engpaßsyndrome - ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benignen Neubildungen
2310	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermittelglied- oder Großzehenknochens
2400	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks
2401	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers, eines Daumengelenks, eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chas-saignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks oder einer Kniescheibe
2420	Primäre Naht oder Reinsertion eines Bandes und/oder Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks
2425	Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks, als selbständige Leistung
2435	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder von Fremdkörpern aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk
2440	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk, als selbständige Leistung
2441	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk, als selbständige Leistung
2455	Eröffnung eines Finger- oder Zehengelenks, ggf. einschl. Drainage, als selbständige Leistung
2465	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks, als selbständige Leistung
2466	Einkerbung der Sehnenplatte bei der Epikondylitis radialis oder ulnaris (OP nach Hohmann)
2475	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks
2480	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks
2485	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks, als selbständige Leistung
2630	Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage), als selbständige Leistung
2740	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels (Sphinkterotomie), als selbständige Leistung
2850	Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse
2851	Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat
2852	Beseitigung eines arterio-venösen Shunts
2920	Dauerimplantation von Reizelektroden zur Stimulation des Rückenmarks, ggf. einschl. Durchleuchtung (BV/TV), ggf. einschl. Implantation eines Empfangsgerätes, ggf. einschl. Teststimulationen
2930	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, als selbständige Leistung
2935	Neurolyse, als selbständige Leistung
2945	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung, einschl. Wundversorgung
2946	Sekundärnaht eines peripheren Nerven durch epineurale Naht
2947	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht

3010	Freilegung und/oder Entfernung eines retinierten oder verlagerten oder tief zerstörten Zahnes
3011	Freilegung und/oder Entfernung eines retinierten oder verlagerten oder tief zerstörten Zahnes durch Osteotomie
3012	Entfernung eines vollständig impaktierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie oder Entnahme-Osteotomie zur Zahntransplantation
3013	Osteotomie zur Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequester aus dem Kiefer
3015	Transplantation eines Zahnes, einschl. operativer Schaffung des Knochenbettes
3021	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn
GO-Nr.	Beschreibung
3035	Operation einer Kieferzyste durch Zystektomie
3038	Operativer Verschluss mittels Periostschlitzung und Zahnfleischverschiebeplastik einer durch Zahnentfernung eröffneten Kieferhöhle
3040	Lippen- oder Zungenbandplastik oder Gingivoplastik im Bereich von bis zu vier Zähnen
3042	Gingivoplastik im Bereich von mehr als vier Zähnen einer Kieferhälfte
3046	Partielle Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Muskelverlagerung zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Gesichtsmuskulatur
3205	Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- oder Fußverbildung

Anforderungen des Kooperationsvertrages

A. Ausstattung der Apotheke

Die teilnehmende Apotheke muss räumlich und sächlich so ausgestattet sein, dass eine umfassende, qualitätsgestützte Betreuung und Beratung sowie alle gemäß der vorliegenden Vereinbarung vorgesehenen Leistungen in geeigneter Weise durchgeführt werden können.

Die Apotheke muss über die notwendige Soft- und Hardware für eine Erfassung, gegebenenfalls Beratung und insbesondere Verarbeitung der Daten verfügen.

B. Qualifikation

Mindestens eine Apothekerin / ein Apotheker, die / der in der Apotheke tätig ist, muss ein Schulungsprogramm absolviert haben, das von den Vertragspartnern anerkannt wurde.

Die Anerkennung wird vom DAV im Benehmen mit der Barmer Ersatzkasse und dem Deutschen Hausärzteverband erteilt und setzt voraus, dass die nachstehenden Anforderungen an Inhalt und Verlauf des Schulungsprogramms eingehalten werden.

**Modul 1: Durchführung strukturierter Betreuungsprogramme in der Hausapotheke
(Dauer: 4 h)**

Themen	Dauer
<p>1. Theorieteil (Vortrag)</p>	ca. 30 min
<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen des Hausapothekenmodells und der DMPs – Konzepte und Strukturen • Politischer Hintergrund • Begriffs- und Konzeptklärung • Vertragsinhalte mit Krankenkassen • Strukturelle Voraussetzungen in der Apotheke 	
<ul style="list-style-type: none"> • Basismodul 1: - Empfehlungen zum Einschreiben in DMPs <ul style="list-style-type: none"> -- Ablauf und Prozesse - Einschreiben in die Hausapotheke <ul style="list-style-type: none"> -- Ablauf und Prozesse -- Umsetzung des/der Vertrages/Verträge -- Datenschutz -- Aufbau einer Patientendatei (welche Angaben gehören hinein) 	ca. 30 min
<ul style="list-style-type: none"> • Basismodul 2: <ul style="list-style-type: none"> - Arzneimitteldokumentation in der Hausapotheke (Erklärung anhand von Fallbeispielen) <ul style="list-style-type: none"> -- Datengrundlage (welche Angaben gehören hinein) -- Aufbau der Medikationsdaten -- Aufbau eines Medikationsprofils, Aussagekraft und Grenzen des Medikationsprofils - Medikationsbericht (Form und Inhalte) 	60 min

<p>2. Praxisteil (Gruppenarbeit)</p> <p>2.1. Praktische Übungen am PC</p> <ul style="list-style-type: none">• Anlegen einer Patientendatei anhand eines Fallbeispiels• Anlegen der Medikationsdaten• Erstellung eines Medikationsprofils• Dokumentation arzneimittelbezogener Probleme <p>2.2. Analyse und Interpretation der Arzneimitteldaten</p> <ul style="list-style-type: none">• Detektion und Bewertung arzneimittelbezogener Probleme• Unterscheidung zwischen relevanten und irrelevanten arzneimittelbezogenen Problemen• Maßnahmen zur Lösung der Probleme• Interpretation des Medikationsprofils• Detektion und Bewertung von Doppel-, ggf. auch Pseudodoppelverordnungen (ATC-Code 7- bzw. 5-stellig)• Hinweise auf Unter- und Überversorgung mit Arzneimitteln• Medikationsbericht (Form und Inhalte)	<p>60 min</p> <p>60 min</p>
--	-----------------------------

Qualitätsstandards und Qualitätssicherung in teilnehmenden Apotheken

Die teilnehmenden Apotheken verpflichten sich, nachfolgende Qualitätsstandards und Abläufe einzuhalten. Es handelt sich dabei um Mindeststandards.

1. Basisqualifikationen

Um eine optimale Arzneimittelversorgung zu ermöglichen, führt die Apotheke nach schriftlicher Zustimmung des Patienten zu jedem in die Hausapotheke eingeschriebenen Patienten eine Patientendatei. Die schriftliche Zustimmung des Patienten kann im Rahmen Integrierter Versorgung bereits mit der Teilnahmeerklärung des Patienten zur Integrierten Versorgung erklärt werden.

Die Apotheke erhebt zu Beginn die Stammdaten, die Daten der aktuellen Medikation und fortlaufend die Daten der in der Apotheke an den Versicherten abgegebenen Arzneimittel inklusive der Selbstmedikation. Die Daten über Arzneimittel, die von dem Versicherten bei Dritten bezogen wurden, sind auf der Grundlage der Angaben des Versicherten ebenfalls zu erfassen.

Die Stammdaten enthalten den Vor- und Nachnamen des Patienten, sowie dessen Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer und Krankenkassenmitgliedschaft.

Die Medikationsdaten enthalten bezogen auf jedes einzelne abgegebene Arzneimittel das Datum der Abgabe, die Pharmazentralnummer (falls vorhanden) und die Dosierung. Falls der Handelsname, die Darreichungsform, die Stärke und die Packungsgröße des Arzneimittels nicht aufgrund der Pharmazentralnummer verfügbar sind, sind diese Daten ebenfalls zu erheben.

Zur Gewährleistung einer hohen Arzneimittelsicherheit im Sinne von § 20 Apothekenbetriebsordnung prüft der Apotheker die Medikation (verordnete und Selbstmedikation) des Patienten an Hand der Medikationsliste (chronologische Auflistung Medikationsdaten) auf mögliche Interaktionen, Gegenanzeigen sowie Nebenwirkungen, beurteilt diese aufgrund seiner pharmazeutischen Kenntnisse und berät den Patienten sowie bei Bedarf den verordnenden Arzt entsprechend unter zur Hilfenahme von

wissenschaftlichen Hilfsmitteln gemäß § 5 Nr. 2 ApBetrO. Diese Beratung erstreckt sich auch auf Fragen der Compliance des Patienten.

Auf Wunsch des Patienten wird diesem ein Ausdruck der Medikationsliste übergeben.

Das pharmazeutische Personal tritt bei einem erkennbaren Arzneimittelmissbrauch diesem in geeigneter Weise entgegen und verweigert bei begründetem Verdacht die Abgabe von Arzneimitteln (§ 17 Abs. 8 ApBetrO).

2. Medikationsbericht

Die Apotheke erstellt, soweit dies für eine Kommunikation mit dem Arzt erforderlich ist, auf der Basis der erhobenen Daten (Medikationsdaten der Patientendatei) auf Anforderung des Patienten einen Medikationsbericht, der dem Versicherten selbst oder auf Wunsch dem von ihm benannten Arzt übermittelt wird. Die Apotheke prüft die Medikation (verordnete Arzneimittel und Selbstmedikation) und bewertet sie pharmazeutisch. Erläuterungen, die dem Versicherten mündlich gegeben wurden, werden, soweit erforderlich, im Medikationsbericht schriftlich festgehalten.

3. Lieferung von Arzneimitteln

In dringenden und pharmazeutisch notwendigen Fällen liefert die Apotheke ärztlich verordnete Arzneimittel nach Maßgabe der Regelungen der Apothekenbetriebsordnung zeitnah bis an das häusliche Krankenbett des Patienten. Die pharmazeutische Notwendigkeit der Lieferung wird von dem Apotheker gegebenenfalls in Absprache mit dem verordnenden Arzt beurteilt.

4. Vorsorgemessungen

Wenn teilnehmende Apotheken

- den Body-Mass-Index (BMI),
- den systolischen und diastolischen Blutdruckes,
- die Blutglucose oder
- das Gesamtcholesterol/-in.

messen, erfolgt die Durchführung der Leistungen nach dem aktuellen Stand der anerkannten pharmazeutischen Regeln, insbesondere der einschlägigen Grundsätze zur Qualitätssicherung.

Bei einem BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ wird dem Versicherten zum Besuch des von ihm gewählten Hausarztes geraten.

Auf Grundlage der Leitlinie Hypertonie der Deutschen Hochdruckliga wird dem Patienten nach Messung des systolischen und diastolischen Blutdruckes gegebenenfalls zum Besuch des von ihm gewählten Hausarztes geraten.

Auf Grundlage der einschlägigen Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft wird dem Patienten nach Messung der Blutglucose zum Besuch des von ihm gewählten Hausarztes geraten.

Auf Grundlage der einschlägigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und der Empfehlungen der Lipid-Liga wird dem Patienten nach Messung des Gesamtcholesterols/-ins zum Besuch des von ihm gewählten Hausarztes geraten.

In allen Fällen wird der gemessene Wert dokumentiert und der Patient darüber informiert, dass eine Krankheit zuverlässig nur durch einen Arzt ausgeschlossen werden kann. Zur Dokumentation, Information und Weitergabe an den Arzt wird dem Patienten auf dessen Wunsch ein Informationsbogen, auf dem die Messwerte eingetragen sind, übergeben.

5. Ausstattung der Apotheke

Die Apotheke muss räumlich und sächlich so ausgestattet sein, dass eine umfassende, qualitätsgestützte Betreuung und Beratung sowie alle vertraglich vereinbarten Leistungen in geeigneter Weise durchgeführt werden können. Die Apotheke muss über die notwendige Soft- und Hardware für eine Erfassung, gegebenenfalls Beratung und insbesondere Verarbeitung der Daten verfügen.

6. Qualifikation

Hinsichtlich der Qualifikation teilnehmender Apotheker gelten die Regelungen nach Anlage 06.

7. Fortentwicklung der Qualitätsstandards

Soweit nichts anderes vereinbart wird, streben die Vertragsparteien an, in angemessener Zeit unter Federführung des DAV die Qualitätsstandards für die teilnehmenden Apotheken fortzuentwickeln. Hierbei sollen insbesondere folgende Punkte berücksichtigt werden:

- **Qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung**
- **Arzneimittelsicherheit**
- **Qualitätsgesicherte Service-Leistungen in Kooperation mit Hausärzten (z.B. Standards für Einweisung in technische Hilfsmittel oder für die Messung von definierten Risikoparamentern z.B. im Rahmen von DMP-Vereinbarungen)**
- **Besondere Beratungsleistungen im Rahmen der pharmazeutischen Betreuung (z.B. Standards für Screening-Maßnahmen in definierten DMP-Bereichen, Standards für das Diabetes-Management mit Tagebüchern)**
- **Qualitätsgesichertes Schnittstellenmanagement mit Netzwerkpartnern**

Arznei-Service

1. Patientendatei

Um eine optimale Arzneimittelversorgung zu ermöglichen, führt die Apotheke nach schriftlicher Zustimmung des Patienten zu jedem eingeschriebenen Versicherten eine Patientendatei. Die Apotheke erhebt zu Beginn die Stammdaten, die Daten der aktuellen Medikation und fortlaufend die Daten der in der Apotheke an den Versicherten abgegebenen Arzneimittel inklusive der Selbstmedikation. Die Daten über Arzneimittel, die von dem Versicherten bei Dritten bezogen wurden, sind auf der Grundlage der Angaben des Versicherten ebenfalls zu erfassen. Im Einzelnen handelt es sich dabei um folgende Daten:

1. Stammdaten

- a. Vor- und Nachname
- b. Geburtsdatum
- c. Adresse und Telefonnummer
- d. Krankenkasse

2. Medikationsliste

- a. Datum der Abgabe
- b. Pharmazentralnummer, falls vorhanden
- c. Handelsname
- d. Darreichungsform
- e. Stärke
- f. Packungsgröße
- g. Dosierung
- h. Facharztgruppe des Verordnenden (optional, im Ermessen des Apothekers)

Die Daten nach Buchstaben c. bis f. sind beim Versicherten nur zu erheben, wenn sie in der Apotheke nicht aufgrund der Pharmazentralnummer verfügbar sind.

2. Arzneimittelsicherheit und Interaktions-Check

Zur Gewährleistung einer hohen Arzneimittelsicherheit im Sinne von § 20 Apothekenbetriebsordnung prüft der Apotheker im Rahmen des § 7 Absatz 3 dieser Vereinbarung die Medikation (verordnete und Selbstmedikation) des Patienten an Hand der Medikationsliste (chronologische Auflistung der unter Ziffer 1 Nr. 2 genannten Daten) auf kritische Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Fehldosierungen, beurteilt diese aufgrund seiner pharmazeutischen Kenntnisse und berät den Patienten sowie bei Bedarf den verordnenden Arzt entsprechend unter zur Hilfenahme von wissenschaftlichen Hilfsmitteln gemäß § 5 Nr. 2 ApBetrO. Auf Wunsch des Versicherten erhält dieser einen kostenlosen Ausdruck der Medikationsliste.

Das pharmazeutische Personal tritt bei einem erkennbaren Arzneimittelmissbrauch diesem in geeigneter Weise entgegen und verweigert bei begründetem Verdacht die Abgabe von Arzneimitteln (§ 17 Abs. 8 ApBetrO).

Home-Service

Die teilnehmende Apotheke liefert Arzneimittel und apothekenübliche Waren nach Maßgabe folgender Bestimmungen und der Regelungen der Apothekenbetriebsordnung bis an das häusliche Krankenbett der eingeschriebenen Versicherten:

1. Bei der Abgabe der Arzneimittel sind die einschlägigen rechtlichen Bestimmungen, insbesondere §§ 17 und 20 ApBetrO, zu beachten.
- 2. In dringenden Fällen liefert die Apotheke ärztlich verordnete Arzneimittel zeitnah (möglichst innerhalb von 6 Stunden) bis ans häusliche Krankenbett des eingeschriebenen Versicherten. Voraussetzung hierfür ist die pharmazeutische Notwendigkeit dieser Lieferung, die von dem Apotheker gegebenenfalls in Absprache mit dem verordnenden Arzt zu beurteilen ist.**

Ein dringender Fall und eine pharmazeutische Notwendigkeit liegt z. B. vor, wenn es sich um einen immobilen Patienten handelt, der ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel zeitnah (z.B. Analgetikum oder Antibiotikum nach Krankenhausentlassung) benötigt.

3. In anderen Fällen sorgt die Apotheke dafür, dass innerhalb angemessener Frist ärztlich verordnete Arzneimittel dem Kunden auf Wunsch an das häusliche Krankenbett zugestellt werden. Sonstige Arzneimittel werden dem Kunden zugestellt, wenn dies für die Apotheke unter räumlichen und zeitlichen Gesichtspunkten zumutbar ist. Das Gleiche gilt für die Zustellung apothekenüblicher Waren. In diesen Fällen ist die Erhebung einer Schutzgebühr zulässig.

Bonus-Service

1. Leistungsbeschreibung

Die eingeschriebenen Versicherten der BARMER erhalten bei jedem Kauf von apothekenüblichen Waren nach § 25 Apothekenbetriebsordnung, die nicht zu Lasten der Barmer abgegeben werden, in der Apotheke, in der sie eingeschrieben sind, eine Gutschrift in Höhe von 3% des Abgabepreises der Apotheke.

Wenn der Gesamtumsatz mit Waren nach Satz 1 im Zeitraum von einem Jahr nach der Einschreibung des Versicherten 250,-- € übersteigt, erhält der Versicherte auf den Gesamtumsatz in diesem Jahr zusätzlich Gutschriften in Höhe von 2% des Abgabepreises. Für die Gesamtumsätze in den folgenden Jahren gilt dies entsprechend.

Eine Gutschrift erfolgt allerdings nicht, soweit eine solche rechtlich unzulässig wäre (z.B. bei Büchern, die der Buchpreisbindung unterliegen).

Die eingeschriebenen Versicherten können die Gutschriften jederzeit in der BARMER-SERVICE-APOTHEKE, in der sie erworben wurden, beim Kauf apothekenüblicher Waren nach § 25 Apothekenbetriebsordnung einlösen.

2. Anspruchsberechtigte

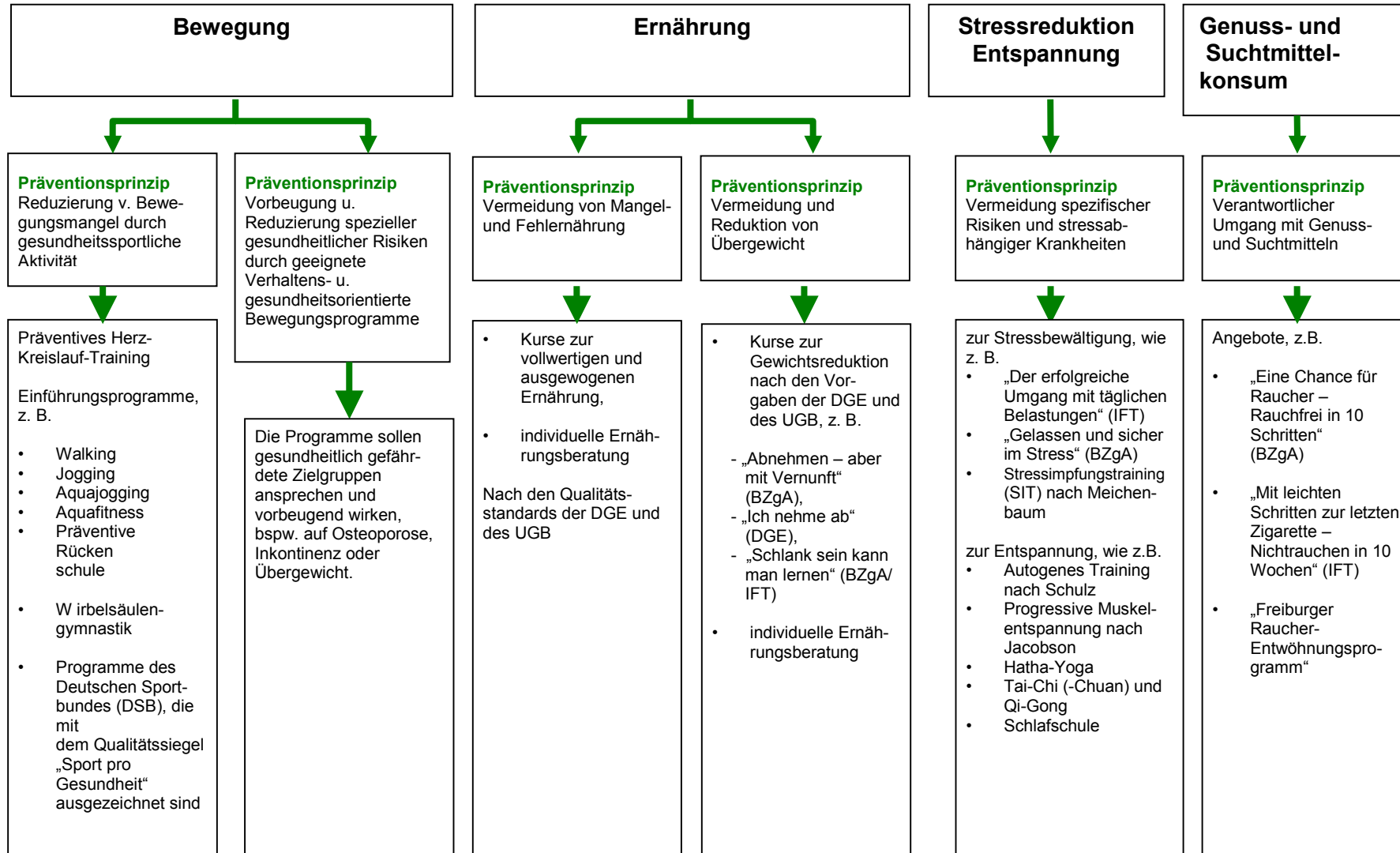
Anspruchsberechtigt sind alle eingeschriebenen Versicherten.

Prävention

Individuelle beratungs- und gruppenbezogene Schulungsmaßnahmen (Patientenschulungen nach § 43 SGB V)

- Ernährungsberatung bei Erkrankungen, die durch eine Fehlernährung verursacht bzw. mitverursacht wurden und/oder bei denen eine Ernährungsumstellung die Therapie unterstützen kann.
- Schulungen für asthmakranke Erwachsene auf der Grundlage des Nationalen ambulanten Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)
- Schulungsprogramme bei:
 - chronischer Polyarthritis
 - Lupus erythematodes
 - Morbus Bechterew
 - Fibromyalgie
- Adipositaschulung M.O.B.I.L.I.S.

Qualitätsgesicherte Leistungen der Primärprävention – § 20 Abs. 1 SGB V



DMP-Vergütung

- 1. Die BARMER übermittelt jeweils zum Ende eines Quartals ein Verzeichnis in dem für jeden teilnehmenden Hausarzt die Anzahl der möglichen Patienten der BARMER aufgeführt sind, die eine chronische Erkrankung haben, die zu einer Teilnahme an einem in der jeweiligen KV-Region des Hausarztes akkreditiertem strukturiertem Behandlungsprogramm für chronische Erkrankungen nach § 137 SGB V (DMP) der BARMER berechtigen würden (potentielle DMP-Teilnehmer). Die Patienten werden nicht namentlich aufgeführt.**
- 2. Die BARMER übermittelt jeweils zum Ende des Quartals ein weiteres Verzeichnis in dem für jeden teilnehmenden Hausarzt die Anzahl der Patienten der BARMER aufgeführt sind, die zum Ende des jeweiligen Quartals an einem akkreditiertem strukturiertem Behandlungsprogramm für chronische Erkrankungen nach § 137 SGB V (DMP) teilnehmen (DMP-Teilnehmer).**
- 3. Überschreitet bei einem teilnehmenden Hausarzt die Anzahl der an einem DMP-Teilnehmer einen Anteil von 40 v.H. der potentiellen DMP-Teilnehmer dieses Hausarztes, vergütet die BARMER der HÄVG zur Weitergabe an den Hausarzt einen Betrag in Höhe von 5,10 Euro pro Quartal und pro DMP-Teilnehmer. Die Ausschüttung an die Hausärzte erfolgt einmal pro Quartal.**

Ermittlung und Verwendung von Einsparungen

1. Grundsätze

Von den ermittelten Einsparungen werden sämtliche nicht einsparabhängigen Vergütungen (Einschreibepauschale, Integrationspauschalen I und II, Medikationskonto, Anteil am Präventions-Check in Höhe von 5,70 €, Apothekenintegrationspauschale), die die BARMER für den Zeitraum der Ermittlung der Einsparungen an die beteiligten Leistungserbringer ausgeschüttet hat, jeweils proportional zum Volumen des Teils 1 und 2 (s. u.) in Abzug gebracht. Dabei werden die realisierten Finanzmittel aus der Anschubfinanzierung angemessen als Minderung des Abzuges nach Satz 1 berücksichtigt, mindestens in der Höhe der realisierten Finanzmittel aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich. Verbleibende Einsparungen werden quotiert über die Managementgesellschaften an die an den Einsparungen beteiligten Leistungserbringer ausgeschüttet (s. Ziffer 3)..

Weitere Regelungen:

- Keine Saldierung aus Teil 1 und Teil 2 vor Ausschüttung.
- Wenn keine ausreichenden Einsparungen in einem Teil erzielt wurden, werden die verbleibenden festen Vergütungen bei den Einsparungen des anderen Teils abgezogen.
- Berücksichtigungsfähige Ausgaben maximal 21.000,- Euro je teilnehmenden Patienten.

2. Ermittlung der Einsparungen

Teil 1: Arzneimittel

Schritt 1: Ermittlung der Versicherten und ihres Zuganges zum Integrationsvertrag nach Quartalen

Schritt 2: Berechnung eines Erwartungswertes Arzneimittelausgaben je Versicherten und Quartal auf der Basis des Arzneimittelverbrauchs des letzten Jahres gesteigert um die GKV-Entwicklung auf Bundesebene.

Schritt 3: Einsparungen = Summierung der Erwartungswerte der Teilnehmer und Subtraktion der tatsächlichen Arzneimittelausgaben.

Schritt 4: Subtraktion des proportionalen Anteils der festen Honorare nach § 12 des Integrationsvertrages und Aufteilung der verbleibenden Einsparungen nach den folgenden Anteilen: 40% BARMER, 30% Hausärzte, 30% Apotheken.

Schritt 5: Bewertung der Umsetzung einzelner Handlungsprogramme nach Anlage 5

Teil 2: SLE (Summe aus HKP, Heil- und Hilfsmittel und Fahrtkosten) und Krankenhaus

Schritt 1: Ermittlung der Versicherten und ihres Eintritts in den Hausarztvertrag nach Kalenderjahren

Schritt 2: Bildung einer morbiditätsadjustierten Vergleichsgruppe BARMER-Versicherter auf der Basis identischer Alters- und Geschlechtsstruktur und homogener Teildeckungsbeiträge aus vorherigen Zeiträumen.

Schritt 3: Einsparungen = Summe der Ausgaben SLE und Krankenhaus der Vergleichsgruppe ./ Summe der Ausgaben SLE und Krankenhaus der Teilnehmer

Schritt 4: Bedingung für die Berücksichtigung von Einsparungen im Bereich Krankenhaus sind:

1. Verminderung der Krankenhaufälle bei teilnehmenden Versicherten,
 2. Verminderung des durchschnittlichen Basisfallwertes bei teilnehmenden Versicherten,
- jeweils im Vergleich zur morbiditätsadjustierten Vergleichsgruppe.

Schritt 5: Subtraktion des proportionalen Anteils der festen Honorare nach § 12 des Integrationsvertrages. Einbeziehung der Einsparungen Krankenhaus unter der Bedingung nach Schritt 4. Aufteilung der verbleibenden Einsparungen nach den folgenden Anteilen: 40% BARMER, 60% Hausärzte.

3. Verwendung der Einsparungen

Die nach den o.g. Regelungen festgestellten und nach Anspruch von Hausärzten und Hausapotheken aufgeteilten Einsparungen für das abgelaufene Kalenderjahr werden nach folgenden Bestimmungen nach Abzug der Kosten für das Verwaltungshandeln der beteiligten Managementgesellschaften an teilnehmende Hausärzte und Hausapotheker ausbezahlt:

1. Eine Auszahlung erhält nur, wer zum Zeitpunkt der Auszahlung noch Teilnehmer dieses Vertrages ist.
2. Die Auszahlung erfolgt einmal im Jahr 2006 nach gleichen Anteilen pro teilnehmendem Versicherten zum Zeitpunkt der Auszahlung.
3. In folgenden Jahren wird eine sukzessive Anpassung der Auszahlungshöhe an den jeweiligen Anteil des teilnehmenden Hausarztes und Hausapothekers an der Realisierung der Einsparungen vorgenommen.

Die detaillierte Ermittlung der Einsparungen nach dieser Anlage wird im Rahmen einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Vertragspartner festgelegt und ggf. weiter entwickelt.

Anlage 14

Daten und rechnungsbegleitende Unterlagen für Abrechnungsverfahren und Einzelheiten der Abrechnung

Abrechnung gegenüber HÄVG (§ 14 I)

Abrechnung gegenüber MGDA (§ 14 III)

Einzelheiten der Abrechnung (§ 14 V)

(noch nicht vereinbart)