

**Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg
vom 08.05.2008 i.d.F. vom 01.04.2026 gemäß § 73 b SGB V**

zwischen



AOK Baden-Württemberg
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Johannes Bauernfeind
(„AOK“),



HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft
Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln
vertreten durch die Vorstände
Dominik Baća und Andreas Waldbrenner
(„HÄVG“),



MEDIVERBUND Aktiengesellschaft
Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Vorstand Dr. Wolfgang Schnörer und den Unternehmensbereichsleiter
Wolfgang Fechter
(„MEDIVERBUND“)

sowie



Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e.V.
Kölner Straße 18, 70376 Stuttgart
vertreten durch die Vorständinnen
Prof. Dr. med. Nicola Buhlinger-Göppfarth und Dr. med. Susanne Bublitz
(„Hausärzteverband Baden-Württemberg“)



MEDI Baden-Württemberg e.V.
Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Vorstand Dr. med. Norbert Smetak
(„MEDI e.V.“)

und



BVKJ-Service GmbH
Mielenforster Straße 4, 51069 Köln
vertreten durch die Geschäftsführerin Christian Lortz
(„BVKJ-Service GmbH“)

(einzeln oder gemeinsam auch „Vertragspartner“)

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND	4
Präambel	4
§ 1 Vertragsgegenstand	5
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES HAUSARZTES	5
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und MVZ	5
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	6
§ 4 Einschreibung von AOK-Versicherten in die HZV	7
§ 5 Besondere Leistungen des HAUSARZTES im Rahmen der HZV	8
§ 6 Informationspflichten des HAUSARZTES	11
§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den HAUSARZT	12
§ 8 Beendigung der Teilnahme des HAUSARZTES am Vertrag	12
ABSCHNITT III: HZV-TEILNAHME DURCH AOK-VERSICHERTE	14
§ 9 HZV-Teilnahme durch AOK-Versicherte	14
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, HÄVG UND MEDIVERBUND UNTEREINANDER	15
§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	15
§ 11 Managementleistung der HÄVG/MEDIVERBUND für die AOK	15
§ 12 Pflichten der AOK	17
§ 13 Rechte und Pflichten des MEDI e.V. und des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg	18
§ 14 Wechselseitige Unterstützung	18
§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	20
§ 16 Vertragssoftware	20
§ 17 Kündigung der AOK, der HÄVG oder der MEDIVERBUND AG	20
§ 18 Schlichtungsverfahren	21
ABSCHNITT V: HZV-VERGÜTUNG & ABRECHNUNG	22
§ 19 Anspruch des HAUSARZTES auf die HZV-Vergütung	22
§ 20 Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK	25
§ 21 Verwaltungskostenpauschale	25
ABSCHNITT VI: BEIRAT	26
§ 23 Beirat	26
ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN	27
§ 24 Geltung der einzelnen Abschnitte	27
§ 25 Vertragsbeginn und Vertragsende	27
§ 26 Verfahren zur Vertragsänderung	28
§ 27 Haftung und Freistellung	28
§ 28 Qualitätssicherung	29
§ 29 Datenschutz	29
§ 30 Sonstiges	30
§ 31 Anlagenübersicht	31

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Die hausärztliche Versorgung stellt einen unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems dar. Eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung des Versicherten erfolgt nachweislich durch die konsequente und kontinuierliche Steuerung des Versorgungsgeschehens durch den HAUSARZT. Er begleitet den Patienten bei der Inanspruchnahme der differenzierten Versorgungsangebote des Gesundheitssystems und ermöglicht durch den fachlichen Austausch mit anderen Leistungserbringern eine verbesserte Koordination der Versorgung.

Die AOK als gesetzliche Krankenkasse mit ca. 3,8 Mio. Versicherten in Baden-Württemberg möchte gemeinsam mit der HÄVG, der MEDIVERBUND AG und an diesem Vertrag („Vertrag“) teilnehmenden Ärzten/Ärztinnen und Medizinischen Versorgungszentren („HAUSARZT“ bzw. „HAUSÄRZTE“) entsprechend ihrer gesetzlichen Verpflichtung ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung („HZV“) gemäß § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG („SGB V“) anbieten. Die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG (nachfolgend gemeinsam „HZV-Partner“) werden hierbei nach Maßgabe dieses Vertrages durch den Hausärzteverband Baden-Württemberg und den MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK erfüllt durch das Angebot der HZV den Sicherstellungsauftrag gegenüber den an der HZV teilnehmenden Versicherten.

Die HÄVG ist eine Aktiengesellschaft, die für den Deutschen Hausärzteverband und dessen angeschlossene Landesverbände Managementaufgaben bei der Umsetzung von (Rahmen-) Verträgen übernimmt. Die HÄVG schließt für HAUSÄRZTE mit Gesetzlichen Krankenkassen (Rahmen-)Verträge ab. Sie erfasst im Rahmen dieses Vertrages die am Vertrag teilnehmenden Ärzte, erstellt die Abrechnung der erbrachten Leistungen und leitet die auszubezahlenden Honorare an die Ärzte weiter.

Der MEDI e.V. ist eine fachübergreifende Organisation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die die ärztliche Freiberuflichkeit in wirtschaftlicher und therapeutischer Hinsicht stärken will. Hauptziel ist eine leistungsgerechte Vergütung für die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten durch den Abschluss von Verträgen mit Krankenversicherungen. Der MEDI e. V. hat u. a. für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge die MEDIVERBUND AG gegründet. Die MEDIVERBUND AG führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag für die Mitglieder des MEDI e.V. in Kooperation mit der HÄVG nach Maßgabe dieses Vertrages durch.

Der Beitritt der BVKJ Service GmbH zu diesem Vertrag, unterstützt durch den BVKJ Landesverband Baden-Württemberg, erfolgt zum 16.07.2013. Managementgesellschaft für die Umsetzung und Abrechnung des Vertrags für KINDER-/JUGENDÄRZTE ist die MEDIVERBUND AG.

Durch den Vertrag wird der HAUSARZT für eine vertraglich vereinbarte HZV-Vergütung zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet. Diese besondere Qualität und die Koordinierung der Leistungen durch den HAUSARZT in der HZV soll die Versorgung der daran teilnehmenden Versicherten optimieren. Durch das in der HZV mögliche vereinfachte und transparente Abrechnungssystem und die damit verbundene Reduzierung des Verwaltungsaufwandes soll der HAUSARZT in die Lage versetzt werden, mehr Zeit für die Behandlung seiner Patienten aufzuwenden. Durch eine zielgenauere Leistungssteuerung und insbesondere eine rationale und transparente Pharmakotherapie erwartet die AOK die Erschließung

von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dieses Ziel soll durch eine Vertragssoftware unterstützt werden, die dem HAUSARZT insbesondere die Verordnung der Medikamente, die Überweisung von Patienten und die Abrechnung der Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag ermöglicht.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, nach einer öffentlichen Ausschreibung ergänzend Verträge mit Facharztgruppen nach § 140 a SGB V anzugliedern.

Die HZV soll darüber hinaus sinnvoll durch weitergehende und auf sie abgestimmte Versorgungsformen und -elemente ergänzt werden: Verträge nach § 140 a SGB V, Rabattverträge nach § 130 a SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme der AOK nach § 137 f SGB V.

Dies vorausgeschickt vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer hausarztzentrierten Versorgung für Versicherte der AOK in Baden-Württemberg durch nach dem **II. Abschnitt** dieses Vertrages teilnehmende HAUSÄRZTE. Die HÄVG/MEDIVERBUND erbringen in diesem Zusammenhang die im **IV. Abschnitt** dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und das im **V. Abschnitt** geregelte Abrechnungsmanagement. Zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der hausärztlichen Leistungen sind die HÄVG/MEDIVERBUND gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X berechtigt, hierzu eine andere Stelle zu beauftragen. Als andere Stelle i.S.d § 295 a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X beauftragen die HÄVG/MEDIVERBUND das in Anlage 12 benannte Rechenzentrum.
- (2) Die HÄVG übernimmt im Rahmen dieses Vertrages alle Managementaufgaben, zu denen die HÄVG/MEDIVERBUND im Rahmen dieses Vertrages berechtigt und verpflichtet sind, solange dem HAUSARZT nicht mit Wirkung für die Zukunft unter Berücksichtigung einer für den HAUSARZT angemessenen Vorlauffrist schriftlich durch die HÄVG mitgeteilt wird, dass die MEDIVERBUND AG diese Managementaufgaben übernimmt. Unbeschadet von § 30 Abs. 4 dieses Vertrages soll weder eine der in diesem Vertrag getroffenen Regelungen noch ein darauf beruhendes faktisches Zusammenwirken eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen HÄVG und MEDIVERBUND begründen.
- (3) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung der HZV nach Maßgabe dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES HAUSARZTES

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und MVZ

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND eröffnen Ärzten/Ärztinnen („Arzt“ bzw. „Ärzte“) und Medizinischen Versorgungszentren („MVZ“) sowie nach § 119 b Satz 3 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten im Rahmen und für die Dauer ihrer Berechtigung die Möglichkeit der Teilnahme an der HZV nach Maßgabe dieses Vertrages.

- (2) Ärzte und MVZ sind zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („**Vertragsteilnahme**“) berechtigt, wenn sie die in den nachfolgenden lit. a) und b) genannten Eigenschaften erfüllen:
- a) Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a SGB V als Vertragsarzt/Vertragsärztin (nachfolgend „**Vertragsarzt**“ bzw. „**Vertragsärzte**“) oder zugelassenes MVZ, das Leistungen durch hausärztlich tätige Ärzte erbringt;
 - b) Zulassung, Vertragsarztsitz und Betriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ in Baden-Württemberg.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein Arzt oder MVZ im Sinne von § 2 Abs. 2 kann die Teilnahme an der HZV durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** schriftlich, was auch in einem elektronischen Format erfolgen kann, beantragen. Alternativ kann die Teilnahme über ein vom Hausärzteverband zur Verfügung gestelltes Online-Formular beantragt werden.
- (2) Die Teilnahmeerklärung ist an die HÄVG/MEDIVERBUND zu richten. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem Arzt/MVZ bzw. HAUSARZT und Entgegennahme von Erklärungen des Arztes/MVZ bzw. HAUSARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt. Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
- a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2 Abs. 2;
 - b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung, entweder in Gestalt der Teilnahme an einer Präsenzveranstaltung („**Präsenzveranstaltung**“) oder einer online durchgeführten E-Learning-Schulung. Ein Anspruch auf die Teilnahme an einer Präsenzveranstaltung besteht nicht. Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt bzw. einen angestellten Arzt des MVZ und eine(n) bei dem Vertragsarzt bzw. MVZ angestellte(n) medizinische(n) Fachangestellte(n) erfolgen;
 - c) Für beitretende HAUSÄRZTE ist die Registrierung zur Teilnahme an sämtlichen in **Anlage 2** aufgeführten DMP Teilnahmevoraussetzung. Für Kinder- und Jugendärzte ist zu jedem Zeitpunkt nur die Teilnahme an DMP Asthma Voraussetzung für die Vertragsteilnahme;
 - d) Apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung);
 - e) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Breitband-Anbindung (z. B. DSL) zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
 - f) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
 - g) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software (Vertragssoftware) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen

(einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;

- h) Nutzung von Datenübertragungswegen zur gesicherten elektronischen Kommunikation gemäß der **Anlage 3**;
 - i) Erfüllung der technischen Voraussetzungen zum Befüllen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) nach Maßgabe der **Anlage 4**;
 - j) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät).
 - k) Nachweis eines hausärztlichen Fachgruppenschlüssels
- (3) Die HÄVG/MEDIVERBUND prüft die Teilnahmeberechtigung des Arztes nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der HÄVG/MEDIVERBUND schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
- a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein Vertragsarzt bzw. ein MVZ die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach der Prüfung der HÄVG/MEDIVERBUND, setzen diese dem Arzt eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der Arzt/das MVZ für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die HÄVG/MEDIVERBUND sind berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der Arzt/das MVZ die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes des Arztes bzw. des MVZ gemäß Absatz 1 erforderlich.
 - b) **Zulassung zur HZV.** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die HÄVG/MEDIVERBUND das Vertragsangebot des Vertragsarztes bzw. des MVZ zur Teilnahme an der HZV unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der HÄVG/MEDIVERBUND an den Vertragsarzt bzw. das MVZ über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Absatz 3. Ab Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme nimmt der Vertragsarzt bzw. das MVZ als HAUSARZT an diesem Vertrag teil, ohne zugleich Vertragspartner zu sein.

§ 4 Einschreibung von AOK-Versicherten in die HZV

- (1) Der HAUSARZT ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch jedes seiner bei der AOK versicherten Patienten verpflichtet, als Bote der AOK Teilnahmeerklärungen („Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm“) von diesen entgegenzunehmen (Versicherteneinschreibung). Ein Muster der Teilnahmeerklärung ist im Praxis-Softwaresystem hinterlegt. Der HAUSARZT muss bei Einschreibung von AOK-Versicherten den dazugehörigen Datensatz unverzüglich an die HÄVG übermitteln und die dazugehörige Teilnahmeerklärungen in der Praxis aufbewahren (mind. 10 Jahre).
- (2) Teilnahmeerklärungen von AOK-Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für

eine Teilnahme dieser AOK-Versicherten an der HZV gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung dieser AOK-Versicherten als HZV-Versicherte in der Regel mit Wirkung für das jeweils folgende Abrechnungsquartal (vgl. Absatz 3). Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Datensätze zu den Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals erfolgreich an das Rechenzentrum übermittelt worden sind (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November). Fällt der 1. Kalendertag des 2. Monats auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, gilt der vorangegangene Werktag als Frist. Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „Prozessbeschreibung HAUSARZT“.

- (3) Die HÄVG/MEDIVERBUND versendet an den HAUSARZT jeweils spätestens 5 Arbeitstage (Montag bis Freitag, „**Arbeitstage**“) vor Beginn eines Abrechnungsquartals eine Teilnehmerliste, aus der sich die AOK-Versicherten ergeben, die mit Wirkung für dieses Abrechnungsquartal HZV-Versicherte sind („**HZV-Versicherte**“). Ärztliche Leistungen für diese HZV-Versicherten können in dem auf diese Mitteilung folgenden Quartal grundsätzlich HZV-vergütungsrelevant sein und dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** dieses Vertrages abgerechnet werden.

§ 5 Besondere Leistungen des HAUSARZTES im Rahmen der HZV

- (1) Der HAUSARZT ist gegenüber der AOK, der HÄVG und dem MEDIVERBUND gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 6 zum Angebot einer besonderen hausärztlichen Versorgung an die HZV-Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der HZV-Versicherten verbleibt bei dem behandelnden Arzt; er erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den HZV-Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der HAUSARZT muss sämtliche der folgenden **Qualitätsanforderungen hinsichtlich der Praxisausstattung und seines Sprechstundenangebotes** erfüllen:
- a) Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung);
 - b) Vorhalten einer onlinefähigen IT und Anbindung über ISDN bzw. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
 - c) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
 - d) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software (Vertragssoftware) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;
 - e) Technische Voraussetzungen zum Befüllen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) nach Maßgabe der **Anlage 4**;
 - f) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen

Werktagen (Montag bis Freitag) und eine Abendsprechstunde (Terminsprechstunde) pro Woche bis mindestens 20.00 Uhr für HZV-Versicherte der AOK im Sinne von § 4 Abs. 3 des Vertrages, die berufstätig sind.

- g) Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer des HAUSARZTES in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage des Hausärzteverbandes, MEDI e.V. und/oder der Krankenkasse.
- (3) Der HAUSARZT bzw. das MVZ muss sämtliche der folgenden **Qualifikationsanforderungen** selbst bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt/angestellten Arzt erfüllen:
- a) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - b) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der hausärztlichen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - c) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V, die sich auf hausarzttypische Versorgung konzentriert, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie und Pädiatrie nach Maßgabe von **Anlage 2**; entsprechende Fortbildungen müssen von der in der **Anlage 2** näher bezeichneten Fortbildungskommission Allgemeinmedizin zugelassen sein;
 - d) Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - e) Qualifikation oder Erwerb der Qualifikation für Psychosomatik nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - f) Teilnahme an sämtlichen in der Anlage 2 aufgeführten strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V für Diabetes Typ II, KHK und COPD. Einzelheiten regelt die **Anlage 2**. Kinder- und Jugendärzte müssen zu jedem Zeitpunkt nur an DMP Asthma teilnehmen.
 - g) Im Falle einer dauerhaften Erkrankung mit einer Fehlzeit von mehr als 6 Wochen muss die Vertretung der HAUSARZT-Praxis durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt in dieser HAUSARZT-Praxis sichergestellt werden, die/der die Qualifikation zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 2 besitzt und den Betrieb der Praxis im vertraglich geforderten Mindestumfang spätestens nach 6 Wochen aufrecht hält. Ist dies nicht der Fall, können die Vertragspartner die Teilnahme des HAUSARZTES rückwirkend zum Ende des Quartals, in dem der krankheitsbedingte Ausfall eintrat, beenden. Kontaktunabhängige Leistungen gemäß Anlage 12 des Vertrages werden für die Quartale zurückgefordert, in denen vor der rückwirkenden Beendigung Vergütungen ausbezahlt wurden, wenn keine Vertretung im o.g. Sinne in der Hausarzt-Praxis sichergestellt wurde. Davon ausgenommen ist das Quartal des Beginns der Krankheit bzw. das Quartal, in dem die durchgängige Vertretung im o.g. Sinne beendet wird.

(4) Der HAUSARZT erbringt in der HZV folgende **besonderen Leistungen für HZV-Versicherte**:

- a) Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen an das Rechenzentrum (vgl. § 295 a Abs. 1 SGB V);
- b) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die HZV und die Rechte und Pflichten der HZV-Versicherten bei einer Teilnahme an der HZV auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der AOK gemäß § 73 b Abs. 6 SGB V;
- c) Information und Motivation von HZV-Versicherten mit entsprechender Erkrankung bezüglich der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V (**Anlage 2**). Bei der freiwilligen Teilnahme des HZV-Versicherten verpflichtet sich der HAUSARZT, die Einschreibung und Dokumentation nach Maßgabe der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme in das jeweils geeignete Programm durchzuführen;
- d) Überweisung an Fachärzte unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem HAUSARZT möglichen und notwendigen hausärztlichen Abklärungen;
- e) Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und bei stationären Einweisungen;
- f) Dokumentation und Übermittlung der Diagnosen in der fünfstelligen ICD-10-Systematik unter Nutzung einer Vertragssoftware. Auf die künftige Ergänzung der ICD-10-Systematik durch ICPC 2 gemäß § 26 Abs. 1 wird ausdrücklich hingewiesen;
- g) Bekanntmachung eines HZV-Vertretungsarztes gegenüber seinen HZV-Versicherten. Vertretungen müssen innerhalb der HZV organisiert werden;
- h) Bereitschaft, für HZV-Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen die Wartezeit auf möglichst maximal 30 Minuten zu begrenzen (Notfälle sind bevorzugt zu behandeln);
- i) Prüfung und Entscheidung, ob vor der Einweisung eines HZV-Versicherten in die stationäre Krankenhausbehandlung ein ambulant tätiger Facharzt einzuschalten ist (ambulant vor stationär);
- j) Befüllen eines elektronischen oder papiergebundenen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) gemäß **Anlage 4** auf Wunsch und bei Einverständnis des HZV-Versicherten und soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen;
- k) Information der HZV-Versicherten über spezifische AOK-Angebote, z.B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst, Präventionsberatungen und erweiterte Gesundheitsuntersuchungen (**Anlage 2**);

- l) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des HZV-Versicherten innerhalb der HZV mit Einverständnis des HZV-Versicherten.
 - m) „Mögliche Nutzung und Angebot von Leistungen bzw. Fachanwendungen im Rahmen der Elektronischen Arztvernetzung gemäß Anhang 14 zu Anlage 12 insbesondere wenn hierfür die erforderlichen technischen und vertraglichen (z.B. Teilnahmeerklärung des Arztes) Voraussetzungen vorliegen“
- (5) Der HAUSARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie, und hierzu insbesondere verpflichtet,
- a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130 a Abs. 8 SGB V zu verordnen;
 - b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** genannten Wirkstoffe zu beachten;
 - c) unbeschadet der Regelungen in a) insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Arzneimitteln zu achten.
- (6) Der HAUSARZT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der HZV-Abrechnung gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND nach Maßgabe des **V. Abschnitts** eine Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Abs. 5 lit. a) bis c) unterstützt. Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet, die über eine Vertragssoftware bereitgestellt werden. **Einzelheiten zum Bezug von Vertragssoftware, zu den damit verbundenen monatlichen Kosten, den technischen Voraussetzungen und den Funktionen der Software ergeben sich aus Anlage 3.**
- (7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, die von der AOK, der HÄVG AG und der MEDIVERBUND AG vorgegebenen spezifischen Hardware in Form eines sogenannten Konnektors oder eines HZV Online Keys zu nutzen. Dies dient der Erhöhung der Sicherheit und Schnelligkeit der Datenübertragung. Verfolgt wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten. Einzelheiten regelt Anlage 3. Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten.

§ 6 Informationspflichten des HAUSARZTES

- (1) Der HAUSARZT ist gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND und der AOK verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens drei Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der **Anlage 1** beigefügten Meldeformulars („**Stammdatenblatt**“) an die HÄVG/MEDIVERBUND schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der HAUSARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der HAUSARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.
- (2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten

- a) Umzug der Praxis des HAUSARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
 - b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
 - c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des HAUSARZTES (Vertragsarzt/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Arztstammdaten (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Qualitätsanforderungen an die Praxisausstattung nach § 5 Abs. 2 lit. a) bis e) oder des wöchentlichen Sprechstundenangebotes (§ 5 Abs. 2 lit. f).
 - f) Nichterfüllung der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 3.
- (3) Der HAUSARZT hat auf schriftliche Aufforderung der HÄVG/MEDIVERBUND Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den HAUSARZT

Der HAUSARZT soll bereits bestehende und zukünftig entstehende Besondere Versorgungsformen nach § 140 a SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an die HZV nach diesem Vertrag anknüpfen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem HAUSARZT und den niedergelassenen (Fach-)Ärzten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und dem HAUSARZT sind in Anlage 17 geregelt.

§ 8 Beendigung der Teilnahme des HAUSARZTES am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des HAUSARZTES endet mit sofortiger Wirkung mit Ende der Zulassung des HAUSARZTES als Vertragsarzt/des MVZ bzw. mit Ende seiner Zulassung in Baden-Württemberg, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens einer der Vertragsparteien bedarf. Die Einhaltung der Informationspflicht gemäß § 6 bleibt bestehen.
- (2) Die Vertragsteilnahme des HAUSARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 25 Abs. 3 lit. a) und/oder b).
- (3) Der HAUSARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende durch Erklärung gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND kündigen. Das Recht des HAUSARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den HAUSARZT insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 oder in § 26 Abs. 4 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des HAUSARZTES bzw. bei sonstigen Vertragsänderungen).
- (4) Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, die Teilnahme eines HAUSARZTES an diesem Vertrag mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner gegenüber dem betroffenen HAUSARZT ordentlich zum Quartalsende mit einer Kündigungsfrist von 2 Monaten zu kündigen, wenn der betroffene HAUSARZT die Teilnahmevoraussetzungen gemäß

§ 5 Abs. 3 nicht mehr erbringt.

- (5) Die HÄVG/MEDIVERBUND ist unabhängig von § 23 Abs. 4 lit. c) berechtigt, die Teilnahme eines HAUSARZTES an diesem Vertrag mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner gegenüber dem betroffenen HAUSARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen, auch rückwirkend zum Ende des Quartals, in dem der Kündigungsanlass eintrat. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn
- a) der HAUSARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 28 verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der HÄVG/MEDIVERBUND nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der HAUSARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt;
 - c) der HAUSARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Verstoß nicht nach schriftlicher Abmahnung innerhalb einer durch diese Abmahnung gesetzten angemessenen Frist durch die HÄVG/MEDIVERBUND beseitigt, insbesondere wenn
 - (1) der HAUSARZT entgegen § 5 Abs. 3 lit. g) nicht mehr aktiv an DMP gemäß **Anlage 2** teilnimmt;
 - (2) der HAUSARZT nicht mehr über die Qualitätsanforderungen hinsichtlich seiner Praxisausstattung nach § 5 Abs. 2 lit. a) bis e) verfügt;
 - d) beim HAUSARZT die vertragliche Grundlage wegfällt z.B. Schließung der Praxis bei ungeklärter Abwesenheit
 - e) der HAUSARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat;
 - f) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Erfüllung des Vertrages für die AOK, die HÄVG, den MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (6) Die Vertragspartner sind berechtigt dem Arzt eine erneute Vertragsteilnahme an der HZV dem zu verweigern, wenn eine Kündigung durch die HÄVG/MEDIVERBUND gemäß § 8 Abs. 4 vorliegt. In Ausnahmefällen kann der Beirat gemäß § 23 des Vertrages auf Empfehlung des Ausschusses gemäß Abs. 4 Anhang 6 zu Anlage 12 die erneute Teilnahme des Arztes am Vertrag beschließen, sofern eine erneute Teilnahmeerklärung des Arztes vorliegt. Eine Weiterleitung durch den Ausschuss an den Beirat ist nicht verpflichtend, wenn der Ausschuss eine erneute Teilnahme einstimmig nicht befürwortet. Die erneute Teilnahme kann jedoch frühestens 12 Monate nach dem wirksamen Ausschluss erfolgen. Eine erneute Aufnahme führt dazu, dass dieser HAUSARZT bei Verstößen gemäß Abs. 7 Anhang 6 zu Anlage 12 unmittelbar in die Stufe 3 „Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung und einer diesbezüglichen Honorarkürzung in den beiden vorherigen Kalenderjahren.“ fällt. Ein erneuter Ausschluss nach Anhang 6

zu Anlage 12 führt zu einem dauerhaften Teilnahmeverbot an diesem Vertrag.

- (7) Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, die Teilnahme eines HAUSARZTES an diesem Vertrag mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner gegenüber dem betroffenen HAUSARZT ordentlich zum Quartalsende mit einer Kündigungsfrist von 2 Monaten zu kündigen, wenn der betroffene HAUSARZT die Behandlung von HZV-Versicherten, unabhängig ob Eigen- oder Fremdpatienten, verweigert.
- (8) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND bzw. durch die HÄVG/MEDIVERBUND erklärt wird.
- (9) Die Kündigung eines HAUSARZTES oder gegenüber einem HAUSARZT führt zur Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag für den betroffenen HAUSARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern. Die Beendigung der Teilnahme eines Hausarztes an diesem Vertrag hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages im Übrigen.

ABSCHNITT III: HZV-TEILNAHME DURCH AOK-VERSICHERTE

§ 9 HZV-Teilnahme durch AOK-Versicherte

- (1) Versicherte der AOK können ihre Teilnahme an der HZV durch Unterzeichnung der Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahmeerklärung am AOK-Hausarztprogramm gemäß **Anlage 7** (Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte) in ihrer jeweils geltenden Fassung erklären. Die Teilnahme ist freiwillig. Vor Erklärung der Teilnahme wird der Versicherte über den Inhalt des AOK-Hausarztprogrammes und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung und zum Datenschutz gemäß **Anlage 7** (Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte) informiert und erhält diese Information schriftlich oder elektronisch durch den HAUSARZT. Mit der Einwilligung in die Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.
- (2) Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte gemäß **Anlage 7**. Sie regeln unter anderem die Teilnahmemöglichkeit sämtlicher Versicherten der AOK ohne Altersbegrenzung, die datenschutzrechtlich erforderlichen Einwilligungen gemäß § 295 a Abs.1 Satz 2 SGB V sowie die Bindung der HZV-Versicherten an ihren gewählten HAUSARZT für mindestens ein Jahr, die das Aufsuchen anderer Ärzte nur nach Überweisung durch den gewählten HAUSARZT zulässt; eine Ausnahme gilt für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall/ärztlichen Notfalldiensten, Gynäkologen, Augenärzten und Kinderärzten.
- (3) Die AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von HZV-Versicherten an der HZV bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, HÄVG UND MEDIVERBUND UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen der AOK, der HÄVG, der MEDIVERBUND AG, dem Hausärzteverband Baden-Württemberg und dem MEDI e. V. Die Verpflichtung der AOK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen der HZV erbrachte Leistungen des HAUSARZTES und die Verpflichtung von der HÄVG/MEDIVERBUND zur Abrechnung der der HZV unterfallenden Leistungen des HAUSARZTES gegenüber der AOK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Managementleistung der HÄVG/MEDIVERBUND für die AOK

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND verpflichten sich gegenüber der AOK zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a SGB V teilnehmen. Die HÄVG/MEDIVERBUND übernehmen nicht den Sicherstellungsauftrag.
- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 nehmen die HÄVG/MEDIVERBUND die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der HAUSÄRZTE gegenüber der AOK wie folgt vor:
 - a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für HAUSÄRZTE in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen gemäß der in der **Anlage 8** enthaltenen Anlage „Öffentlichkeitsarbeit“;
 - b) Unverzügliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der HAUSÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline) nach dem Fachkonzept gemäß **Anlage 9**;
 - c) Koordination der Vertragsteilnahme der Ärzte an der HZV nach diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von HAUSÄRZTEN;
 - e) Entgegennahme von Verzeichnissen der DMP-Teilnahme;
 - f) Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen (§§ 2 Abs. 2, 3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung, des von der AOK zur Verfügung gestellten DMP-Verzeichnisses und des Nachweises über die Vertragsschulung;
 - g) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen (§§ 2 Abs. 2, 3 Abs. 3);
 - h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpaketes HAUSARZT“ an Ärzte;
 - i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK;

- j) Entgegennahme und Halten von HZV-Versichertenverzeichnissen;
 - k) Information der HAUSÄRZTE über den Teilnahmestatus eines durch sie gemäß § 4 eingeschriebenen HZV-Versicherten (vgl. **Anlage 9**);
 - l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch HAUSÄRZTE (§ 8);
 - m) Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2**);
 - n) Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;
 - o) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der HÄVG/MEDIVERBUND gegenüber der AOK ergeben sich aus **Anlage 9**.
 - p) Durchführung der Abrechnung der HZV-Vergütung gemäß § 295 a Abs.2 SGB V nach Maßgabe der §§ 19-22 dieses HZV-Vertrages sowie seiner Anlage 12.
- (3) Erfährt die HÄVG/MEDIVERBUND von Verstößen eines HAUSARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach **Abschnitt II**, sind sie verpflichtet, den HAUSARZT abzumahnern. Die HÄVG/MEDIVERBUND sind ferner gegenüber der AOK verpflichtet, dem jeweiligen HAUSARZT die Teilnahme an der HZV nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist. Sie sind entsprechend zur Kündigung verpflichtet, wenn ein Kündigungsgrund nach § 8 Abs. 5 vorliegt und der Beirat (§ 23 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die HÄVG/MEDIVERBUND sind zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der AOK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen berechtigt. Zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der hausärztlichen Leistungen sind die HÄVG/MEDIVERBUND gemäß § 295 a Abs.2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X berechtigt, hierzu eine andere Stelle zu beauftragen. Als andere Stelle gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X beauftragt die HÄVG/MEDIVERBUND das in **Anlage 12** benannte Rechenzentrum. Die Zustimmung der AOK darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Zustimmung zur Einschaltung des in **Anlage 12** genannten Rechenzentrums gilt hiermit als erteilt. Die HÄVG/MEDIVERBUND haften für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die HÄVG/MEDIVERBUND benennen der AOK in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der HAUSÄRZTE stammen sollte.
- (6) Die HÄVG/MEDIVERBUND erbringen selbst unter keinem Gesichtspunkt ärztliche Leistungen.

§ 12 Pflichten der AOK

- (1) Die AOK benennt der HÄVG/MEDIVERBUND schriftlich in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (ArztPartnerService). Des Weiteren verpflichtet sie sich, für die HAUSÄRZTE regional zuständige Ansprechpartner zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die AOK wird die HÄVG/MEDIVERBUND unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines HAUSARZTES hinweisen.
- (3) Die AOK wird dem Abrechnungszentrum das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der HZV-Versicherten jeweils bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der HÄVG/MEDIVERBUND AOK-Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem HAUSARZT nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als HZV-Versicherte bekanntgegeben werden.
- (4) Im Falle eines zulässigen Arztwechsels eines HZV-Versicherten informiert die AOK die HÄVG/MEDIVERBUND und teilt ihr den neu gewählten HAUSARZT des HZV-Versicherten mit.
- (5) Die AOK wird der HÄVG/MEDIVERBUND nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die HAUSÄRZTE zur Verfügung stellen. Hierzu gehören insbesondere Informationen über die Teilnahme des HAUSARZTES an DMP-Programmen der AOK, Änderungen der Arztstammdaten, die ihr zur Kenntnis gelangen, sowie Inhalte, die in eine Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.
- (6) Die AOK wird die HÄVG/MEDIVERBUND bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2**.
- (7) Weitere Einzelheiten der Pflichten der AOK gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (8) Die AOK kann HAUSÄRZTEN über den ArztPartnerService sowie durch weitere fachkompetente Mitarbeiter/innen spezifische Informationsleistungen zur Verfügung stellen. Die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 u. 6 bleiben hiervon unberührt. Diese Informationsleistungen erfolgen nach Maßgabe folgender Regelungen:
 - a) HAUSÄRZTE erhalten allgemeine Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen, Inhalten, Zielen und Umsetzungsfragen dieses Vertrages sowie zu den vertraglichen Pflichten nach diesem Vertrag. Diese umfassen auch Informationen und allgemeine Handlungsempfehlungen zu vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitskriterien, sowie darauf ausgerichteten Maßnahmen nach Maßgabe dieses Vertrages.

- b) Der HAUSARZT erhält Hinweise und Informationen hinsichtlich der Einhaltung vereinbarter Wirtschaftlichkeitskriterien ausschließlich auf Anfrage. Die Hinweise können sich insbesondere auf die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 und 6 beziehen.
- c) Die AOK berichtet regelhaft im Beirat (§ 23) über den Inhalt der Informationen nach lit. a) und die Anzahl der erfolgten Kontaktaufnahmen.
- d) Der HAUSARZT erhält auf Wunsch auch Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen und Inhalten geeigneter Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten und Präventionsangeboten der AOK.
- e) Der HAUSARZT wird durch Hinweise und Informationen nach Maßgabe des § 73 Abs. 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung bei der Erfüllung seiner Pflichten nach § 5 Abs. 5 und 6 unterstützt, Dies umfasst insbesondere (auch vergleichende) Informationen in Bezug auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln, über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen sowie Hinweise nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Indikation und therapeutischem Nutzen.
- f) Gemäß § 305a Satz 1 SGB V unzulässig ist die Beratung der Hausärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit anhand praxisindividueller, auf Diagnosen beruhender Patientendaten. Ferner unzulässig in der Arztsprache ist die Thematisierung von auf die jeweilige Arztpraxis bezogenen Fragestellungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Insbesondere dürfen im Rahmen der Arztsprache keine Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das Verordnungs- und Dokumentationsverhalten der Hausärztin oder des Hausarztes anhand einer praxisindividuellen Analyse widerspiegeln.

§ 13 Rechte und Pflichten des MEDI e.V. und des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg

- (1) Der Hausärzteverband Baden-Württemberg und der MEDI e.V. sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß **Anlage 8** verpflichtet (Öffentlichkeitsarbeit). Diese Verpflichtung gilt auch nach einem etwaigen Ausscheiden der HÄVG oder der MEDIVERBUND AG aus dem Vertrag, solange dieser nicht insgesamt endet.
- (2) Der Hausärzteverband Baden-Württemberg und der MEDI e.V. sind verpflichtet, Änderungen von Arztstammdaten und Vertragsverstöße ihrer Mitglieder, die ihnen zur Kenntnis gelangen, unverzüglich an die HÄVG/MEDIVERBUND weiterzuleiten.

§ 14 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichtet sich die AOK, die HÄVG, die MEDIVERBUND AG, der MEDI e.V. und der Hausärzteverband Baden-Württemberg,
 - a) die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse;

- b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrages umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) Die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG vereinbaren, mindestens einmal jährlich eine Informationsrunde zwischen den ärztlichen Ansprechpartnern im Sinne von § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.
- (3) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der AOK (Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. Die HÄVG, der Hausärzteverband Baden-Württemberg, die MEDIVERBUND AG und der MEDI e.V. verpflichten sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.
- (4) a) Die AOK zahlt für jede ausbezahlte Pauschale P1, gemäß Anlage 12, die folgenden Beträge in einen Strukturfonds (nachfolgend „HZV-Strukturfonds“) ein:
1. 1,30 EUR als Sicherstellungszuschlag
 2. 0,50 EUR als Betriebskostenzuschuss für die Gesellschaft für IT-Vernetzung mbH (nachfolgend „GefIT“) (Betrieb der elektronischen Arztvernetzung der Haus- und Facharztverträge der Vertragspartner)
 3. 1,05 EUR als Infrastruktur- und Digitalisierungszuschlag
- Die Positionen a) 2, 3 sind hierbei auf die Anzahl von maximal 1.500.000 P1 Auskehrungen pro Kalenderjahr begrenzt.
- Die Mittel aus dem HZV-Strukturfonds können durch die Vertragspartner insbesondere zur Sicherung der hausärztlichen Aus- und Weiterbildung, der Qualifizierung von Hausärzten und Praxisteams sowie zur einzelfallbezogenen Sicherstellung der Versorgung durch Unterstützung von Praxen in Härtefällen verwendet werden. Weiterhin werden aus diesen Mitteln notwendige Projekte zur Anpassung der Infrastruktur in den Bereichen Administration, Versorgung und Digitalisierung unterstützt oder finanziert. Die Beschlüsse über die Verwendung der Mittel aus dem HZV-Strukturfonds werden einstimmig im Beirat getroffen. Die HÄVG verwaltet den HZV-Strukturfonds treuhänderisch auf einem Sonderkonto im Auftrag der Vertragspartner.
- b) Unbesetzt.
- c) Die AOK zahlt zusätzlich zu lit a) auf ein Sonderkonto (nachfolgend „FaV-Strukturfonds“) ein:
1. 1,00 EUR für jede in Verbindung mit der Teilnahme eines Versicherten am AOK-FacharztProgramm ausbezahlte Pauschale P1 als Sicherstellungszuschlag
 2. 0,45 EUR für jede ausbezahlte Pauschale P1, gemäß Anlage 12 als Infrastruktur- und Digitalisierungszuschlag
- Die Position 2 ist hierbei auf die Anzahl von maximal 1.500.000 P1 Auskehrungen pro Kalenderjahr begrenzt.

Dieses Sondervermögen kann durch MEDIVERBUND verwendet werden, um die Sicherung der fachärztlichen Versorgung nach § 140a SGB V i.V.m. dem AOK-FacharztProgramm zu unterstützen. Die Beschlüsse über die Verwendung dieses Sondervermögens werden einstimmig zwischen MEDIVERBUND und AOK getroffen. MEDIVERBUND verwaltet das Sondervermögen treuhänderisch auf einem Sonderkonto im Auftrag der Vertragspartner. Nicht aufgebrauchtes Sondervermögen fällt bei Beendigung des AOK-FacharztProgramms an die AOK zurück.

- d) Ab dem 01.07.2020 wird für jeden über Anlage 12a abgerechneten Versicherten auf die Pauschale P1 ein zusätzlicher Sicherstellungszuschlag in Höhe von 0,50 EUR auf ein Sonderkonto einbezahlt. Die HZV-Honorare der HZV-Ärzte ändern sich hierdurch nicht. Dieses Sondervermögen kann durch MEDIVERBUND verwendet werden, um die Sicherung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung (Kinder- und Jugendarztmodul) nach § 73b SGB V -insbesondere zur Qualitätsförderung der Sozialpädiatrie- und Präventions-Assistentinnen (SOPASS) zu unterstützen. Die Beschlüsse über die Verwendung dieses Sondervermögens werden einstimmig im Beirat gemäß Anlage 18 Abs. 2 lit. h getroffen. MEDIVERBUND verwaltet das Sondervermögen treuhänderisch auf einem Sonderkonto im Auftrag der Vertragspartner. Nicht aufgebrauchtes Sondervermögen fällt bei Beendigung des AOK-HausarztProgramms an die AOK zurück.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

Die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG stimmen Maßnahmen, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab. Einzelheiten regelt **Anlage 8**.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND sind verpflichtet, im Benehmen mit der AOK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3 lit. g) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (**Anlage 3**).
- (2) Die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG einigen sich auf Vorgaben für Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt **Anlage 10** (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).
- (3) Vertragssoftware ist vor ihrer Benennung gemäß Absatz 1 in dem in **Anlage 10** geregelten Verfahren zuzulassen.

§ 17 Kündigung der AOK, der HÄVG oder der MEDIVERBUND AG

- (1) Der Vertrag beginnt für die HÄVG, die AOK und der MEDIVERBUND AG, den MEDI e.V. und den Hausärzteverband Baden-Württemberg mit Vertragsbeginn gemäß § 25 Abs. 1.
- (2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von der HÄVG, der AOK, der MEDIVERBUND AG, dem Hausärzteverband Baden-Württemberg und dem MEDI e.V. unbeschadet der Absätze 3 und 4 mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals zum 31. Dezember 2015. Kündigt der

Hausärzteverband Baden-Württemberg und/oder MEDI e.V. diesen Vertrag, wird er zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt. Die HÄVG/MEDIVERBUND übernehmen in diesem Fall die Aufgaben des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg bzw. des MEDI e.V. nach diesem Vertrag.

- (3) Die AOK ist erstmals nach Ablauf des 31. Dezember 2009 berechtigt, diesen Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 5 (fünf) Monaten zum jeweiligen Jahresende zu kündigen, wenn für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 6 (sechs) Monaten die Zahl von 3000 HAUSÄRZTEN durchgängig unterschritten wurde.
- (4) Das Recht der AOK, der HÄVG, der MEDIVERBUND AG, des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg e.V. und MEDI e.V. zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt; zu einer solchen fristlosen Kündigung berechtigten insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:
 - a) Die AOK einerseits oder die HÄVG bzw. die MEDIVERBUND AG andererseits verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt, wobei HÄVG/MEDIVERBUND nach diesem lit. a) ihr Kündigungsrecht gegenüber der AOK nur einheitlich ausüben können. Im Falle der Uneinigkeit über die Ausübung des Kündigungsrechts gegenüber der AOK auf Seiten HÄVG/MEDIVERBUND entscheidet die HÄVG. Als wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne gilt insbesondere Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1.
 - b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für die AOK, die HÄVG, die MEDIVERBUND AG oder den HAUSARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.
- (5) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK, der HÄVG, der MEDIVERBUND AG, des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg e.V. und MEDI e.V. ist die HÄVG/MEDIVERBUND zum Empfang der gegenüber den HAUSÄRZTEN ausgesprochenen Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die HÄVG/MEDIVERBUND informiert die HAUSÄRZTE über eine von der AOK, der HÄVG oder der MEDIVERBUND AG erklärten Kündigung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

Die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in der **Anlage 11** aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d.h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

ABSCHNITT V: HZV-VERGÜTUNG & ABRECHNUNG

§ 19 Anspruch des HAUSARZTES auf die HZV-Vergütung

- (1) Der HAUSARZT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen der HZV erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** abgerechneten Leistungen („**HZV-Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der HZV-Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die HÄVG/MEDIVERBUND.
- (2) Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 gilt zunächst bis zum 30. Juni 2026.
 - a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des HAUSARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung der AOK, der HÄVG und der MEDIVERBUND AG mit Wirkung für den HAUSARZT ergänzt werden; die HÄVG/MEDIVERBUND wird dem HAUSARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der Hausärzte und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
 - b) Einigen sich die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG vor dem 30. Juni 2026 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die HÄVG/MEDIVERBUND diese dem HAUSARZT unverzüglich mit. Ist der HAUSARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum nächsten Quartalsbeginn zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der HAUSARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die HÄVG/MEDIVERBUND den HAUSARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.
 - c) Besteht der Vertrag über den 30. Juni 2026 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 für ein weiteres Jahr fort, wenn sich nicht die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Ein-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 30. Juni 2026 hinaus fortbesteht.
 - d) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der HAUSARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. b) gilt sinngemäß.
- (3) Ansprüche auf die HZV-Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.
- (4) HAUSÄRZTE dürfen Leistungen, die im HZV-Vertrag oder einem AOK-FacharztProgramm enthalten sind, für in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Satz 1 gilt für HAUSÄRZTE selbst und für

Ärzte derselben BAG/MVZ. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen.

§ 19 a Abrechnung des HAUSARZTES der im Rahmen des HZV-Vertrages erbrachten Leistungen

- (1) Der HAUSARZT rechnet den HZV-Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND ab („**HZV-Abrechnung**“). Der HAUSARZT hat die HZV-Abrechnung an die HÄVG/MEDIVERBUND spätestens bis zum 5. Tag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung bei der HÄVG/MEDIVERBUND. Die Abrechnung der HZV-Vergütung durch den HAUSARZT hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.
- (2) Für die Abrechnung der im Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen ist der HAUSARZT befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der HÄVG/MEDIVERBUND beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle im Sinne des § 295a Abs. 1 und 2 SGB V zu übermitteln. Das Abrechnungsverfahren umfasst die Abrechnungsprüfung und Erstellung einer Quartalsabrechnung des HZV-Vertrages für die AOK, die HÄVG, MEDIVERBUND und den HAUSARZT mit den Hauptprozessschritten Datenannahme der Abrechnungsdaten des HAUSARZTES, Validierung der Abrechnungsdaten, Erstellung und Versand der Abrechnungsdatei inkl. Korrekturverfahren, Datenannahme der Abrechnungsantwort, Erstellung der AOK-Abrechnung und der Auszahlungsdatei sowie Erstellung und Versand der Abrechnungsnachweise an den HAUSARZT.
- (3) Weitere Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens regelt **Anlage 12**.

§ 19 b Ergänzende Abrechnungsmodalitäten

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND prüft die HZV-Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem HAUSARZT auf Grundlage der HZV-Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt im Abrechnungsquartal geleistete Abschlagszahlungen. Der Abrechnungsnachweis weist nur von der HÄVG/MEDIVERBUND und der AOK gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen HZV-Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der HÄVG/MEDIVERBUND erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der HÄVG/MEDIVERBUND unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem HAUSARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die HÄVG/MEDIVERBUND unverzüglich zu benachrichtigen.
- (3) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht

vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die HÄVG/MEDIVERBUND wird den HAUSARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der HAUSARZT das Recht, einen berechtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berechtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des HAUSARZTES sind innerhalb von 21 Arbeitstagen nach Zugang des berechtigten Abrechnungsnachweises auszugleichen.

- (4) Da die HÄVG/MEDIVERBUND zur Begleichung der entsprechenden Forderung des HAUSARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die AOK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der HZV-Vergütungsanspruch gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK gemäß § 20 Abs. 1 bei der HÄVG/MEDIVERBUND fällig und ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen an den HAUSARZT zu zahlen, spätestens jedoch zum Ablauf des ersten Monats, der auf das Quartal folgt, in dem die HZV-Abrechnung übermittelt wurde. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der HZV-Abrechnung des HAUSARZTES gegenüber der AOK durchzusetzen.
- (5) Die HÄVG/MEDIVERBUND hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die HAUSÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („Überzahlung“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen HAUSARZT, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen HZV-Vergütungsansprüche des HAUSARZTES gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabbrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den HAUSARZT („Fehlabbrechnung“). Macht die HÄVG/MEDIVERBUND gegenüber dem HAUSARZT eine Überzahlung geltend, so ist der HAUSARZT verpflichtet, den Teil der HZV-Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (6) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den HAUSARZT weiter, bis die Ansprüche des HAUSARZTES auf HZV-Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der HÄVG/MEDIVERBUND gemäß dem vorstehenden Absatz 5 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (7) Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines HAUSARZTES ergebenden HZV-Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 5) einzubehalten (Sicherungseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der HÄVG/MEDIVERBUND bereits erloschen ist, an den HAUSARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die HÄVG/MEDIVERBUND erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.

- (8) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des HZV-Vergütungsanspruches regelt **Anlage 12**.
- (9) Die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 25 Abs. 1 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem HAUSARZT verkürzt werden können.

§ 20 Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND hat gegen die AOK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des HZV-Vergütungsanspruches des HAUSARZTES gemäß § 19 Abs. 1. Die HÄVG/MEDIVERBUND macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK („**AOK-Abrechnung**“) geltend. Nachdem die AOK die HZV-Vergütung an die HÄVG/MEDIVERBUND ausgezahlt hat, zahlt diese die sich aus der HZV-Auszahlungsdatei ergebenden HZV-Vergütungsansprüche der HAUSÄRZTE an diese aus.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 b Abs. 5) wird ein Anspruch der AOK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen die HÄVG/MEDIVERBUND erst fällig, wenn und soweit die HÄVG/MEDIVERBUND den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 b Abs. 5 gegenüber dem HAUSARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem HAUSARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des HAUSARZTES beruhen. Anderenfalls ist die HÄVG/MEDIVERBUND berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK abzutreten. Wenn die HÄVG/MEDIVERBUND Kenntnis von Überzahlungen an einen HAUSARZT erlangt hat, wird sie die AOK unverzüglich schriftlich darüber informieren.
- (3) Die AOK ist außer im Falle der in **Anlage 12** bestimmten turnusmäßigen Verrechnung von Abschlagszahlungen nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der HÄVG/MEDIVERBUND im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK kann gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 20 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK und der HÄVG/MEDIVERBUND abgerechnet sind.

§ 21 Verwaltungskostenpauschale

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND sind berechtigt, gegenüber dem HAUSARZT eine an die Höhe der HZV-Vergütung gekoppelte Verwaltungskostenpauschale für die Organisation der Teilnahme an der HZV und Durchführung der Abrechnung gemäß §§ 19 bis 20 inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer zu erheben. Der HAUSARZT ist zur Entrichtung der Verwaltungskostenpauschale an die HÄVG verpflichtet. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.
- (2) Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale mit dem

Betrag des HZV-Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen. Das bedeutet, dass die HÄVG/MEDIVERBUND von der Auszahlung die Verwaltungskostenpauschale inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer einbehält.

ABSCHNITT VI: BEIRAT

§ 23 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 4 Vertretern der AOK Baden-Württemberg, 2 Vertretern der HÄVG und 2 Vertretern der MEDIVERBUND AG besteht. Die Mitglieder können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden.
- (2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat folgende Aufgaben:
 - a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte;
 - b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 26 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die HAUSÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von HAUSÄRZTEN durch die HÄVG/MEDIVERBUND gemäß § 8 Abs. 5 des Vertrages. Die AOK ist berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 8 Abs. 5 vorzuschlagen. Besteht zwischen der HÄVG/MEDIVERBUND und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines HAUSARZTES, kann die HÄVG/MEDIVERBUND einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die HÄVG/MEDIVERBUND erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die HÄVG/MEDIVERBUND in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 5 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.
- (5) Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben.
- (6) Der Beirat kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 2, die befristet werden können, entscheiden.

ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN

§ 24 Geltung der einzelnen Abschnitte

- (1) **Für den HAUSARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:**
- II. Teilnahme des HAUSARZTES**
 - III. HZV-Teilnahme durch AOK-Versicherte**
 - V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostenpauschale**
 - VI. Beirat**
 - VII. Allgemeine Regelungen**

Für die Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

- (2) Für den MEDI e. V. und den Hausärzteverband Baden-Württemberg gelten dabei die Regelungen des **Abschnittes IV**, soweit diese auf sie Bezug nehmen.
- (3) Zur Klarstellung: Ein Anspruch von AOK-Versicherten zur Teilnahme an der HZV ergibt sich allein aus der Satzung der AOK in Verbindung mit den HZV-Teilnahmebedingungen. Ansprüche von Versicherten der AOK werden unmittelbar durch diesen Vertrag nicht begründet.

§ 25 Vertragsbeginn und Vertragsende

- (1) Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von HAUSÄRZTEN gemäß § 3 am 1. Juli 2008 in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme des HAUSARZTES gemäß § 8 lassen die Laufzeit des Vertrages außer für diesen HAUSARZT unberührt.
- (2) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für HAUSÄRZTE nach **Abschnitt II** und für die Vertragspartner nach **Abschnitt IV**.
- (3) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:
- a) Kündigt die AOK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - b) Kündigen die HÄVG und die MEDIVERBUND AG den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung beider Vertragspartner mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigen entweder nur die HÄVG oder nur die MEDIVERBUND AG den Vertrag gemäß § 17, wird er zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt. Der verbleibende Vertragspartner (HÄVG oder MEDIVERBUND) tritt zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung in sämtliche Rechte und Pflichten des nach Satz 1 ausscheidenden Vertragspartners ein. In diesem Fall ist für eine Übergangsfrist von 1 Jahr seit Wirksamwerden der Kündigung im Sinne des vorstehenden Satzes 1 eine Kündigung gemäß § 17 Abs. 2 des jeweils verbleibenden Vertragspartners ausgeschlossen.
 - d) Kündigt der Hausärzteverband Baden-Württemberg und/oder MEDI e.V. diesen

HZV-Vertrag, wird er zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt. Die HÄVG/MEDIVERBUND übernehmen in diesem Fall die Aufgaben des Hausärzterverband Baden-Württemberg und/oder MEDI e.V. nach diesem HZV-Vertrag

- e) Die Kündigung der Vertragsteilnahme durch einen HAUSARZT oder gegenüber einem HAUSARZT richtet sich nach § 8.

§ 26 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, die Möglichkeit der Ergänzung der ICD-10-Systematik durch ICPC 2 im Jahr 2009 vorzusehen.
- (2) Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (3) Die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die HAUSÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die HAUSÄRZTE zugestimmt hat.
- (4) Die HÄVG/MEDIVERBUND werden Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 3 den HAUSÄRZTEN schriftlich bekannt geben. Ist ein HAUSARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 2 Monaten zum Quartalsende zu kündigen (Sonderkündigungsrecht). Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt ein HAUSARZT nicht innerhalb der Kündigungsfrist und/oder erbringt er seine Leistungen nach diesem Vertrag ab dem jeweiligen Änderungsdatum weiterhin und rechnet diese gegenüber dem Hausärzterverband und MEDI e.V. ab, gelten die Vertragsänderungen als genehmigt. Auf diese Folge wird die HÄVG/MEDIVERBUND den HAUSARZT bei Bekanntgabe der Vertragsänderung hinweisen.
- (5) Änderungen, die die Rechtsposition des HAUSARZTES ausschließlich verbessern, können von der AOK, der HÄVG und dem MEDIVERBUND ohne Zustimmung des HAUSARZTES vereinbart werden. Die HÄVG/MEDIVERBUND werden den HAUSÄRZTEN die Vertragsänderungen und den unter Berücksichtigung der Interessen der Hausärzte und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.

§ 27 Haftung und Freistellung

- (1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (2) Die HÄVG/MEDIVERBUND haften gegenüber der AOK nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der AOK als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe von Vertragssoftware.
- (3) Die AOK haftet für die fehlende Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der HÄVG, ihren Erfüllungsgehilfen oder Dritten im Zusammenhang mit der Erfüllung

dieses Vertrages zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte, auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, soweit sie dies zu vertreten hat; unter diese Inhalte fallen insbesondere Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die AOK wird die HÄVG/MEDIVERBUND, ihre Erfüllungsgehilfen und/oder die in Satz 1 genannten Dritten von Ansprüchen der übrigen Vertragspartner sowie Dritter auf Schadens- oder Aufwendungsersatz im Zusammenhang mit den zur Verfügung gestellten Inhalten und ihrer Nutzung für die Darstellung der Arzneimittel in Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die AOK ein Verschulden an deren Inanspruchnahme trifft. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch die HÄVG oder ihre Erfüllungsgehilfen inhaltlich unverändert in Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung.

- (4) Freistellung nach diesem § 27 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.
- (5) Die AOK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 27 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 28 Qualitätssicherung

Die AOK, die HÄVG und die MEDIVERBUND AG werden Maßnahmen zur Prüfung der Qualitätssicherung in der HZV einleiten. Diese werden in der Anlage „Prüfwesen“ festgelegt (**Anlage 15**).

§ 29 Datenschutz

- (1) Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Rahmen des HZV-Vertrages erfolgt ausschließlich unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften, insbesondere der Art. 5, 6 und 9 der EU-Datenschutz-Grundverordnung und der dazu ergangenen nationalen Rechtsvorschriften im BDSG, SGB X sowie des § 295a SGB V. Darüber hinaus haben die HZV-Partner und der HAUSARZT die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Für den HAUSARZT gelten zusätzlich die Vorschriften der Berufsordnung. Der Hausärzteverband und das von ihm beauftragte Rechenzentrum unterliegen bei der Verarbeitung von Sozialdaten (§ 67 Abs. 2 SGB X) gemäß § 295a SGB V entsprechend dem Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I. Folglich sind bei der Verarbeitung der Sozialdaten sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse (§ 35 Abs. 4 SGB I) die Regelungen des Sozialgesetzbuches zu beachten.
- (2) Der Hausärzteverband, MEDI e.V., MEDIVERBUND, die Krankenkasse und ihre Dienstleister beachten im Rahmen der in diesem HZV-Vertrag und seinen Anlagen geregelten Verarbeitung von Gesundheits- und Sozialdaten die gesetzlichen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Art. 32 DSGVO, § 22 Abs. 2 BDSG.
- (3) Die HÄVG und MEDIVERBUND verpflichten sich im Rahmen der in diesem HZV-Vertrag und seinen Anlagen geregelten Abrechnung die gesetzlichen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und or-

organisatorischen Maßnahmen zu beachten und umzusetzen. Ergänzend zu den Regelungen von Absatz 1 und 2 wird mit dem gemäß § 295a Abs. 2 SGB V, § 80 SGB X i.V.m. Art. 28 DSGVO beauftragten Rechenzentrum als anderer Stelle einen gesonderten Vertrag über die Datenverarbeitung zum Zweck der Teilnahmeprüfung und der Leistungsabrechnung geschlossen, in dem die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen geregelt werden.

- (4) Die im Rahmen des HZV-Vertrages bestehenden Datenflüsse zwischen den HZV-Partner und weitere Hinweise zum Datenschutz für den HAUSARZT ergeben sich aus der **Anlage 16**.

§ 30 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung des Vertrages unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertragliche Regelungen.
- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern oder zwischen den Vertragspartnern und einem oder mehreren teilnehmenden HAUSARZT/HAUSÄRZTEN begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten. Soweit in diesem Vertrag die Vertragsparteien HÄVG und die MEDIVERBUND AG als „HÄVG/MEDIVERBUND“ bezeichnet werden, hat dies rein redaktionellen Charakter. Durch diese Nennung entsteht weder ein Gesellschaftsverhältnis zwischen diesen Parteien noch eine Gesamtschuld oder eine andere Rechtsgemeinschaft.

§ 31 Anlagenübersicht

Der Vertrag hat folgende Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

- **Anlage 1:** Teilnahmeerklärung HAUSARZT
- **Anlage 1a:** Teilnahmeerklärung für Kinder- und Jugendärzte
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 2a:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an den Kinder- und Jugendarzt
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** AOK-Patientenpass
- **Anlage 5:** Starterpaket HAUSARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung HAUSARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV). Allgemeinärztliche, hausärztlich internistische sowie kinder- und jugendärztliche Versorgung
- **Anlage 7a:** Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm. Allgemeinärztliche, hausärztlich internistische sowie kinder- und jugendärztliche Versorgung
- **Anlage 7b:** Bogen zur Delegation einer osteopathischen Behandlung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung
- **Anlage 8:** Öffentlichkeitsarbeit
- **Anlage 9:** Fachkonzept HÄVG/MEDIVERBUND und AOK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 12a:** Vergütung und Abrechnung. Vergütungspositionen für KINDER-/JUGENDÄRZTE
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** Stationäre Versorgung und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Darstellung Datenflüsse
- **Anlage 17:** Unterstützung weiterer Versorgungsformen
- **Anlage 18:** Spezifische Regelungen für KINDER-/JUGENDÄRZTE
- **Anlage 19:** Sozialer Dienst AOK

Stuttgart, den 01.07.2025

AOK Baden-Württemberg
Johannes Bauernfeind

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft
Dominik Baća und Andreas Waldbrenner

MEDIVERBUND Aktiengesellschaft
Dr. Wolfgang Schnörer und Wolfgang Fechter

Deutscher Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e.V.
Prof. Dr. med. Nicola Buhlinger-Göpfarth und Dr. med. Susanne Bublitz

MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Norbert Smetak

BVKJ-Service GmbH
Christian Lortz

Vertragsbeitritt der einzelnen HAUSÄRZTE erfolgt gemäß § 3 dieses Vertrages.

Einzelheiten zu Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an den HAUSARZT

ABSCHNITT I: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie (§ 5 Abs. 3 lit. a) des Vertrages

I. Teilnahme an Qualitätszirkeln

Die „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“ des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg e. V. (nachfolgend **„Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“**), Kölner Str. 18, 70376 Stuttgart, legt Struktur und Inhalte der Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie im Sinne von § 73 b Abs. 2 Nr. 1 SGB V fest, die zur Erfüllung der Pflichten aus § 5 Abs. 3 lit. a) des Vertrages erforderlich sind (**„Qualitätszirkel“**). Nähere Informationen zur Fortbildungskommission Allgemeinmedizin werden auf der Internetseite des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg unter www.hausarzt-bw.de oder der Internetseite des Deutschen Hausärzteverbandes unter www.hausaerzteverband.de veröffentlicht, jeweils im Bereich „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“. Die Moderatoren, die Qualitätszirkel leiten, müssen durch eine spezielle Schulung für die Fortbildung in der HZV besonders qualifiziert sein. Der Hausärzteverband Baden-Württemberg und der MEDI e. V. unterstützen die HAUSÄRZTE bei Bedarf beim Anschluss an bestehende und dem Zusammenschluss zu neuen Qualitätszirkeln in ihrer Region.

Je Kalenderjahr müssen HAUSÄRZTE mindestens an vier Qualitätszirkelsitzungen teilnehmen, die indikationsbezogene Pharmakotherapie-Module mit beinhalten, und bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme je vollendetes Quartal einen Qualitätszirkel besuchen. Eine Ausnahme gilt für Kinder- und Jugendärzte, die insgesamt nur eine solche Qualitätszirkelsitzung pro Jahr besuchen müssen.

II. Erstellung von Analysen unter Nutzung von Routinedaten von HZV-Versicherten

Der HAUSARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Infopaket HAUSARZT, **Anlage 1** zum Vertrag) damit einverstanden, dass die AOK ihr vorliegende Routinedaten von AOK-Versicherten in pseudonymisierter Form aufbereitet oder durch ein unabhängiges Institut für die Nutzung im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zur Erstellung von Verordnungs- und Versorgungsanalysen aufbereiten lässt. Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist insoweit die AOK. Pseudonymisieren bedeutet das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale des AOK-Versicherten durch ein Kennzeichen/Pseudonym zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Die Nutzung der Routinedaten in solchermaßen pseudonymisierter Form erfolgt unter anderem für die Analyse der indikationsbezogenen Verordnungsweise des individuellen HAUSARZTES zur Unterstützung der Arbeit der Kommission Versorgungssteuerung sowie ggf. zum Einsatz in den PTQZ (vgl. Abschnitt X.). Seine praxisindividuellen Versorgungsanalysen erhält der HAUSARZT ausschließlich persönlich bereitgestellt.

ABSCHNITT II: Behandlungsleitlinien (§ 5 Abs. 3 lit. b) und § 5 Abs. 5 lit. b) des Vertrages)

Die „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“ wählt für die hausärztliche Versorgung entwickelte, evidenzbasierte, praxiserprobte Leitlinien im Sinne von § 73b Abs. 2 Nr. 2 SGB V aus, nach denen die Behandlung in der HZV zur Erfüllung der Pflichten aus § 5 Abs. 3 lit. b) und Abs. 5 lit. b) des Vertrages erfolgt. Die Liste der Behandlungsleitlinien wird auf der Internetseite des Hausärztesverbandes Baden-Württemberg unter www.hausarzt-bw.de oder der Internetseite des Deutschen Hausärztesverbandes unter www.hausaerzteverband.de veröffentlicht, jeweils im Bereich „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“. **Die Liste der Behandlungsleitlinien wird fortlaufend weiterentwickelt. Der HAUSARZT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.**

ABSCHNITT III: Erfüllung von Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (§ 5 Abs. 3 lit. c) des Vertrages)

Die Managementgesellschaft benennt von der „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“ zugelassene, auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrierte Fortbildungsinhalte im Sinne von § 73 b Abs. 2 Nr. 3 SGB V, insbesondere zur patientenzentrierten Gesprächsführung, psychosomatischen Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeinen Schmerztherapie, Geriatrie und Pädiatrie.

Pro Kalenderjahr muss der HAUSARZT mindestens zwei dem vorstehenden Absatz 1 entsprechende Fortbildungsveranstaltungen besuchen. Bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme muss er je Kalenderhalbjahr eine Fortbildungsveranstaltung besuchen.

Kinder- und Jugendärzte müssen im Hinblick auf die reduzierte Verpflichtung zur Teilnahme an Qualitätszirkeln gemäß ABSCHNITT I fünf Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr besuchen. Bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme müssen sie je vollendetes Kalenderhalbjahr zwei Fortbildungsveranstaltungen besuchen.

ABSCHNITT IV: Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems (§ 5 Abs. 3 lit. d) des Vertrages)

Gemäß § 5 Abs. 3 lit. d) des Vertrages ist der HAUSARZT zur Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagement-Systems im Sinne von § 73 b Abs. 2 Nr. 4 SGB V verpflichtet:

Derzeit in der Praxis des HAUSARZTES eingerichtete Qualitätsmanagement-Systeme genießen bis zum 1. Januar 2010 Bestandsschutz und erfüllen somit die Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 lit. d) des Vertrages.

Spätestens zum 1. Januar 2009 werden von der „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“ ausgewählte hausarztspezifische Indikatoren auf der Internetseite des Hausärztesverbandes Baden-Württemberg unter www.hausarzt-bw.de oder auf der Internetseite des Deutschen Hausärztesverbandes unter www.hausaerzteverband.de jeweils im Bereich „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“ veröffentlicht. Qualitätsmanagement-Systeme,

die in der Praxis des HAUSARZTES genutzt werden, müssen ab 1. Januar 2010 diesen Anforderungen genügen.

ABSCHNITT V: Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 3 Abs. 3 lit. c) bzw. § 5 Abs. 3 lit. g) und Abs. 4 lit. b) des Vertrages)

Der HAUSARZT ist verpflichtet, nicht nur formal durch Registrierung, sondern aktiv an strukturierten Behandlungsprogrammen der AOK bei chronischen Krankheiten nach § 137 f SGB V teilzunehmen. Aktive Teilnahme des HAUSARZTES bedeutet die Information der HZV-Versicherten über diese Programme und die Motivation zur Teilnahme an diesen Programmen einschließlich der Einschreibung von HZV-Versicherten (§ 5 Abs. 4 lit. b) des Vertrages):

Der HAUSARZT muss sowohl als Voraussetzung für die Vertragsteilnahme gemäß § 3 Abs. 3 lit. c) des Vertrages als auch als laufende besondere HZV-Leistung gemäß § 5 Abs. 3 lit. g) des Vertrages mindestens an den DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK und COPD aktiv teilnehmen. Kinder- und Jugendärzte sind zu jedem Zeitpunkt lediglich zur aktiven Teilnahme an DMP Asthma verpflichtet. Schreibt der HAUSARZT Kinder und Jugendliche in die HZV ein, ist auch für ihn die Teilnahme am DMP Asthma verpflichtend.

ABSCHNITT VI: Psychosomatische Grundversorgung (§ 5 Abs. 3 lit. e) des Vertrages)

Die Qualifikation zur Anwendung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bei HZV- Versicherten ist gemäß § 5 Abs. 3 lit. f Voraussetzung für die Vertragsteilnahme.

Die nach Absatz 1 erforderliche Qualifikation richtet sich nach der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 5 Abs. 6 der Anlage 1 BMV Ä) in der jeweils gültigen Fassung (Psychotherapievereinbarung) oder einer von der „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“ gegebenenfalls noch zu entwickelnden Psychosomatik-Qualifikation, die gegenüber der Psychotherapievereinbarung veränderte Vorgaben unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der hausärztlichen Tätigkeit enthalten wird. Die Psychosomatik-Qualifikation wird nach ihrer Fertigstellung in **Anhang 1** zu dieser Anlage aufgenommen.

Für Ärzte, die ihre ärztliche Ausbildung abgeschlossen haben und sich als Vertragsarzt niederlassen möchten, wird die Möglichkeit einer Übergangsfrist zur Erlangung der Qualifikation „Psychosomatik“ erteilt. Diesen Ärzten wird eine Übergangsfrist von einem Jahr, beginnend mit Teilnahme am HZV-Vertrag gewährt, um das Erlangen der zu diesem Zeitpunkt noch fehlenden Qualifikation „Psychosomatik“ nachzuholen.

ABSCHNITT VII: Information über spezifische AOK-Angebote/Präventionsberatung und erweiterte Gesundheitsuntersuchung (§ 5 Abs. 4 lit. j) des Vertrages)

I. Gesundheitsangebote

Informationen über Gesundheitsangebote der AOK erhält der HAUSARZT fortlaufend von der AOK (Ansprechpartner: siehe Infopaket). Er informiert HZV-Versicherte anlassbezogen über diese Angebote und empfiehlt dem HZV-Versicherten bei medizinischer Indikation die

Stand 01.04.2019

II. Sozialer Dienst

Informationen über den Sozialen Dienst erhält der HAUSARZT bei der AOK (Ansprechpartner: siehe Infopaket). Er informiert die HZV-Versicherten anlassbezogen über den Sozialen Dienst.

III. Durchführung von Präventionsberatungen

Der HAUSARZT weist den HZV-Versicherten auf die bestehenden Präventionsangebote der AOK hin und stellt bei medizinischer Indikation eine Präventionsempfehlung aus. Die Inhalte der Präventionsangebote erhält der HAUSARZT bei der AOK (Ansprechpartner: siehe Infopaket).

IV. Erweiterte Gesundheitsuntersuchung

Einzelheiten zur erweiterten Gesundheitsuntersuchung:

- (1) Die erweiterte Gesundheitsuntersuchung (Check-up, vgl. **Anhang 2 zu Anlage 12**) ist auf Wunsch des HZV-Versicherten jährlich durchzuführen. Sie dient zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf-, Nieren- und Stoffwechselerkrankungen und umfasst die Anamnese, die Erhebung des Ganzkörperstatus und als Laboratoriumsuntersuchungen das kleine Blutbild (inklusive Hämoglobin), Glucose im Serum, Gamma-GT und Serum-Kreatinin.
- (2) Der HAUSARZT und die AOK informieren HZV-Versicherte (35 Jahre und älter) über die erweiterte Gesundheitsuntersuchung und motivieren sie zur Teilnahme.
- (3) Die HAUSÄRZTE bieten den HZV-Versicherten ab technischer Verfügbarkeit in einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zum Vertrag eine EDV-gestützte individuelle Risikoprognose für Depression (arriba dep) sowie Herzinfarkt und Schlaganfall (ARRIBA; entwickelt von den Abteilungen für Allgemeinmedizin der Universitäten Marburg und Düsseldorf; gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung). Die Risikowahrscheinlichkeit wird in ARRIBA optisch demonstriert. Die Effekte von Verhaltensänderungen oder medikamentöser Therapie werden anschaulich dargestellt. Die durchgeführten und gespeicherten arriba-Beratungen werden versichertenpseudonymisiert und mit Arztbezug verschlüsselt über die Vertragssoftware an ein Trustcenter zur Versorgungsforschung übermittelt. Die AOK hat keinen operativen Zugriff auf diese Daten. Das in Anlage 3 benannte Rechenzentrum leitet die Daten unbesehen an das wissenschaftliche Trustcenter weiter.

ABSCHNITT VIII: Informationen über Qualitätszirkel/Fortbildungsveranstaltungen

Informationen über Qualitätszirkel und Fortbildungsveranstaltungen erhält der HAUSARZT in einem regelmäßigen Veranstaltungskalender und auf der Internetseite des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg unter www.hausarzt-bw.de oder auf der Internetseite des Deutschen Hausärzteverbandes unter www.hausaerzteverband.de, jeweils im Bereich „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“. Die AOK unterstützt die Managementgesellschaft bei dem Angebot und der Organisation von Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen publizistisch, z.B. durch allgemeine Bekanntmachung der besonderen Fortbildungsaktivitäten der HAUSÄRZTE in der HZV und - soweit möglich -

Abschnitt IX: Psychosomatik-Qualifikation

Modifizierter Text aus der Sitzung der Fortbildungskommission am 11.10.2008

Sofern keine Genehmigung über die Teilnahme an der Psychosomatischen Grundversorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung nachgewiesen werden kann, gilt der Nachweis der Qualifikation zur Anwendung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bei HZV-Versicherten als erbracht durch:

1. Erfüllung der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der Vertragsärztlichen Versorgung (§ 5 Abs. 6 der Anlage 1 BMV Ä) in der jeweils gültigen Fassung (Psychotherapievereinbarung).

oder

2. Nachweis des vollständig absolvierten Weiterbildungsseminars „Psychosomatische Grundversorgung“ im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin nach WBO in der Fassung vom 15.3.2006

oder

3. Mindestens dreijährige kontinuierliche Teilnahme an einer Balintgruppe.

oder

4. Absolvierung des DEGAM Basiskurses Palliativmedizin nach dem PAMINO-oder einem vergleichbaren Konzept, welches kommunikative Trainingselemente, Fallvorstellungen und Reflexion enthält. Entsprechendes gilt für die Ärzte, die die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der WBO in der Fassung vom 15.3.2006 erworben haben.

oder

5. Teilnahme an einem hausärztlichen Forschungsprojekt, das Aspekte der Kommunikation mit Patienten adressiert, in dem mindestens 20 Fälle aus der eigenen Praxis dokumentiert und zusätzliche Trainingssitzungen oder Qualitätszirkeln reflektiert wurden. Eine Bestätigung der entsprechenden Universitätsabteilung bzw. des Lehrbereichs ist vorzulegen.

oder

6. Qualifikation als akademische hausärztliche Lehrpraxis mit regelmäßigem Studentenunterricht in der eigenen Praxis mit Fallvorstellung und Feedback durch Studierende über mindestens drei Jahre und regelmäßige Teilnahme an begleitenden Fortbildungsveranstaltungen. Eine Bestätigung der entsprechenden Universitätsabteilung bzw. des Lehrbereichs ist vorzulegen.

oder

7. Teilnahme an einem spezifischen, von der Fortbildungskommission Baden-Württemberg empfohlenen Fortbildungs- oder Qualitätszirkelangebot, das Aspekte der Kommunikation mit Patienten adressiert und in dem neben kommunikativen Trainingselementen und Reflektion auch Fallvorstellungen beinhaltet sind.

ABSCHNITT X: Teilnahme an Veranstaltungen zur Versorgungssteuerung

AOK, HÄVG und MEDIVERBUND erstellen im Rahmen eines Gremiums (Kommission Versorgungssteuerung) regionale Versorgungsanalysen und leiten daraus Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung einschließlich Informations- und Schulungsangebote für HAUSÄRZTE ab. Die Informationen sollen der Weiterentwicklung der Qualität der Versorgung (Kommunikation, Koordination, Kooperation) und der Sicherung der Wirtschaftlichkeit dienen. Informationen und Schulungsinhalte können im Rahmen der Qualitätszirkel gemäß Abschnitt I oder im Rahmen für den HAUSARZT freiwilliger gesonderter Veranstaltungen zur Versorgungssteuerung erfolgen. Soweit hierzu vom Beirat gemäß § 23 beschlossene eigenständige Informations- und Schulungsveranstaltungen durchgeführt werden, kann die Teilnahme von HAUSÄRZTEN jeweils die Teilnahme an einem Qualitätszirkel gemäß Abschnitt I bzw. an einer Fortbildungsveranstaltung gemäß Abschnitt III ersetzen (Kompensation im Sinne von Anlage 12 Anhang 6 Abs. 7). Die Veranstaltungen zur Versorgungssteuerung werden über den Strukturfonds gemäß § 14 des Vertrags finanziert.

Vertragssoftware und Hardware

ABSCHNITT I: VERTRAGSSOFTWARE

I. Zugelassene Vertragssoftwareprogramme

Die Liste der derzeit als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der HAUSARZT sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf der Internetseite der HÄVG unter www.hausaerzteverband.de im Bereich HÄVG abrufbar (dort unter Verträge AOK Baden-Württemberg). Diese Liste wird bei Neuzulassung fortlaufend ergänzt.

II. Systemvoraussetzungen für die Vertragssoftwareprogramme

Für die nach Ziffer I zugelassenen Vertragssoftwareprogramme sind die vom Hersteller benannten Systemvoraussetzungen maßgeblich.

III. Weitere Technische Voraussetzungen für die Nutzung der Vertragssoftware

- (1) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über ISDN bzw. soweit verfügbar zur Erhöhung des Datenübertragungskomforts DSL. Empfohlen wird dabei die Nutzung einer Flatrate für die Datenübertragung.
- (2) Ausstattung mit einem Arztinformationssystem/einer Praxissoftware mit Zertifizierung gemäß BMV-Ä.

IV. Kosten für die Nutzung der Vertragssoftwareprogramme

Die Preise für die Nutzung der Vertragssoftware erfährt der HAUSARZT bei deren Anbietern.

HINWEIS: Für die Nutzung der ISDN- bzw. DSL-Verbindung entstehen gesonderte Kosten in Abhängigkeit von der Vereinbarung, die der HAUSARZT mit seinem Internet Service Provider getroffen hat.

ABSCHNITT II: HARDWARE UND TRANSPORTVERSCHLÜSSELUNG

Der HAUSARZT ist darüber hinaus verpflichtet, Daten, die im Rahmen dieses Vertrages übermittelt werden, über einen verschlüsselten Übertragungsweg an den von der HÄVG/MEDIVERBUND eingesetzten Abrechnungsdienstleister zu übermitteln.

I. Zulässige Datenübertragungswege

Die Übermittlung von Daten (z.B. Abrechnungsdaten) zur Umsetzung des HZV-Vertrages ist über solche Übertragungswege möglich, die den Erfordernissen einer sicheren Datenübertragung im Sinne des Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik genügen. Die Bereitstellung und Definition dieser Übertragungswege obliegt dem Hausärzteverband Baden-Württemberg/MEDI e.V. (der HÄVG/MEDIVERBUND bzw. dem beauftragten Rechenzentrum) und wird dem teilnehmenden HAUSARZT auf geeignete Weise bekannt gemacht und/oder zur Verfügung gestellt.

ABSCHNITT III: TECHNISCHE FUNKTIONSTÖRUNGEN

Die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND leisten keine technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen der Vertragssoftware oder der zur Datenübermittlung eingesetzten Hardware. Technische Probleme werden von dem jeweiligen Anbieter von Vertragssoftware bzw. Konnektor behoben. Den telefonischen Support bei der Installation, der Nutzung und bei Fehlfunktionen des HZV Online Key übernimmt die HÄVG RZ GmbH.

AOK-Patientenpass

Der HAUSARZT ist nach Maßgabe von § 5 Abs. 4 lit. i) des Vertrages zur Befüllung eines elektronischen oder papiergebundenen AOK-Patientenpasses auf Wunsch und bei Einverständnis des HZV-Versicherten und soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen verpflichtet.

Abschnitt I: ELEKTRONISCHER AOK-PATIENTENPASS

I. Elektronischer Patientenpass

- (1) Die AOK bietet HZV-Versicherten auf freiwilliger Basis im Rahmen eines Forschungsvorhabens die Nutzung eines persönlichen elektronischen Patientenpasses an.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg informiert die HZV-Versicherten über die Nutzungsmöglichkeit eines elektronischen Patientenpasses in der HZV. Der HAUSARZT informiert den HZV-Versicherten über die Vorteile eines elektronischen Patientenpasses.
- (3) Für einen HZV-Versicherten, der einen elektronischen Patientenpass führt, ist der von ihm gewählte HAUSARZT auf Wunsch des HZV-Versicherten verpflichtet, medizinisch wesentliche Befunde und Berichte sowie weitere relevante Informationen elektronisch in den Patientenpass einzustellen, soweit dies technisch möglich ist.
- (4) Sofern HZV-Versicherte von ihrem bisherigen Arzt oder gewählten HAUSARZT bereits einen papiergebundenen Patientenpass erhalten haben, kann dieser vom HAUSARZT weitergeführt werden. Die Anlage eines elektronischen Patientenpasses soll angestrebt werden.

Abschnitt II: FUNKTIONALITÄTEN DES AOK-PATIENTENPASSES

I. Funktionalitäten des AOK-Patientenpasses sind insbesondere:

- Basisnotfalldatensatz (nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: Gematik-Notfalldatensatz);
- Dokumentenverwaltung;
- Dokumentation von Medikamenten mit der Möglichkeit der Prüfung auf Wechselwirkungen;
- Dokumentation von Diagnosen;
- Dokumentation von Messwerten;
- Dokumentation von Gesundheitsrisiken;
- Dokumentation von Allergien und Unverträglichkeiten;
- Dokumentation von Impfungen;

- Dokumentation der Familienanamnese;
- Dokumentation der Arztbesuche und Aufenthalte in medizinischen Einrichtungen;
- Kalenderfunktion;
- Möglicher Austausch zwischen Praxissoftware und AOK-Patientenpass.

II. Zugriff

Nur der jeweilige HZV-Versicherte hat uneingeschränkten Zugang zu den im elektronischen AOK-Patientenpass hinterlegten Daten, d.h. Eintragungen des HZV-Versicherten können durch Dritte nicht überschrieben werden. Weder die AOK Baden-Württemberg, noch HÄVG/MEDIVERBUND, noch der Anbieter des AOK-Patientenpasses haben Zugriff auf die im AOK-Patientenpass abgelegten Daten.

HZV-Versicherte können Ärzten verschiedene Berechtigungen (Schreib- und Leserechte) erteilen, so dass auch diese Einblick in die Daten des elektronischen AOK-Patientenpasses haben und selbst Eintragungen vornehmen können. Eintragungen von HAUSÄRZTEN einerseits und Patienten bzw. sonstigen von den Patienten zum Zugriff berechtigten Personen (z.B. Angehörige) andererseits werden unterschiedlich gekennzeichnet.

Abschnitt III: TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN

Die technischen Voraussetzungen zur Nutzung eines AOK-Patientenpasses werden in der **Anlage 3** beschrieben. Für das Befüllen des elektronischen AOK-Patientenpasses ist ein ISDN-Anschluss in der Arztpraxis Mindestvoraussetzung.

Abschnitt IV: DATENSCHUTZ

Zur Nutzung des AOK-Patientenpasses wird zwischen dem Anbieter des AOK-Patientenpasses und dem HZV-Versicherten, der den AOK-Patientenpass nutzen will, eine gesonderte Vereinbarung getroffen. Hierin werden die Belange des Datenschutzes geregelt.

Starterpaket HAUSARZT

Das Starterpaket HAUSARZT enthält insbesondere

- Prozessbeschreibung Online-Einschreibung
- „Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg“;
- Informationsmaterial für das AOK-HausarztProgramm.

PROZESSBESCHREIBUNG HAUSARZT

Vertragsbeitritt des HAUSARZTES und Einschreibung von HZV-Versicherten in das AOK-HausarztProgramm

0 Inhaltsverzeichnis

0	Inhaltsverzeichnis	1
1	HAUSARZT	2
1.1	Vertragsteilnahme des HAUSARZTES	2
1.1.1	Versendung des Infopaketes	2
1.1.2	Einschreibung als HAUSARZT bei der HÄVG/MEDIVERBUND	2
1.1.3	Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/MVZ	2
1.1.4	Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen	2
1.1.5	Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme	3
1.1.6	Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen	3
1.1.7	Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses	3
1.2	Änderungen im HAUSARZT-Bestand	4
1.2.1	Relevante Änderungen im HAUSARZT-Bestand	4
1.2.2	Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg	4
1.2.3	Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland	4
1.2.4	Tod ohne Weiterführung der Praxis	5
1.2.5	Tod mit Weiterführung der Praxis	5
1.2.6	Wegfall der Vertragsarztzulassung/der Zulassung des MVZ	5
1.2.7	Kündigung durch oder gegenüber dem HAUSARZT	5
1.3	Informationspflicht des HAUSARZTES	5
2	HZV-Versicherte	5
2.1	Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)	5
2.1.1	Einschreibung beim HAUSARZT	5
2.1.2	Beleglesung bei der AOK	6
2.1.3	Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung	6
2.1.4	Übermittlung des HZV-Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn HZV-Versicherte	7
2.2	Änderungen im HZV-Versichertenbestand	7

1 HAUSARZT

1.1 Vertragsteilnahme des HAUSARZTES

1.1.1 Versendung des Infopaketes

Zum Beginn der Vertragslaufzeit versendet die HÄVG/MEDIVERBUND ein Infopaket gemäß **Anlage 1** zum Vertrag an alle der HÄVG/MEDIVERBUND bekannten und teilnahmeberechtigten Vertragsärzte und MVZ gemäß § 2 des Vertrages. Das Infopaket enthält u.a. folgende Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung HAUSARZT;
- Vertrag;
- Informationen zur Vertragsteilnahme des HAUSARZTES;
- Stammdatenblatt;
- Liste der AOK-Ansprechpartner für den HAUSARZT.

Gleichzeitig steht eine HAUSARZT-Teilnahmeerklärung auf der Website des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg (www.haevbw.de) und des Deutschen Hausärzteverbands (www.haev.de) zum Download zur Verfügung. Der Hausarzt kann seine Teilnahme an der HZV auch über einen vom Hausärzteverband zur Verfügung gestellten Online-Dienst (www.hausarztservice-online.de) beantragen.

1.1.2 Einschreibung als HAUSARZT bei der HÄVG/MEDIVERBUND

Der Vertragsarzt/das MVZ füllt die Teilnahmeerklärung aus und sendet diese an die HÄVG/MEDIVERBUND.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die HÄVG/MEDIVERBUND Kontakt mit dem Vertragsarzt/MVZ auf und fordert die fehlende Information an.

Bei Teilnahme von Gemeinschaftspraxen muss jeder Vertragsarzt in der Gemeinschaftspraxis, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist für jeden HAUSARZT die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/MVZ

Die HÄVG/MEDIVERBUND erfasst den Teilnahmewunsch des Vertragsarztes/MVZ mit dem Status "angefragt" in ihrer Datenbank. Gleichzeitig erfolgt die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages.

1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen

Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die HÄVG/MEDIVERBUND. Folgende Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen werden insbesondere geprüft:

- Teilnahme an DMP im Sinne der **Anlage 2** zum Vertrag;

- Zulassung als hausarztstätiger Vertragsarzt oder zugelassenes MVZ, das Leistungen durch hausärztlich tätige Ärzte erbringt, mit Vertragsarztsitz und Betriebsstätte in Baden-Württemberg;
- Ausstattung mit einer Vertragssoftware
- Teilnahme des Arztes an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Arztes/MVZ an einer Präsenzveranstaltung oder E-Learning);
 - o Bei Teilnahme an einer Präsenzveranstaltung: Der Vertragsarzt/das MVZ übermittelt die für ihn Teilnahmenachweis an die HÄVG/MEDIVERBUND per Fax an die auf der Teilnahmeerklärung angegebene Fax-Nummer;
 - o Bei Teilnahme an E-Learning: Der Arzt druckt seinen Teilnahmenachweis selbst aus und übermittelt ihn an die HÄVG/MEDIVERBUND per Fax an die auf der Teilnahmeerklärung angegebene Fax-Nummer.

1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Erfüllt der Vertragsarzt/das MVZ alle Teilnahmevoraussetzungen, erhält der Vertragsarzt/das MVZ von der HÄVG/MEDIVERBUND eine Bestätigung über seine Vertragsteilnahme. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, welcher in dem Bestätigungsschreiben als Beginndatum aufgeführt ist (§ 3 Abs. 4 lit. b) des Vertrages, in der Regel per Fax). In dem Bestätigungsschreiben ist der Tag des Vertragsbeginns (in der Regel Tag der Absendung des Faxes) noch einmal genannt.

Erfüllt der Vertragsarzt/das MVZ die Teilnahmevoraussetzungen im Sinne von § 3 Abs. 3 des Vertrages nicht, erhält der Vertragsarzt/das MVZ ein Schreiben mit Angabe der fehlenden Teilnahmevoraussetzungen. Die HÄVG/MEDIVERBUND prüft täglich die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen von Vertragsärzten/MVZ, deren Teilnahmevoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Erfüllt ein Vertragsarzt/MVZ nach drei Monaten noch immer nicht die Teilnahmevoraussetzungen, wird sein Teilnahantrag storniert; der entsprechende Status „angefragt“ in der Datenbank der HÄVG/MEDIVERBUND wird auf „beendet“ gesetzt.

1.1.6 Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen

Nach Versendung des Bestätigungsschreibens erfolgt der Versand der Starterpakete gemäß **Anlage 1** zum Vertrag durch die HÄVG/MEDIVERBUND oder ein von ihr beauftragtes Unternehmen. Das Starterpaket enthält u.a. folgende Unterlagen:

- Prozessbeschreibung Online-Einschreibung;
- Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg;
- Informationsmaterial für das AOK-HausarztProgramm.

1.1.7 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses

Die HÄVG/MEDIVERBUND sendet täglich an die AOK ein Teilnehmerverzeichnis nach Maßgabe der zwischen AOK und HÄVG/MEDIVERBUND vereinbarten Regelungen (Fachkonzept gemäß **Anlage 9** zum Vertrag).

1.2 Änderungen im HAUSARZT-Bestand

1.2.1 Relevante Änderungen im HAUSARZT-Bestand

Änderungen im HAUSARZT-Bestand können durch die HAUSÄRZTE, die AOK, den MEDIVERBUND und das zur Abrechnung des Vertrages beauftragte Rechenzentrum an die HÄVG/MEDIVERBUND gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die HÄVG/MEDIVERBUND zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten des HAUSARZTES auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der HAUSÄRZTE:

- Umzug des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Krankheit ohne Weiterführung der HAUSARZT-Praxis durch eine Vertretung gemäß § 8 Abs. 5d
- Tod ohne Weiterführung der HAUSARZT-Praxis;
- Tod mit Weiterführung der HAUSARZT-Praxis;
- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des MVZ;
- ordentliche Kündigung durch den HAUSARZT;
- außerordentliche Kündigung durch den HAUSARZT;
- außerordentliche Kündigung -auch rückwirkend- gegenüber dem HAUSARZT durch die HÄVG/MEDIVERBUND (z.B. bei Schließung der Praxis, Wegfall der Vertragsgrundlage).

Die AOK informiert die betroffenen HZV-Versicherten unmittelbar nach Kenntniserlangung über die entsprechenden Änderungen bezogen auf den von ihnen jeweils gewählten HAUSARZT.

1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg

Zieht ein HAUSARZT mit seinem Vertragsarztsitz innerhalb von Baden-Württemberg um, bleibt seine Teilnahme am Vertrag davon unberührt. Alle Adressänderungen von HAUSÄRZTEN, sofern sie an die HÄVG/MEDIVERBUND gemeldet werden oder die HÄVG/MEDIVERBUND davon Kenntnis erlangt, werden in der Datenbank erfasst und an die AOK gemeldet.

1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland

Zieht ein HAUSARZT mit seinem Vertragsarztsitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des HAUSARZTES mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung eines der Vertragspartner bedarf, da mit dem Wegzug die Zulassung in Baden-Württemberg endet (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.4 Tod ohne Weiterführung der Praxis

Verstirbt ein HAUSARZT und die HAUSARZT-Praxis wird nicht weitergeführt, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

1.2.5 Tod mit Weiterführung der Praxis

Verstirbt ein HAUSARZT und die HAUSARZT-Praxis wird bis zur Nachbesetzung fortgeführt, wird die Vertragsteilnahme mit Ablauf der Nachbesetzungsfrist beendet.

1.2.6 Wegfall der Vertragsarztzulassung/der Zulassung des MVZ

Bei Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ (Rückgabe, Entzug, Verzicht, Ruhen, Erreichen der Altersgrenze, etc.) endet die Vertragsteilnahme automatisch zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Zulassungsrückgabe/des Zulassungsentzuges bzw. mit dem Ende der Zulassung als MVZ (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.7 Kündigung durch oder gegenüber dem HAUSARZT

Im Falle einer ordentlichen (grds. Drei-Monats-Frist; abweichende Fristen bei Sonderkündigungen gemäß §§ 19 Abs. 2, 26 Abs. 4 des Vertrages) oder außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des HAUSARZTES oder gegenüber dem HAUSARZT (§ 8 Abs. 3 bis Abs. 5 des Vertrages) endet die Vertragsteilnahme zum jeweiligen Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung.

Zu den Sachverhalten 1.2.4-1.2.7 behalten sich die Vertragspartner für den Einzelfall die lückenlose Überführung der HZV-Patienten über das so genannte Pseudo-LANR-Verfahren zu einem anderen HZV-Arzt vor.

1.3 Informationspflicht des HAUSARZTES

Der HAUSARZT muss die in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Änderungen, die sämtlich Einfluss auf seine Vertragsteilnahme als HAUSARZT oder abrechnungsrelevante Informationen haben können, spätestens drei Monate vor Eintritt der Änderung gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND und der AOK durch Übermittlung des Stammdatenblatts schriftlich anzeigen, es sei denn, der HAUSARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der HAUSARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nachdem er von der jeweiligen Änderung Kenntnis erlangt hat, anzuzeigen.

2 HZV-Versicherte

2.1 Online-Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)

2.1.1 Einschreibung beim HAUSARZT

Der Patient erklärt in der HAUSARZT-Praxis seine Teilnahme am AOK-HausarztProgramm. Der HAUSARZT markiert in der Vertragssoftware den Patienten als potenziellen HZV-Versicherten und stellt die zwei Exemplare der Teilnahmeerklärung in Papierform oder elektronisch zur Unterschriftsleistung zu Verfügung. Das Formular Teilnahmeerklärung „AOK-HausarztProgramm“ gemäß Anhang 1 zu **Anlage 7** darf durch den Arzt inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- der ihn betreuende (idR. der einschreibende) HAUSARZT für mindestens 12 Monate verbindlich ausgewählt;
- der Patient auf grundlegende Teilnahmebedingungen am AOK-HausarztProgramm hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten eingeholt.

Vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Patienten wird der Versicherte durch den HAUSARZT über den Inhalt des AOK-HausarztProgrammes und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß **Anlage 7 Anhang 2** (Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg) informiert und erhält diese Information schriftlich oder elektronisch durch den HAUSARZT. Mit der Einwilligung in die Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.

Vor Übersendung der Einschreibedaten muss der Arzt in seiner Vertragssoftware in einer Abfrage bestätigen, dass die Unterschrift des Versicherten vorliegt. Zudem wird auf den ausgedruckten Exemplaren der Teilnahmeerklärung ein vierstelliger Code zu lesen sein, der ebenfalls korrekt in der Vertragssoftware eingegeben werden muss, bevor der Datensatz an das beauftragte Rechenzentrum übermittelt werden kann.

Ein Exemplar der unterzeichneten Teilnahmeerklärung „AOK HausarztProgramm“ händigt der HAUSARZT dem Versicherten aus oder stellt sie elektronisch zur Verfügung. Der HAUSARZT ist verpflichtet, die zweite vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung „AOK HausarztProgramm“ mindestens zehn Jahre in der Arztpraxis aufzubewahren.

Damit die AOK ihrer vertraglichen Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 und 4 des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung nachkommen kann, müssen in Einzelfällen die Vertragspartner die Möglichkeit der Überprüfung der Teilnahmeerklärungen zur Sicherstellung der korrekten Umsetzung der Versicherten-Teilnahme am AOK-HausarztProgramm haben. Hiervon betroffen sind fachliche Klärungen, die für die AOK auf Grund des entfallenen Belegeinleseverfahrens nicht mehr ersichtlich sind, beispielhaft bei AOK-Versicherten mit einer vermerkten Betreuung (Abklärung, ob die Unterschrift durch Betreuer erfolgte) oder Hintergründe eines vorzeitigen Wechsels des HZV-Arzt vor Ablauf der vertraglich vorgesehenen Mindestteilnahmedauer). Der Arzt verpflichtet sich, die Vertragspartner bei der Sachverhaltsklärung zu unterstützen. Im Bedarfsfall ist der AOK eine Kopie der Teilnahmeerklärung auszuhändigen bzw. zu schicken. Darüber hinaus ist eine stichprobenhafte Überprüfung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung „AOK-Hausarzt-Programm“ durch die Vertragspartner möglich.

2.1.1.1 Datenverarbeitung bei der AOK

Die in der Teilnahmeerklärung „AOK HausarztProgramm“ aufgeführten Daten des Versicherten sendet der HAUSARZT nach erfolgter Unterschriftsleistung durch den Versicherten online mittels der Vertragssoftware an das eingesetzte Rechenzentrum. Das Rechenzentrum sendet die Einschreibedaten regelmäßig an die AOK bzw. den von ihr beauftragten Dienstleister. Die annehmende Stelle bei der AOK prüft die Versichertendaten und überträgt die Versichertenstammdaten und die Angabe zum gewählten HAUSARZT in ein AOK-internes System.

2.1.2 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung

Die AOK prüft durch Abgleich mit ihrem Versichertenbestand, ob der Patient bei der AOK versi-

chert ist. Sind alle Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, kann der Versicherte gemäß den Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte (**Anlage 7**) zum Vertrag: (Teilnahmeerklärung- „AOK-HausarztProgramm“ und „Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg“) am AOK-HausarztProgramm teilnehmen.

2.1.3 Übermittlung des HZV-Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn HZV-Versicherte

Die AOK meldet die Teilnahme des Versicherten an das zur Abrechnung des Vertrages beauftragte Rechenzentrum (**Anlage 12**).

Wenn die Daten der Teilnahmeerklärung eines AOK-Versicherten bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei dem beauftragten Rechenzentrum eingegangen sind (01. August, 01. November, 01. Februar, 01. Mai), führt dies in der Regel zur Einschreibung dieses Versicherten in das AOK-HausarztProgramm mit Wirkung zum nächsten Quartal. Fällt der 1. Kalendertag des 2. Monats auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, gilt der vorangegangene Werktag als Frist. Voraussetzung für eine solche Einschreibung zum nächsten Quartal ist, dass das Rechenzentrum (**Anlage 12**) eine Liste der HZV-Versicherten nicht später als zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals erhält.

Das Rechenzentrum versendet an den HAUSARZT die Information über den Teilnahmezustand des Patienten spätestens fünf Arbeitstage (Montag bis Freitag) vor Beginn eines Abrechnungsquartals.

Gleichzeitig informiert die AOK den HZV-Versicherten über den Teilnahmezustand, das Beginn-datum und den gewählten HAUSARZT.

Alle Teilnehmer, die dem Arzt im „Informationsbrief Patiententeilnahmezustand“ für ein Quartal gemeldet werden, gelten in jenem Quartal als abrechnungsfähig im Rahmen des Vertrages.

Wird dem Versicherten die Teilnahme durch die AOK verweigert (z.B. auf Grund eines ungeklärten oder fehlenden Versicherungsverhältnisses bei der AOK), werden sowohl der Versicherte als auch die HÄVG/MEDIVERBUND im Rahmen der Lieferung des Teilnehmerverzeichnis informiert. Die HÄVG/MEDIVERBUND informiert den HAUSARZT spätestens fünf Arbeitstage (Montag bis Freitag) vor dem Beginn des Abrechnungsquartals über die Ablehnung oder die noch offene Prüfung.

2.2 Änderungen im HZV-Versichertenbestand

Nach Maßgabe der HZV-Teilnahmebedingungen können sich Änderungen im HZV-Versichertenbestand ergeben (z. B. Ausscheiden aus dem AOK-HausarztProgramm).

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die AOK aufgenommen und im Rahmen der Lieferung des Teilnehmerverzeichnis an die HÄVG/MEDIVERBUND bzw. das benannte Rechenzentrum übermittelt.

Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte

Die Teilnahmebedingungen für HZV-Versicherte ergeben sich aus der Satzung der AOK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm und dem „Merkblatt für Versicherte der AOK Baden-Württemberg“.

Die Teilnahmeerklärung „AOK-HausarztProgramm“ und das „Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg“ sind im **Anhang** enthalten.

Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV) Hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte

Arztwechsel Grund (muss nur bei Wechsel vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist angegeben werden): _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin und meinen Wohnsitz in Baden-Württemberg oder einem anderen Bundesland bzw. Land habe, das zur HZV (Hausarztzentrierte Versorgung – AOK-HausarztProgramm) zugelassen ist.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt als meinen persönlichen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt wähle.
- ich ausführlich und umfassend über die HZV informiert und mir ein Merkblatt zur Verfügung gestellt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Mo- nat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt in Anspruch nehmen werde (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augen-ärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HZV-Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes) den mir benannten HZV-Vertretungsarzt konsultiere.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HZV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme an der HZV freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der HZV-Teilnahmebedingungen aus der HZV ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus der HZV erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HZV informiert werde (die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgequartal).

Ja, ich möchte am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<TE-Code:>

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV) Hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte

Arztwechsel Grund (muss nur bei Wechsel vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist angegeben werden): _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin und meinen Wohnsitz in Baden-Württemberg oder einem anderen Bundesland bzw. Land habe, das zur HZV (Hausarztzentrierte Versorgung – AOK-HausarztProgramm) zugelassen ist.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt als meinen persönlichen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt wähle.
- ich ausführlich und umfassend über die HZV informiert und mir ein Merkblatt zur Verfügung gestellt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Mo- nat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt in Anspruch nehmen werde (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augen-ärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HZV-Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes) den mir benannten HZV-Vertretungsarzt konsultiere.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HZV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme an der HZV freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der HZV-Teilnahmebedingungen aus der HZV ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus der HZV erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HZV informiert werde (die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgequartal).

Ja, ich möchte am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

<TE-Code:>

- nach Ablauf der zweiwöchigen Widerrufsfrist ich die hier abgegebene Einwilligung grundsätzlich frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen kann.
- meine zur HZV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HZV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-HausarztProgramm.
- ein Wechsel des Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HZV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HZV-Arzt voraussetzt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte (Fach-)Ärzte und Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HZV Auskünfte über meine HZV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der HZV führen, meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt mitgeteilt werden.
- die AOK, die HÄVG bzw. MEDI und das von ihnen benannte Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HZV sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- die an der HZV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und HZV-Teilnahmestatus informiert werden.

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-HausarztProgramm?

Das AOK-HausarztProgramm ist eine besondere hausärztliche Versorgung, die die AOK Baden-Württemberg ihren Versicherten auf der Basis einer gesetzlichen Bestimmung anbietet (Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V).

Ziel des AOK-HausarztProgramms ist es, die hausärztliche Versorgung flächendeckend in besonderer Qualität zu gewährleisten und die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion (Lotsenfunktion) der/des Hausärztin/Hausarztes zu stärken, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern.

2. Welche Vorteile bietet das AOK-HausarztProgramm?

- Eine qualitätsgesicherte hausärztliche Versorgung
- Eine Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. bis Fr.)
- Mindestens eine Abendsprechstunde pro Woche bis 20.00 Uhr für Berufstätige (Terminsprechstunde)
- Koordinierung des gesamten Behandlungsablaufs durch die/den Hausärztin/Hausarzt
- Erweiterte Gesundheitsuntersuchung und Präventionsangebote
- Kürzere Wartezeiten in der Praxis (i.d.R. bis 30 Minuten bei Terminvereinbarung)
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln
- Kostenübernahme für OTC-Arzneimittel (apotheken-, aber nicht rezeptpflichtig, z. B. Antiallergika) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (einschließlich 17-Jährige) bei Verordnung durch die/den Hausärztin/Hausarzt (außerhalb des AOK-HausarztProgramms nur bis zum 12. Geburtstag)

3. Wer kann am AOK-HausarztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg ohne Altersbegrenzung mit Wohnsitz in Baden-Württemberg sowie derzeit in Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und in den angrenzenden Ländern Frankreich und Schweiz.

Ausgenommen sind Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben. Diese können nicht am AOK-HausarztProgramm teilnehmen. Am AOK-HausarztProgramm teilnehmende Versicherte, die Kostenerstattung wählen, werden zum nächstmöglichen Quartalsende aus dem AOK-HausarztProgramm ausgeschlossen.

4. Hinweise zur Teilnahme sowie der Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese kann bei einer/einem Hausärztin/Hausarzt des AOK-HausarztProgramms abgegeben werden. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschafts AG als beauftragtes Rechenzentrum an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Informationen zum Datenschutz).

Mit ihrer/seiner Unterschrift wählt die/der Versicherte zum einen die/den Hausärztin/Hausarzt des Vertrauens und zum anderen die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm für mindestens 12 Monate. Wenn sie/er sich nicht für das AOK-HausarztProgramm entscheidet, verbleibt sie/er, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist mit der Teilnahme an einem **Wahltarif** gem. § 53 Abs. 3 SGB V verbunden. Dieser beinhaltet die Befreiung von Zuzahlungen für viele rabattierte Generika (Arzneimittel) und

ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i der Satzung der AOK Baden-Württemberg.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli / 1 Okt.). Über den individuellen Starttermin wird im Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg informiert. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg **eingegangen** sein, und es müssen alle sonstigen Voraussetzungen gem. Ziffer 3 erfüllt sein.

Beispiel 1: Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April

*Beispiel 2: Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)*

Wird die Teilnahme abgelehnt, erhält die/der Versicherte eine Mitteilung der AOK. Die AOK lehnt die Teilnahme nur in Ausnahmefällen ab (insbesondere bei ungeklärtem Versichertenstatus).

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils automatisch um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm kann ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von einem Monat frühestens zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-HausarztProgramm, 70120 Stuttgart). Ebenso endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg.

e) Hausarztwechsel

Ein Hausarztwechsel ist frühestens nach Ablauf der 12 Monate möglich. Für einen reibungslosen Wechsel muss dem Rechenzentrum und der AOK spätestens zwei Monate vor Ablauf der 12 Monate die neue Teilnahmeerklärung mit der Wahl der/des neuen Hausärztin/Hausarztes übermittelt worden sein. Ansonsten verlängert sich die Teilnahme bei der/dem bisherigen Hausärztin/Hausarzt um weitere 12 Monate.

In Härtefällen kann die/der Versicherte auch vor Ablauf der 12 Monate (frühestens zum Folgequartal) die/den Hausärztin/Hausarzt innerhalb des AOK-HausarztProgramms wechseln, wenn

- die/der bisherige Hausärztin/Hausarzt nicht mehr am AOK-HausarztProgramm teilnimmt,
- die/der bisherige Hausärztin/Hausarzt umzieht und die Entfernung nicht zumutbar ist,
- die/der Versichert umzieht und die Entfernung nicht zumutbar ist,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

In einem solchen Ausnahmefall verlängert ein Hausarztwechsel die Bindung an das AOK-HausarztProgramm nicht. Einen Wechsel der/des Hausärztin/Hausarztes muss der AOK mit Begründung schriftlich oder elektronisch mitgeteilt werden.

f) Widerruf

Die/der Versicherte kann die Abgabe der Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm verbunden? Und was passiert bei Verstößen?

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist für mindestens 12 Monate verbindlich mit der Wahl der/des jeweiligen Hausärztin/Hausarztes verbunden (auch Kinder- und Jugendärzte nehmen an der hausärztlichen Versorgung teil). Die/der Hausärztin/Hausarzt ist damit erste/r Ansprechpartner/in für alle medizinischen Fragen. Fachärzte dürfen nur auf Überweisung der/des gewählten Hausärztin/ Hausarztes in Anspruch genommen werden. Diese Pflicht gilt nicht bei medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes sowie bei der Inanspruchnahme von Gynäkologen und Augenärzten. Die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten ist möglich. Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit der/des Hausärztin/Hausarztes) besteht die Verpflichtung, den von der/dem Hausärztin/Hausarzt benannten Vertretungsarzt aufzusuchen.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflichten kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals die Teilnahme der/des Versicherten am AOK-HausarztProgramm kündigen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die/der Versicherte außerhalb des Vertretungsfalles wiederholt andere Hausärzte aufsucht, die nicht am AOK-HausarztProgramm teilnehmen oder Fachärzte (ausgenommen Augenarzt/Gynäkologe) wiederkehrend ohne Überweisung der/des gewählten Hausärztin/Hausarztes in Anspruch nimmt. Hierüber wird die/der Versicherte gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Kommt es weiterhin zur Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen kann unter anderem ein Ausschluss aus dem AOK-HausarztProgramm erfolgen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm können alle Vorteile des Vertrags in Anspruch genommen werden. Diese umfassen u.a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4a). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (<https://www.aok.de/pk/bw/>) ausführlich beschrieben.

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-HausarztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-HausarztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode
- Teilnahmestatus am AOK-Haus- bzw. AOK-FacharztProgramm

Diese Daten werden von der einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertrags-spezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft und welche Aufgaben hat diese?

Die Managementgesellschaft für die Datenverarbeitung von Hausärzten ist die:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln
Telefon: 02203/5756 - 0
Telefax: 02203/5756 - 7000
E-Mail: info@hzv.de

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: www.hausaerzteverband.de

Die zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-HausarztProgramm erforderlichen Daten (siehe oben) werden von der einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertrags-spezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft – HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft – an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Die Managementgesellschaft (HÄVG) ist für die Verarbeitung der von einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch übermittelten Daten zuständig und übernimmt somit die operative Durchführung des HausarztProgramms.

Pro Quartal werden abrechnungsrelevante Daten aus Ihrer Hausarztpraxis verarbeitet und im Namen Ihres Arztes an die AOK Baden-Württemberg übermittelt. Zentrale Aufgabe der Managementgesellschaft ist somit auch die Sicherstellung einer schnellen, effizienten und fehlerfreien Honorarabrechnung. Die Aufgaben im Überblick:

- Planung und Erstellung der Quartalsabrechnungen
- Auszahlung der ärztlichen Honorare
- Entwurf und Versand der Vertragsunterlagen (in Kooperation mit Krankenkassen und regionalen Hausärzteverbänden)
- Telefonische Betreuung teilnehmender Hausarztpraxen (Beantworten von Fragen zur Vertragsabwicklung, Vertragsunterlagen, etc.)
- Pflege der Arztstammdaten in einer zentralen Datenbank
- Täglicher elektronischer Datenträgere Austausch mit den Krankenkassen.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
§ 73b Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-HausarztProgramms werden folgende Sozialdaten von der/dem behandelnden Hausärztin/Hausarzt verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten
- das Geburtsdatum des Versicherten
- das Geschlecht des Versicherten
- die Anschrift des Versicherten
- die Krankenversichertennummer des Versicherten
- den Versichertenstatus
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs
- der Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO
§ 73 b SGB V

Im Anschluss an die Behandlung werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, die Krankenversichertennummer und der Versichertenstatus
- Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

*Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die

gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-HausarztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO

§ 73b Abs. 9 SGB V

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V

§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

§ 75 SGB X

Weitere Informationen zur HZV-Evaluation finden Sie unter [HZV-Evaluation.pdf \(aok.de\)](#).

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-HausarztProgramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-HausarztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter: <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>

Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-HausarztProgramm?

Das AOK-HausarztProgramm ist eine besondere hausärztliche Versorgung, die die AOK Baden-Württemberg ihren Versicherten auf der Basis einer gesetzlichen Bestimmung anbietet (Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V).

Ziel des AOK-HausarztProgramms ist es, die hausärztliche Versorgung flächendeckend in besonderer Qualität zu gewährleisten und die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion (Lotsenfunktion) der/des Hausärztin/Hausarztes zu stärken, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern.

2. Welche Vorteile bietet das AOK-HausarztProgramm?

- Eine qualitätsgesicherte hausärztliche Versorgung
- Eine Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. bis Fr.)
- Mindestens eine Abendsprechstunde pro Woche bis 20.00 Uhr für Berufstätige (Terminsprechstunde)
- Koordinierung des gesamten Behandlungsablaufs durch die/den Hausärztin/Hausarzt
- Erweiterte Gesundheitsuntersuchung und Präventionsangebote
- Kürzere Wartezeiten in der Praxis (i.d.R. bis 30 Minuten bei Terminvereinbarung)
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln
- Kostenübernahme für OTC-Arzneimittel (apotheken-, aber nicht rezeptpflichtig, z. B. Antiallergika) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (einschließlich 17-Jährige) bei Verordnung durch die/den Hausärztin/Hausarzt (außerhalb des AOK-HausarztProgramms nur bis zum 12. Geburtstag)

3. Wer kann am AOK-HausarztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg ohne Altersbegrenzung mit Wohnsitz in Baden-Württemberg sowie derzeit in Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und in den angrenzenden Ländern Frankreich und Schweiz.

Ausgenommen sind Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben. Diese können nicht am AOK-HausarztProgramm teilnehmen. Am AOK-HausarztProgramm teilnehmende Versicherte, die Kostenerstattung wählen, werden zum nächstmöglichen Quartalsende aus dem AOK-HausarztProgramm ausgeschlossen.

4. Hinweise zur Teilnahme sowie der Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese kann bei einer/einem Hausärztin/Hausarzt des AOK-HausarztProgramms abgegeben werden. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschafts AG als beauftragtes Rechenzentrum an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Informationen zum Datenschutz).

Mit ihrer/seiner Unterschrift wählt die/der Versicherte zum einen die/den Hausärztin/Hausarzt des Vertrauens und zum anderen die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm für mindestens 12 Monate. Wenn sie/er sich nicht für das AOK-HausarztProgramm entscheidet, verbleibt sie/er, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist mit der Teilnahme an einem **Wahltarif** gem. § 53 Abs. 3 SGB V verbunden. Dieser beinhaltet die Befreiung von Zuzahlungen für viele rabattierte Generika (Arzneimittel) und

ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i der Satzung der AOK Baden-Württemberg.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli / 1 Okt.). Über den individuellen Starttermin wird im Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg informiert. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg **eingegangen** sein, und es müssen alle sonstigen Voraussetzungen gem. Ziffer 3 erfüllt sein.

Beispiel 1: Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April

*Beispiel 2: Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)*

Wird die Teilnahme abgelehnt, erhält die/der Versicherte eine Mitteilung der AOK. Die AOK lehnt die Teilnahme nur in Ausnahmefällen ab (insbesondere bei ungeklärtem Versichertenstatus).

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils automatisch um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm kann ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von einem Monat frühestens zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-HausarztProgramm, 70120 Stuttgart). Ebenso endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg.

e) Hausarztwechsel

Ein Hausarztwechsel ist frühestens nach Ablauf der 12 Monate möglich. Für einen reibungslosen Wechsel muss dem Rechenzentrum und der AOK spätestens zwei Monate vor Ablauf der 12 Monate die neue Teilnahmeerklärung mit der Wahl der/des neuen Hausärztin/Hausarztes übermittelt worden sein. Ansonsten verlängert sich die Teilnahme bei der/dem bisherigen Hausärztin/Hausarzt um weitere 12 Monate.

In Härtefällen kann die/der Versicherte auch vor Ablauf der 12 Monate (frühestens zum Folgequartal) die/den Hausärztin/Hausarzt innerhalb des AOK-HausarztProgramms wechseln, wenn

- die/der bisherige Hausärztin/Hausarzt nicht mehr am AOK-HausarztProgramm teilnimmt,
- die/der bisherige Hausärztin/Hausarzt umzieht und die Entfernung nicht zumutbar ist,
- die/der Versichert umzieht und die Entfernung nicht zumutbar ist,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

In einem solchen Ausnahmefall verlängert ein Hausarztwechsel die Bindung an das AOK-HausarztProgramm nicht. Einen Wechsel der/des Hausärztin/Hausarztes muss der AOK mit Begründung schriftlich oder elektronisch mitgeteilt werden.

f) Widerruf

Die/der Versicherte kann die Abgabe der Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm verbunden? Und was passiert bei Verstößen?

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist für mindestens 12 Monate verbindlich mit der Wahl der/des jeweiligen Hausärztin/Hausarztes verbunden (auch Kinder- und Jugendärzte nehmen an der hausärztlichen Versorgung teil). Die/der Hausärztin/Hausarzt ist damit erste/r Ansprechpartner/in für alle medizinischen Fragen. Fachärzte dürfen nur auf Überweisung der/des gewählten Hausärztin/ Hausarztes in Anspruch genommen werden. Diese Pflicht gilt nicht bei medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes sowie bei der Inanspruchnahme von Gynäkologen und Augenärzten. Die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten ist möglich. Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit der/des Hausärztin/Hausarztes) besteht die Verpflichtung, den von der/dem Hausärztin/Hausarzt benannten Vertretungsarzt aufzusuchen.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflichten kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals die Teilnahme der/des Versicherten am AOK-HausarztProgramm kündigen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die/der Versicherte außerhalb des Vertretungsfalles wiederholt andere Hausärzte aufsucht, die nicht am AOK-HausarztProgramm teilnehmen oder Fachärzte (ausgenommen Augenarzt/Gynäkologe) wiederkehrend ohne Überweisung der/des gewählten Hausärztin/Hausarztes in Anspruch nimmt. Hierüber wird die/der Versicherte gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Kommt es weiterhin zur Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen kann unter anderem ein Ausschluss aus dem AOK-HausarztProgramm erfolgen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm können alle Vorteile des Vertrags in Anspruch genommen werden. Diese umfassen u.a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4a). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (<https://www.aok.de/pk/bw/>) ausführlich beschrieben.

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-HausarztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-HausarztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversichertennummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode
- Teilnahmestatus am AOK-Haus- bzw. AOK-FacharztProgramm

Diese Daten werden von der einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft und welche Aufgaben hat diese?

Die Managementgesellschaft für die Datenverarbeitung von Hausärzten ist die:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln
Telefon: 02203/5756 - 0
Telefax: 02203/5756 - 7000
E-Mail: info@hzv.de

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: www.hausaerzteverband.de

Die zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-HausarztProgramm erforderlichen Daten (siehe oben) werden von der einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft – HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft – an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Die Managementgesellschaft (HÄVG) ist für die Verarbeitung der von einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch übermittelten Daten zuständig und übernimmt somit die operative Durchführung des HausarztProgramms.

Pro Quartal werden abrechnungsrelevante Daten aus Ihrer Hausarztpraxis verarbeitet und im Namen Ihres Arztes an die AOK Baden-Württemberg übermittelt. Zentrale Aufgabe der Managementgesellschaft ist somit auch die Sicherstellung einer schnellen, effizienten und fehlerfreien Honorarabrechnung. Die Aufgaben im Überblick:

- Planung und Erstellung der Quartalsabrechnungen
- Auszahlung der ärztlichen Honorare
- Entwurf und Versand der Vertragsunterlagen (in Kooperation mit Krankenkassen und regionalen Hausärzteverbänden)
- Telefonische Betreuung teilnehmender Hausarztpraxen (Beantworten von Fragen zur Vertragsabwicklung, Vertragsunterlagen, etc.)
- Pflege der Arztstammdaten in einer zentralen Datenbank
- Täglicher elektronischer Datenträgeraustausch mit den Krankenkassen.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
§ 73b Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-HausarztProgramms werden folgende Sozialdaten von der/dem behandelnden Hausärztin/Hausarzt verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten
- das Geburtsdatum des Versicherten
- das Geschlecht des Versicherten
- die Anschrift des Versicherten
- die Krankenversichertennummer des Versicherten
- den Versichertenstatus
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs
- der Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO
§ 73 b SGB V

Im Anschluss an die Behandlung werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, die Krankenversichertennummer und der Versichertenstatus
- Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

*Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die

gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-HausarztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO

§ 73b Abs. 9 SGB V

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V

§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

§ 75 SGB X

Weitere Informationen zur HZV-Evaluation finden Sie unter [HZV-Evaluation.pdf \(aok.de\)](#).

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-HausarztProgramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-HausarztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter: <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>

Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm für die kinder- und jugendärztliche Versorgung von Versicherten der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-HausarztProgramm?

Das AOK-HausarztProgramm ist eine besondere hausärztliche Versorgung, die die AOK Baden-Württemberg ihren Versicherten auf der Basis einer gesetzlichen Bestimmung anbietet (Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V).

Ziel des AOK-HausarztProgramms ist es, die hausärztliche Versorgung flächendeckend in besonderer Qualität zu gewährleisten und die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion (Lotsenfunktion) der Kinder- und Jugendärzte zu stärken, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern.

2. Welche Vorteile bietet das AOK-HausarztProgramm?

- Eine qualitätsgesicherte hausärztlich-pädiatrische Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin
- Eine Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. bis Fr.)
- Mindestens eine Abendsprechstunde pro Woche bis 20.00 Uhr für Berufstätige (Terminsprechstunde)
- Koordinierung des gesamten Behandlungsablaufs durch den Kinder- und Jugendarzt
- Erweiterte Präventionsangebote für Kinder- und Jugendliche
- Kürzere Wartezeiten in der Praxis (i.d.R. bis 30 Minuten bei Terminvereinbarung)
- Kostenübernahme für OTC-Arzneimittel (apotheken-, aber nicht rezeptpflichtig, z. B. Antiallergika) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (einschließlich 17-Jährige) bei Verordnung durch den Kinder- und Jugendarzt (außerhalb des AOK-HausarztProgramms nur bis zum 12. Geburtstag)
- Kostenübernahme von Osteopathiebehandlung in Höhe von einmalig maximal 100 EUR für Säuglinge bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres mit unstillbaren, dauerhaften Schrei- und Unruheattacken (sog. Regulationsstörungen) oder „KiSS-Syndrom“ nach medizinischer Abklärung, Ausschluss von Kontraindikationen und Ausschöpfung der hausärztlichen bzw. pädiatrischen Intervention und nach Delegation durch den Allgemeinmediziner, hausärztlichen Internisten bzw. Kinder- Jugendarzt.

3. Wer kann am AOK-HausarztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg bis zum 18. Geburtstag mit Wohnsitz in Baden-Württemberg sowie derzeit in Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und in den angrenzenden Ländern Frankreich und Schweiz.

Ausgenommen sind Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben. Diese können nicht am AOK-HausarztProgramm teilnehmen. Am AOK-HausarztProgramm teilnehmende Versicherte, die Kostenerstattung wählen, werden zum nächstmöglichen Quartalsende aus dem AOK-HausarztProgramm ausgeschlossen.

4. Hinweise zur Teilnahme sowie der Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese kann bei einem Kinder- und Jugendarzt des AOK-HausarztProgramms abgegeben werden. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Informationen zum Datenschutz).

Mit ihrer/seiner Unterschrift wählt die/der Versicherte zum einen den Kinder- und Jugendarzt des Vertrauens und zum anderen die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm für mindestens 12 Monate. Wenn sie/er sich nicht für das AOK-HausarztProgramm entscheidet, verbleibt sie/er, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei Vertragsteilnahme im AOK-HausarztProgramm ist ab einem Alter von 16 bis 17 Jahren (in der Regel bis zum 18. Geburtstag) ein geregelter Übergang vom Kinder- und Jugendarzt zu Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlichen Internisten, die am AOK-HausarztProgramm teilnehmen, vorgesehen.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli / 1. Okt.). Über den individuellen Starttermin wird im Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg informiert. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg **eingegangen** sein, und es müssen alle sonstigen Voraussetzungen gem. Ziffer 3 erfüllt sein.

Beispiel 1: Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April

*Beispiel 2: Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)*

Wird die Teilnahme abgelehnt, erhält die/der Versicherte eine Mitteilung der AOK. Die AOK lehnt die Teilnahme nur in Ausnahmefällen ab (insbesondere bei ungeklärtem Versichertenstatus).

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils automatisch um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm kann ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von einem Monat frühestens zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-HausarztProgramm, 70120 Stuttgart). Ebenso endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg.

e) Wechsel des Kinder- und Jugendarztes

Ein Wechsel ist frühestens nach Ablauf der 12 Monate möglich. Für einen reibungslosen Wechsel muss dem Rechenzentrum und der AOK spätestens zwei Monate vor Ablauf der 12 Monate die neue Teilnahmeerklärung mit der Wahl des neuen Kinder- und Jugendarztes übermittelt worden sein. Ansonsten verlängert sich die Teilnahme beim bisherigen Kinder- und Jugendarzt um weitere 12 Monate.

In Härtefällen kann die/der Versicherte auch vor Ablauf der 12 Monate (frühestens zum Folgequartal) den Kinder- und Jugendarzt innerhalb des AOK-HausarztProgramms wechseln, wenn

- der bisherige Kinder- und Jugendarzt nicht mehr am AOK-HausarztProgramm teilnimmt,
- der bisherige Kinder- und Jugendarzt umzieht und die Entfernung nicht zumutbar ist,
- die/der Versichert umzieht und die Entfernung nicht zumutbar ist,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

In einem solchen Ausnahmefall verlängert ein Wechsel die Bindung an das AOK-HausarztProgramm nicht. Einen Wechsel des Kinder- und Jugendarztes muss der AOK mit Begründung schriftlich oder elektronisch mitgeteilt werden.

f) Widerruf

Die/der Versicherte kann die Abgabe der Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm verbunden? Und was passiert bei Verstößen?

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist für mindestens 12 Monate verbindlich mit der Wahl des jeweiligen Kinder- und Jugendarztes. Der Kinder- und Jugendarzt ist damit erster Ansprechpartner/in für alle medizinischen Fragen. Fachärzte dürfen nur auf Überweisung des gewählten Kinder- und Jugendarztes in Anspruch genommen werden. Diese Pflicht gilt nicht bei medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes sowie bei der Inanspruchnahme von Gynäkologen und Augenärzten. Die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten ist möglich. Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit des Kinder- und Jugendarztes) besteht die Verpflichtung, den benannten Vertretungsarzt - in der Regel ebenfalls ein Kinder- und Jugendarzt - aufzusuchen.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflichten kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals die Teilnahme der/des Versicherten am AOK-HausarztProgramm kündigen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die/der Versicherte außerhalb des Vertretungsfalles wiederholt andere Hausärzte aufsucht, die nicht am AOK-HausarztProgramm teilnehmen oder Fachärzte (ausgenommen Augenarzt/Gynäkologe) wiederkehrend ohne Überweisung des gewählten Kinder- und Jugendarztes in Anspruch nimmt. Hierüber wird die/der Versicherte gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Kommt es weiterhin zur Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen kann unter anderem ein Ausschluss aus dem AOK-HausarztProgramm erfolgen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm können alle Vorteile des Vertrags in Anspruch genommen werden. Diese umfassen u.a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4a). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (<https://www.aok.de/pk/bw/>) ausführlich beschrieben.

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-HausarztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-HausarztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversichertennummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode
- Teilnahmestatus am AOK-Haus- bzw. AOK-FacharztProgramm

Diese Daten werden von der einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft und welche Aufgaben hat diese?

Die Managementgesellschaft für die Datenverarbeitung von Kinder- und Jugendärzten ist:

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29 70565 Stuttgart
Telefon: 07 11 80 60 79-0
Fax: 07 11 80 60 79-544
E-Mail: info@medi-verbund.de

Die zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-HausarztProgramm für die kinder- und jugendärztliche Versorgung erforderlichen Daten (siehe oben) werden von der einschreibenden Kinder- und Jugendarztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Die Managementgesellschaft (MEDIVERBUND) ist für die Verarbeitung der von einschreibenden Kinder- und Jugendarztpraxen elektronisch übermittelten Daten zuständig und übernimmt somit die operative Durchführung des HausarztProgramms. Hierzu bedient sie sich des zertifizierten Rechenzentrums (HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG).

Pro Quartal werden abrechnungsrelevante Daten aus Ihrer Kinder- und Jugendarztpraxis verarbeitet und im Namen Ihres Arztes an die AOK Baden-Württemberg übermittelt. Zentrale Aufgabe der Managementgesellschaft ist somit auch die Sicherstellung einer schnellen, effizienten und fehlerfreien Honorarabrechnung. Die Aufgaben im Überblick:

- Planung und Erstellung der Quartalsabrechnungen
- Auszahlung der ärztlichen Honorare
- Entwurf und Versand der Vertragsunterlagen (in Kooperation mit Krankenkassen und regionalen Hausärzteverbänden)
- Telefonische Betreuung teilnehmender Kinder- und Jugendarztpraxen (Beantworten von Fragen zur Vertragsabwicklung, Vertragsunterlagen, etc.)

- Pflege der Arztstammdaten in einer zentralen Datenbank
- Täglicher elektronischer Datenträgere Austausch mit den Krankenkassen

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

§ 73b Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-HausarztProgramms werden folgende Sozialdaten von der/dem behandelnden Hausärztin/Hausarzt verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten
- das Geburtsdatum des Versicherten
- das Geschlecht des Versicherten
- die Anschrift des Versicherten
- die Krankenversichertennummer des Versicherten
- den Versichertenstatus
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs
- der Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO

§ 73 b SGB V

Im Anschluss an die Behandlung werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, die Krankenversichertennummer und der Versichertenstatus
- Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

*Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-HausarztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V

§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-HausarztProgramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-HausarztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter: <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>

Öffentlichkeitsarbeit und Kostenverteilung

AOK, HÄVG, MEDIVERBUND, Hausärzteverband Baden-Württemberg und MEDI e.V. stimmen alle Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab. Kosten für die Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit und Marketing, werden paritätisch zwischen AOK, HÄVG und MEDIVERBUND aufgeteilt.

Die AOK, die HÄVG, die MEDIVERBUND AG, der Hausärzteverband Baden-Württemberg und der MEDI e.V., werden für die Teilnahme an der HZV in ihren Mitgliedermedien und in Veranstaltungen zur HZV werben.

Fachkonzept HÄVG/MEDIVERBUND und AOK

- (1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung, Versicherteneinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung HAUSARZT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere technische Umsetzung der vertraglichen Bestimmungen der HZV. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung HÄVG/MEDIVERBUND“ und eine „Prozessbeschreibung AOK“. Sie werden kontinuierlich fortgeschrieben.
- (2) HÄVG/MEDIVERBUND und AOK stimmen sich jeweils zu Beginn eines Quartals über eine Erweiterung, Verbesserung und Aktualisierung der Fachkonzepte mit Wirkung zum Beginn des folgenden Quartals ab.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren hinsichtlich der Prozesse folgende Arbeitsteilung:
 - a) Die AOK steuert und bearbeitet Prozesse, die HZV-Versicherte betreffen.
 - (1) Die AOK führt insbesondere das Verzeichnis der HZV-Versicherten, der abgelehnten Versicherteneinschreibungen und der in Prüfung befindlichen Versicherteneinschreibungen und übermittelt diese gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte an die HÄVG/MEDIVERBUND.
 - (2) Die AOK prüft die Teilnahme der HAUSÄRZTE an DMP im Sinne der **Anlage 2** zum Vertrag und stellt der HÄVG/MEDIVERBUND die Prüfergebnisse gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte zur Verfügung.
 - (3) Sie übermittelt der HÄVG/MEDIVERBUND die für die Nutzung im Arzneimittelmodul erforderlichen Informationen (z.B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK Rabattverträge abgeschlossen hat, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution) in dem nach dem Fachkonzept vorgeschriebenen Format so, dass sie ohne Änderungen und Formatierungen verwendet werden können.
 - b) HÄVG/MEDIVERBUND bearbeiten insbesondere Prozesse, die die an der HZV teilnehmenden HAUSÄRZTE betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.
- (4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der HÄVG/MEDIVERBUND bzw. der AOK und werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.
- (5) Die die HAUSÄRZTE betreffenden Prozesse sind in der Anlage 6 beschrieben.

Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware

Die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND haben sich auf die folgenden Vorgaben für die Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung geeinigt.

ABSCHNITT I: Vertragssoftware

I. Funktionen der Vertragssoftware

1. Release Q III 2008

Für das Release Q III 2008 müssen Softwareprogramme, die nach Maßgabe des ABSCHNITTES II als Vertragssoftware zugelassen werden können, mindestens die folgenden vertragspezifischen Funktionalitäten aufweisen (Pflichtfunktionen):

- Erfassung des HZV-Teilnahmestatus des HAUSARZTES (personenbezogen auf einen HAUSARZT, Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR) und HÄVG-ID);
- Einschreibung von HZV-Versicherten über die elektronisch in der Vertragssoftware enthaltene „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“;
- Erfassung der Versichertenstammdaten über die Krankenversichertenkarte und Nachweis eines gültigen Versicherungsstatus;
- Onlineaktualisierungsfähigkeit vertragsrelevanter Funktionen durch ein beauftragtes Rechenzentrum (z.B. Vertragsunterlagen; zum Arzneimittelmodul s. Release Q IV).
- Pflichtfunktion ist außerdem die Prüfung, die Verschlüsselung und die Übermittlung der Abrechnungsdaten unter Verwendung des HÄVG-Prüfmoduls. Das HÄVG-Prüfmodul prüft die ihm übergebenen Daten auf formale und fachliche Korrektheit (Validierung). Die Validierung der Abrechnungsdaten erfolgt nach den Vorgaben des vertraglich vereinbarten Prüf- und Regelwerkes (Regelwerk) der Anlage 12 des HZV-Vertrages (Honoraranlage). Das Prüf- und Regelwerk stellt eine technische Übersetzung der Vergütungsanlage zum HZV-Vertrag dar. Es enthält alle im Rahmen der HZV abrechenbaren Leistungen unter Beachtung der jeweiligen Abrechnungsmodalitäten bzw. Abrechnungsregeln. Sinn und Zweck dieser Validierung durch das HÄVG-Prüfmodul ist sicherzustellen, dass der Hausarzt nur regelwerkkonforme Abrechnungspositionen an die Auftragnehmerin übersendet und so eine möglichst reibungslose Verarbeitung der Abrechnungsdaten durch die Auftragnehmerin ermöglicht wird.

2. Release Q IV 2008

Zusätzlich zu den für das Release Q III 2008 vorgegebenen Funktionalitäten müssen Softwareprogramme, die nach Maßgabe des ABSCHNITTES II als Vertragssoftware zugelassen werden können, für das Release Q IV 2008 die folgenden weiteren vertragspezifischen Funktionalitäten aufweisen (Pflichtfunktionen):

- HZV-Abrechnung auf Basis der Vorgaben von **Anlage 12** und sich daraus ergebender Prüfregeln, insbesondere

- (1) Erfassung der Pauschalen;
 - (2) Erfassung eines HZV-Versicherten als chronisch kranker Patient („Chronikerstatus“);
 - (3) Erfassung von Diagnosen gemäß ICD-10-Systematik einschließlich der Angabe des Leistungsdatums bei jedem HAUSARZT-Patienten-Kontakt;
 - (4) Erfassung der Einzelleistungen (u. a. Krebsfrüherkennung, Check-up; Impfziffern);
 - (5) Erfassung von Vertreter- und Zielauftragspauschale inklusive der Angabe des überweisenden Arztes;
 - (6) Eintragung der Angabe, ob die Praxisgebühr bezahlt/nicht bezahlt ist oder ob eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt; Angabe von Gründen für eine Zuzahlungsbefreiung im Sinne von § 19 Abs. 1 BMV-Ä;
 - (7) Dokumentation von DMP-Ziffern zur Abrechnung.
- Vertragsspezifisches Arzneimittelmodul mit der Umsetzung der AOK-Substitutionsalgorithmen und Anzeige orientierender Zielerreichungsquoten für den HAUSARZT;
 - (1) Funktionalitäten und Algorithmen des vertragsspezifischen AOK-Arzneimittelmoduls werden in einem von AOK und HÄVG/MEDIVERBUND abgestimmten Pflichtenheft festgelegt. Der für die Zulassung maßgebliche Kriterienkatalog (s. ABSCHNITT II) wird jeweils entsprechend aktualisiert.
 - (2) Onlineaktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen (z.B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK Rabattverträge abgeschlossen hat, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution);
 - (3) Die Vertragssoftware darf keine pharmazeutische Werbung enthalten, insbesondere keine Werbung von Arzneimittelherstellern und insbesondere nicht im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln unter Nutzung des Arzneimittelmoduls.
 - (4) Die Vorgaben des § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V müssen eingehalten werden, soweit spezifische Substitutionsvorgaben der AOK und ihre Darstellung im Arzneimittelmodul nicht berührt sind.
 - Verarbeitung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Überweisungen und Krankenhaus-einweisungen (Formularfunktion);
 - Arztbezogene Online-Übermittlung der Abrechnungs-, Verordnungs-, Überweisungs- und Zielauftragsdaten sowie Übermittlung der Diagnosen gemäß ICD-10-Systematik und zum Status der Praxisgebühr (vgl. oben) an das Rechenzentrum (ABSCHNITT IV);
 - Datenverschlüsselung nach Vorgaben der AOK und der HÄVG/MEDIVERBUND;
 - Kompatibilität mit der Übertragungsverschlüsselung nach Vorgaben von ABSCHNITT III und Vorgaben der AOK und der HÄVG/MEDIVERBUND;

- Online-Prüfung Teilnahmestatus HZV-Versicherte;
- Verwaltung der Praxisstrukturmerkmale (Qualifikation und Ausstattung);
- Verwaltung der arztbezogenen HÄVG-ID;
- Elektronische Kommunikation mit dem AOK-Patientenpass gemäß **Anlage 4**.

3. Release Q I 2009 und folgende Quartale

Die AOK und die HÄVG werden mit Wirkung ab Q I 2009 und spätere Quartale weitere vertragsspezifische Funktionalitäten von Softwareprogrammen, die nach Maßgabe des ABSCHNITTS II als Vertragssoftware zugelassen werden können, beschreiben. Dazu können insbesondere folgende vertragsspezifische Funktionalitäten gehören:

- Integration von ARRIBA (vgl. **Anlage 2**);
- Hinterlegung von weiteren Verordnungsinformationen über Arzneimittel hinaus (insbesondere Heil-, Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege);
- Hinterlegung von Mechanismen, die den HAUSARZT bei der vollständigen, korrekten und differenzierten Diagnosen-Codierung („rightcoding“) gemäß ICD-10 Systematik unterstützen (Pflichteingaben; Nachfragen);
- Erfassung der Diagnosen mit der ICPC2-Codierung (vgl. § 26 Abs. 1 des Vertrages).

Einzelheiten werden durch das Pflichtenheft gemäß ABSCHNITT II zwischen der AOK und der HÄVG/MEDIVERBUND abgestimmt.

ABSCHNITT II: Zulassungsverfahren

I. Grundsätze des Zulassungsverfahrens

- (1) Die AOK und die HÄVG/MEDIVERBUND werden die in ABSCHNITT I beschriebenen und künftig erforderliche vertragsspezifische Funktionalitäten der Vertragssoftware in einem Pflichtenheft („**Pflichtenheft**“) dokumentieren. Nicht-vertragsspezifische Funktionalitäten werden im Pflichtenheft nicht beschrieben. Das Pflichtenheft ist abschließend, d.h. es gibt über die im Pflichtenheft niedergelegten Anforderungen hinaus keine weiteren Anforderungen an Vertragssoftware. Bei Widersprüchen zwischen den in ABSCHNITT I beschriebenen Funktionalitäten und dem Pflichtenheft geht das Pflichtenheft vor.
- (2) Die AOK und die HÄVG/MEDIVERBUND werden dieses Pflichtenheft jeweils abstimmen und bei Änderungen das Quartal definieren, ab dem die neu beschriebenen vertragsspezifischen Funktionalitäten verbindlich bzw. optional in einem neuen Release umzusetzen sind. Liegt dieser Geltungszeitpunkt bereits in dem auf die Abstimmung nach Satz 1 folgenden Quartal und wird ein solches Pflichtenheft nicht spätestens 9 Wochen vor dem Beginn dieses Quartals in einer abgestimmten Fassung veröffentlicht, müssen darin als verbindlich vorgeschriebene vertragsspezifische Funktionalitäten nicht vor dem Beginn des auf dieses Quartal folgenden Quartals umgesetzt sein.

- (3) Das Pflichtenheft besteht aus vertraulichen Teilen, die Betriebsgeheimnisse der AOK und der HÄVG/MEDIVERBUND enthalten, sowie öffentlichen Teilen, die nach Maßgabe der folgenden Absätze offen gelegt werden („**Teil A**“). Bei dem Teil A handelt es sich um eine fachliche Beschreibung der Funktionalitäten für die Herstellung von Vertragssoftware. Die AOK und die HÄVG/MEDIVERBUND bestimmen im gegenseitigen Einvernehmen diejenigen Bestandteile des Pflichtenhefts, die vertrauliche Unternehmensgeheimnisse und/oder schützenswertes geistiges Eigentum darstellen und daher nicht öffentlich sind („**Teil B**“). Der Teil B beinhaltet insbesondere
- a) Substitutionsalgorithmen und die Listen des Arzneimittelmoduls;
 - b) Datenbasierte Verschlüsselung für das Rechenzentrum;
 - c) Beschreibung der Ansteuerung des Konnektors bei Nutzung eines Konnektors;
 - d) Anbindung an den elektronischen AOK-Patientenpass;
 - e) Online-Aktualisierung (z.B. des Arzneimittelmoduls).
- (4) Der Teil B wird im HÄVG-Prüfmodul von vertragsspezifischen, nicht dekompilebaren Softwarekomponenten und Schnittstellen umgesetzt werden („**HÄVG-Prüfmodul**“). Die HÄVG/MEDIVERBUND wird in Abstimmung mit der AOK ein geeignetes Unternehmen („**Entwickler**“) mit der Entwicklung des HÄVG-Prüfmoduls beauftragen. Dabei ist sicherzustellen, dass Herstellern von Vertragssoftwareprogrammen („**Softwarehersteller**“) eine Lizenz für die Nutzung des HÄVG-Prüfmoduls erteilt werden kann. Die Lizenzbedingungen werden nach Maßgabe des Absatzes 6 vereinbart.
- (5) Die eingesetzte Vertragssoftware enthält u.a. das „HÄVG-Prüfmodul“, das innerhalb der Vertragssoftware des Hausarztes dazu bestimmt ist, die zur Abrechnung erforderlichen Daten zu validieren, zu verschlüsseln und zur Übermittlung bereitzustellen. Dabei ist sichergestellt, dass das HÄVG-Prüfmodul so arbeitet, dass ihm ausschließlich die vom HAUSARZT ausgewählten Daten aktiv aus der Vertragssoftware des HAUSARZTES zugänglich gemacht werden. Andere Daten sind nicht zugänglich, abrufbar oder übermittlungsfähig. Folglich stehen dem HÄVG-Prüfmodul nur Daten zur Verfügung, die der HAUSARZT zur Erstellung der Abrechnung ausgewählt und an das HÄVG-Prüfmodul zur Validierung und Abrechnung durch die Vertragssoftware übergeben hat.
- (6) Ein Softwarehersteller, der Vertragssoftware entwickeln möchte, benötigt eine Lizenz zur Nutzung des HÄVG-Prüfmoduls und Teil A. Teil A soll hinsichtlich seiner technischen Vorgaben hinreichend spezifisch sein, um Softwarehersteller zur Entwicklung von Vertragssoftware bei gleichzeitiger Integration des HÄVG-Prüfmoduls zu befähigen.
- (7) Der Entwickler wird verpflichtet, allen Softwareherstellern zu gleichen Bedingungen eine Lizenz zur Nutzung des HÄVG-Prüfmoduls zu überlassen. Das Verhältnis zwischen dem Softwarehersteller und dem Entwickler des HÄVG-Prüfmoduls bestimmt sich ausschließlich nach dem Lizenzvertrag über das HÄVG-Prüfmodul. Weder die AOK noch die HÄVG/MEDIVERBUND haften für Schäden im Zusammenhang mit der Überlassung des HÄVG-Prüfmoduls an Softwarehersteller.
- (8) Die HÄVG/MEDIVERBUND wird in Abstimmung mit der AOK jedem Softwarehersteller, der
- a) einen schriftlichen Antrag zur Offenlegung des Teil A an sie richtet,

- b) seine Fachkunde und Zuverlässigkeit nachweist,
- c) sich zum Abschluss einer von der HÄVG/MEDIVERBUND vorgegebenen Offenlegungsvereinbarung (einschließlich strenger Vertraulichkeitsverpflichtung) verpflichtet und
- d) eine Lizenzvereinbarung mit dem Entwickler der des HÄVG-Prüfmoduls geschlossen hat.

Teil A zur Verfügung stellen. Der Nachweis nach lit. a) wird in der Regel durch die Vorlage eines Geschäftsberichtes erbracht, der die Tätigkeit des Softwareherstellers auf dem Gebiet der Softwareentwicklung belegt. Für die Erfüllung der Voraussetzung nach lit. c) genügt auch der Nachweis von Verhandlungen über die Erteilung einer Lizenz für das HÄVG-Prüfmodul. Falls keine Lizenzvereinbarung zustande kommt, hat der Softwarehersteller das Pflichtenheft an die HÄVG/MEDIVERBUND zurückzugeben.

- (9) Die HÄVG/MEDIVERBUND kann mit Softwareherstellern eine Rahmenvereinbarung schließen, durch die im Hinblick auf die Nutzung durch HAUSÄRZTE Rahmenbedingungen für die Belieferung von HAUSÄRZTEN einschließlich der Lieferkapazitäten für die Vertragssoftware und die Pflege und Wartung durch den Softwarehersteller vorgegeben werden.
- (10) Die Herstellung und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Vertragssoftware liegt in der alleinigen Verantwortung des Softwareherstellers. Mit der Überlassung des Teil A wird weder durch die AOK noch durch die HÄVG/ MEDIVERBUND eine Haftung für seine Eignung, Vollständigkeit oder Richtigkeit zur Herstellung von Vertragssoftware übernommen. Entsprechendes gilt für die Integrationsfähigkeit des HÄVG-Prüfmoduls in ein Softwareprogramm des Softwareherstellers.
- (11) Die Frist, innerhalb derer die HÄVG/MEDIVERBUND in Abstimmung mit der AOK über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Absatz 7 und damit über die Offenlegung von Teil A entscheidet, soll 3 Wochen nach Eingang des Antrages eines Softwareherstellers (Abs. 7 lit. a) und des Nachweises nach Abs. 7 lit. b) bei der HÄVG/MEDIVERBUND nicht überschreiten.

II. Zulassung von Vertragssoftwareprogrammen

- (1) Das Pflichtenheft gemäß vorstehender Ziffer I ist die Grundlage des Zulassungsverfahrens für Softwareprogramme als Vertragssoftware. Auf dem Pflichtenheft aufbauend wird durch die AOK und die HÄVG/MEDIVERBUND ein Kriterienkatalog erstellt, der die Grundlage für die Prüfung von Vertragssoftwareprogrammen ist. Er enthält Pflichtfunktionen und kann optionale Funktionen enthalten bzw. Funktionen, die erst nach einem Übergangszeitraum von optionaler Funktion zur Pflichtfunktion werden. Die HÄVG/MEDIVERBUND wird in Abstimmung mit der AOK auf der Basis des Pflichtenhefts und des Kriterienkatalogs eine Prüfstelle mit der Durchführung des Zulassungsverfahrens beauftragen. Die Prüfstelle wird vertraglich verpflichtet, die Zulassung von Vertragssoftwareprogrammen nach allgemein üblichen Methoden und Standards bei der Prüfung von Softwareprogrammen durchzuführen.
- (2) Die Zulassung muss für jede neue Programmkomponente, die Kriterien des Kriterienkatalogs nach dem vorstehenden Absatz 1 berührt, und bei erheblichen Abweichungen von bestehenden Programmkomponenten nach Maßgabe von Absatz 2 neu durchgeführt und

erteilt werden. Werden Pflichtfunktionen bezüglich einzelner Programmkomponenten nach Prüfung durch die Prüfstelle nicht zugelassen, entfällt die Zulassung des jeweiligen Softwareprogramms als Vertragssoftware insgesamt.

- (3) In Abweichung von dem Verfahren gemäß Absatz 1 werden Vertragssoftwareprogramme für das Release Q III 2008 auf Basis des Pflichtenheftes (einschließlich des HÄVG-Prüfmoduls) direkt durch Sicht-Testung durch die AOK und die HÄVG/MEDIVERBUND zugelassen. Hinsichtlich der Liste der zugelassenen Softwareprogramme wird auf **Anlage 3** verwiesen.
- (4) Mit der Regelung nach diesem ABSCHNITT II vereinbaren die Vertragspartner ausdrücklich eine Abweichung zu § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V im Sinne von § 73 b Abs. 5 Satz 4 SGB V, wonach die Zulassung einer Vertragssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung erforderlich ist. Eine solche Zulassung ist für Vertragssoftware zusätzlich nicht erforderlich, damit sie von den HAUSÄRZTEN genutzt werden kann.
- (5) Die von der HÄVG/MEDIVERBUND gemäß Absatz 1 beauftragte Prüfstelle kann auf Veranlassung der HÄVG/MEDIVERBUND oder der AOK eine bereits zugelassene Vertragssoftware einer außerordentlichen Kontrollprüfung unterziehen. Bei einem sich bei einer solchen außerordentlichen Kontrollprüfung ergebendem begründeten Verdacht, dass Pflichtfunktionen und dabei insbesondere solche mit Auswirkung auf
 - (1) die Arzneimittelverordnung,
 - (2) die HZV-Abrechnung (insbes. ordnungsgemäße Erfassung von Leistungen, Leistungsdatum, Impf- und Diagnoseziffern),
 - (3) die Verarbeitung von Formularen (Überweisungen, Krankenhauseinweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung),
 - (4) die Erfassung- und Verwaltung des Teilnehmerstatus des HAUSARZTES,
 - (5) die elektronische Einschreibung von HZV-Versicherten und Erfassung von Versichertenstammdaten,
 - (6) die Onlineaktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen,

nicht ordnungsgemäß umgesetzt sind, kann die Prüfstelle die Zulassung entziehen.

ABSCHNITT III: Datenübermittlung

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Verschlüsselungsmethoden sind zulässig: (1) Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen;

- (6) Übertragung per Software-VPN gemäß den Vorgaben der HÄVG und der AOK für HAUSÄRZTE, die vor dem 16.01.2009 ihren Antrag auf HZV-Teilnahme gestellt haben;

Empfohlen wird hierbei die Nutzung o.g. Konnektor-Technologie, die folgende Vorteile für den HAUSARZT gewährleistet:

- Erhöhung der Sicherheit und Geschwindigkeit der Datenübertragung;

- Ausstattung mit einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur;
- Mögliche Nutzung von Mehrwertdiensten der AOK;
- komfortablere Online-Updates.

Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten.

ABSCHNITT IV: Rechenzentrum

Der HAUSARZT ist berechtigt und verpflichtet, sämtliche Leistungsdaten und Verordnungsdaten gemäß § 295 a SGB V und nach Maßgabe dieses Vertrages über die von ihm genutzte Vertragssoftware an das folgende Rechenzentrum zu übermitteln (Rechenzentrum im Sinne des Vertrages). Rechenzentrum ist:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Edmund-Rumpler-Straße 2

511149 Köln

Service Hotline: 02203 57 56 1111

Fax: 02203 57 56 6000

Schlichtungsverfahren

Die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND („**Partei**“ bzw. „**Parteien**“) haben sich zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich zwischen ihnen im Zusammenhang mit dem „Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gem. § 73 b SGB V idF. des GKV-WSG“ („**Vertrag**“) oder über seine Gültigkeit ergeben, auf das wie folgt näher beschriebene Schlichtungsverfahren geeinigt:

§ 1 Grundsätze des Schlichtungsverfahrens

- (1) Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit dem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des in dieser Anlage geregelten Schlichtungsverfahrens zulässig (§ 4 Abs. 3, § 6).
- (2) Die Parteien werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern, um im Falle einer unterbliebenen Einigung im Schlichtungsverfahren eine gerichtliche Auseinandersetzung ohne unangemessene zeitliche Verzögerung zu ermöglichen.
- (3) Alle Parteien sollen sich vor einem gerichtlichen Verfahren in einem oder mehreren Schlichtungsgesprächen um eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeit bemühen.

§ 2 Person des Schlichters

- (1) Die Parteien bestimmen spätestens bis zum 1. Oktober 2008 die Person eines Schlichters („**Erster Schlichter**“). Der Erste Schlichter muss die Befähigung zum Richteramt haben. Er soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben.
- (2) Die Parteien bestimmen darüber hinaus spätestens bis zum 1. Oktober 2008 einen Stellvertreter des Schlichters, der im Falle der Verhinderung des Ersten Schlichters ein Schlichtungsverfahren durchführen kann. Er muss ebenfalls die Befähigung zum Richteramt haben und soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben. (Erster Schlichter und Stellvertreter einzeln oder zusammen auch „**Schlichter**“).
- (3) Die Schlichter werden jeweils aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit einer Laufzeit bis zum 31. März 2011 als Schlichter verpflichtet. Spätestens 1 Monat vor dem Auslaufen dieser Vereinbarungen bestimmen die Parteien einen neuen Schlichter, wenn sie sich bis dahin nicht mit dem jeweiligen Schlichter über eine Fortführung seiner Tätigkeit für jeweils 2 weitere Jahre geeinigt haben. Dies gilt auch im Falle der vorzeitigen Beendigung der Vereinbarung mit dem Schlichter. Die Parteien verständigen sich zum Zwecke des Abschlusses einer solchen Vereinbarung über eine angemessene Vergütung für die Schlichter.
- (4) Der Schlichter hat keine Weisungsrechte und verhält sich grundsätzlich neutral. Er kann jedoch auf Wunsch der beteiligten Parteien eine aktive Vermittlungsrolle einnehmen.

- (5) Die Organisation des Schlichtungsverfahrens wird dem Schlichter übertragen. Einzelheiten hierzu regelt die Vereinbarung mit dem Schlichter.

§ 3 Einleitung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Jede der Parteien ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zu einer oder mehrerer Parteien Gegenstand eines bei einem Gericht anhängigen Rechtsstreits sein kann. Die Einleitung erfolgt durch schriftliche Mitteilung einer Partei an den Ersten Schlichter und die jeweils andere(n) Partei(en) unter
- a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und
 - b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie
 - c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß § 5 durchzuführen.
- (2) Durch die an den Ersten Schlichter gemäß dem vorstehenden Absatz übermittelten Unterlagen wird der Gegenstand des Schlichtungsverfahrens bestimmt („**Schlichtungsgegenstand**“). Im Falle seiner Verhinderung oder voraussichtlichen Verhinderung in Schlichtungsverhandlungen nach § 5 übermittelt der Erste Schlichter die zur Einleitung oder Fortführung des Verfahrens erforderlichen Unterlagen unverzüglich an seinen Stellvertreter und informiert die Parteien. Dies gilt entsprechend bei einer späteren Verhinderung des Ersten Schlichters an einem mit den Parteien nach § 5 abgestimmten Termin für das erste Schlichtungsgespräch.
- (3) Die an einem Schlichtungsverfahren gemäß dem vorstehenden Absatz 1 beteiligten Parteien können nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch Übermittlung des Schlichtungsbegehrens an den Schlichter nur noch übereinstimmend durch wechselseitige schriftliche Erklärung auf die Durchführung von Schlichtungsverhandlungen gemäß § 5 verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

§ 4 Schlichtungsverhandlungen

- (1) Der Schlichter (§ 4 Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach § 4 Abs. 1 auf, im Hinblick auf den Schlichtungsgegenstand Schlichtungsverhandlungen zu beginnen. Der Schlichter schlägt den Parteien mindestens 2 geeignete Termine vor und berücksichtigt dabei die Belange der Parteien.
- (2) Die eingeladenen Parteien sind verpflichtet, sich innerhalb einer von dem Schlichter gesetzten angemessenen Frist mit der Angabe zu melden, zu welchem Termin und mit welchen Teilnehmern sie an den Schlichtungsverhandlungen teilnehmen werden. Das erste Schlichtungsgespräch soll spätestens 3 Wochen nach der Aufforderung durch den

Schlichter stattfinden. Terminverlegungen auf einen späteren Zeitpunkt als 3 Wochen nach Aufforderung des Schlichters sind in begründeten Ausnahmefällen möglich.

- (3) Die jeweils andere(n) Partei(en) sind verpflichtet, an diesen Schlichtungsverhandlungen teilzunehmen. Die Parteien werden mindestens einen Schlichtungstermin durchführen.
- (4) Die Parteien können sich im Schlichtungstermin von Rechtsanwälten begleiten oder vertreten lassen. Im Sinne einer zielführenden Schlichtung ist jedoch die Anwesenheit mindestens eines solchen Vertreters jeder beteiligten Partei erforderlich, der zur Entscheidung über eine Einigung über den Schlichtungsgegenstand berechtigt ist.
- (5) Im Sinne einer zielführenden Schlichtung sollen etwaige schriftliche Stellungnahmen mindestens 3 Werktage vor den Schlichtungsverhandlungen an die beteiligte(n) Partei(en) und den Schlichter versandt werden.
- (6) Im Rahmen der Schlichtungsverhandlungen soll möglichst darauf verzichtet werden, den Schlichtungsgegenstand ohne sachlichen Grund und ohne sachgemäße Vorbereitungsmöglichkeit für die übrigen Beteiligten zu ändern oder zu erweitern. Die jeweils andere(n) Partei(en) sind berechtigt, eine Änderung oder Erweiterung des Schlichtungsgegenstandes abzulehnen.

§ 5 Beendigung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Verlangt eine Partei nach Durchführung des ersten Termins der Schlichtungsverhandlungen deren Beendigung, ohne dass eine Einigung über den Gegenstand der Schlichtung erzielt wurde, so fertigt der Schlichter auf Verlangen einer Partei darüber ein Protokoll, das den Schlichtungsgegenstand näher bezeichnet und in dem das Vorbringen der Parteien zum Schlichtungsgegenstand in einer möglichst noch im Schlichtungstermin mit den Parteien abgestimmten Weise zusammengefasst wird. Mit Unterzeichnung des Protokolls durch den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (2) Wird in den Schlichtungsverhandlungen eine Einigung erzielt, und erklären alle beteiligten Parteien, dass sie die Vereinbarung als verbindlich anerkennen, ist darüber ein Protokoll zu fertigen, das von allen an der Schlichtung beteiligten Parteien sowie dem Schlichter zu unterzeichnen ist. In das Protokoll ist ausdrücklich aufzunehmen, dass eine Einigung erzielt wurde. Mit der Unterzeichnung des Protokolls über die Einigung durch die im Schlichtungstermin anwesenden Parteien und den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (3) Das über die Schlichtungsverhandlungen nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 geführte Protokoll ist ein Ergebnis-, kein Verlaufsprotokoll. Das Protokoll kann eine Vertraulichkeitsvereinbarung enthalten. Sämtliche Parteien erhalten unverzüglich eine Abschrift des Protokolls.
- (4) Wird in dem Schlichtungsverfahren keine Einigung im Sinne des vorstehenden Absatz 2 erzielt, kann jede der Parteien des Schlichtungsverfahrens den Rechtsweg beschreiten.

Die Beendigung des Schlichtungsverfahrens steht einem einvernehmlichen Neubeginn nicht entgegen.

- (5) Die Parteien des Schlichtungsverfahrens sind damit einverstanden, dass der Lauf gesetzlicher oder vertraglicher Verjährungsfristen in Bezug auf den Schlichtungsgegenstand bis zum Abschluss des obligatorischen Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. § 203 BGB gilt entsprechend.

§ 6 Vertraulichkeit

- (1) Die Parteien sowie alle an den Schlichtungsverhandlungen beteiligten Personen sowie solche, die an gemeinsamen oder getrennten Sitzungen zwischen den Parteien teilgenommen haben, haben die Inhalte der Verhandlungen sowohl während als auch nach der Beendigung des Schlichtungstermins als vertraulich zu behandeln. Sie dürfen, soweit nicht anderweitig vereinbart, Dritten gegenüber keine Informationen offen legen, die das jeweilige Schlichtungsverfahren betreffen oder die sie in dessen Verlauf erhalten haben. Soweit eine Partei dies fordert, haben die Personen, die an Schlichtungsverhandlungen teilnehmen, eine Vertraulichkeitserklärung zu unterzeichnen.

§ 7 Kosten des Schlichtungsverfahrens

- (1) Die an dem Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien tragen das Honorar des Schlichters und dessen Auslagen sowie die notwendigen Kosten des Schlichtungsverfahrens (Sekretariatsaufwand; Portokosten; Raummiete, etc.) zu gleichen Teilen und haften dafür als Gesamtschuldner. Im Übrigen trägt jede Partei ihre Kosten selbst.

Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT I: HZV-VERGÜTUNGSPPOSITIONEN

Die Vertragspartner vereinbaren für die nachstehend aufgeführten vertraglichen Leistungen folgende HZV-Vergütung:

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
(kontaktunabhängige) Grundpauschale P1	- Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung) - Vorhalten einer onlinefähigen IT - Ausstattung der Praxis mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem - Ausstattung mit Vertragssoftware / Hardware - Technische Voraussetzungen zum Führen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) - Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1) - Vermittlung von Facharztterminen bei Notwendigkeit Angebot einer werktäglichen Sprechstunde sowie mindestens einer Abendsprechstunde bis 20.00 Uhr pro Woche für berufstätige HZV-Versicherte - Kooperation sozialer Dienst	P1 wird einmalig pro eingeschriebenem HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr vergütet. Ein Versichertenteilnahmejahr („Versichertenteilnahmejahr“) ist das Jahr ab Beginn der Teilnahme des HZV-Versicherten an der HZV; Beginn der Teilnahme ist der erste Tag des Quartals, in dem der HZV-Versicherte als solcher gilt, § 4 Abs. 3 des Vertrages. P1 wird im Zuge der Abrechnung des ersten Abrechnungsquartals bezogen auf den jeweiligen HZV-Versicherten in voller Höhe ausbezahlt. Werden in einem Quartal weitere HAUSÄRZTE durch den HZV-Versicherten aufgesucht, so werden alle HAUSÄRZTE mit Ausnahme des gewählten HAUSARZTES als Vertreter betrachtet (s. Vertreterpauschale). Der oder die weiteren HAUSÄRZTE haben keinen Anspruch auf die Auszahlung von P1. Gewählter HAUSARZT ist der HAUSARZT, der auf der letzten gültigen Teilnahmeerklärung des HZV-Versicherten als solcher angegeben ist. Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES / Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HZV-Vertrages) oder des HZV-Versicherten aus der HZV, wird die P1 rückwirkend angepasst und ist zurückzuzahlen (§ 19b Abs. 5 des Vertrages). Für jedes begonnene Quartal erhält der betreuende HAUSARZT einen Anteil von einem Viertel der Summe von P1 und etwaiger Zuschläge auf P1. Bei einem Wechsel des HAUSARZTES beginnt für den neuen HAUSARZT vergütungstechnisch ein neues Versichertenteilnahmejahr.	Mit Teilnahme FAP: 105,00 € / Versicherten- teilnahmejahr Ohne Teilnahme FAP: 92,00 € / Versicherten- teilnahmejahr
(kontaktabhängige) Behandlungspauschale P2	- Komplette hausärztliche Versorgung des Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung - Information zu HZV, strukturierten Behandlungsprogrammen sowie spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst, etc. - Einleitung einer stationären Vorsorge bzw. Rehabilitation gemäß Anlage 14	P2 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Das erste Abrechnungsquartal innerhalb eines Versichertenteilnahmejahres, in dem behandelt wurde, führt nicht zur Auszahlung von P2, da die Vergütung für diese Behandlung bereits durch die Grundpauschale P1 abgedeckt ist. Alle weiteren, in diesem Abrechnungsquartal aufgesuchten HAUSÄRZTE gelten als Vertreter (s. Vertreterregelung).	40,00 € / Quartal
(kontaktabhängiger) Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten P3	Speziell auf die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten abgestimmte, die unter P2 genannte Versorgung ergänzende hausärztliche Versorgung Kontinuierliche Kontrolle der Arzneimitteltherapie (ggf. mit häufigeren Laborkontrollen)	P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem gemäß der Definition des G-BA um einen chronisch kranken Patienten handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden, wenn im Leistungsquartal oder im Vorquartal ein persönlicher APK erfolgt.	30,00 € / Quartal

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	im Sinne einer erhöhten Patientensicherheit bei Polymedikation inkl. Ausstellen oder Anpassen des Medikamentsplans (ab 3 Wirkstoffen) sowie ggf. Beratung und Berücksichtigung von Wechselwirkungen Der Patient muss im Leistungsquartal oder Vorquartal ärztlich behandelt werden.		
Versorgungsleistung Multimorbidität P4	Speziell auf die Bedürfnisse multimorbider Patienten mit mind. drei Grunderkrankungen abgestimmte und P2/P3 ergänzende hausärztliche Versorgung, die sich in einem erhöhten bzw. intensiveren Anteil folgender hausärztlicher Aufgaben (regelmäßig 10 min. in Praxis oder Hauslichkeit) deutlich macht: - Fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit chronischen Erkrankungen durch den HAUSARZT oder die VERAH oder - Koordination (fach-) ärztlicher/ pflegerischer/ sozialer und präventiver Maßnahmen durch den HAUSARZT oder die VERAH. Die Anlage 17 HZV ist inhaltlich zu berücksichtigen. oder - Fakultativ mind. 1 Tätigkeit aus nachfolgender Liste: - Medikationsplan - Brown-Bag-Review - Wundmanagement - Überleitungsmanagement stationär – ambulant - AOK- Präventionsangebote oder - Kooperation Sozialer Dienst - Der Patient muss im Leistungsquartal oder Vorquartal ärztlich behandelt werden.	P4 kann max. zweimal pro Abrechnungsquartal und max. einmal pro Tag je HZV-Versicherten abgerechnet werden, sofern es sich bei diesem gemäß der Definition (vgl. Anhang 5) um einen multimorbiden Patienten (mind. drei Grunderkrankungen) handelt und jeweils ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Entweder im Leistungsquartal oder im Vorquartal muss ein persönlicher APK erfolgen. Änderungen im ICD-10-Katalog führen zu Aktualisierungen des Anhangs 5. Die HAUSÄRZTE stimmen einer entsprechenden Anpassung schon jetzt zu.	Max. 2 x 15,00 € / Quartal
Pflegeheimpauschale P5	Versorgung von HZV-Versicherten in Einrichtungen mit Pflegepersonal (insbesondere Pflege- und Altenheime, Beschützte Wohnheime oder Behinderteneinrichtungen) durch den HAUSARZT	P5 ist einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten in Einrichtungen mit Pflegepersonal durch den HAUSARZT abrechenbar, sofern ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK), vorliegt. Die Anschrift der jeweiligen Einrichtung ist in der Vertragssoftware zu dokumentieren. Eine zusätzliche Abrechnung der P5 neben den IVP-Vergütungspositionen PP1, PP2, PP3 innerhalb eines Abrechnungsquartals ist nicht möglich.	50,00 € / Quartal
Zuschlag VERAHmobil	Versorgung von HZV-Versicherten durch eine VERAH/akademische/n nichtärztliche/Gesundheitsberufler:in (a.n. Gesundheitsberufler:in)	Die Pauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal vergütet, sofern durch den Arzt ein VERAHmobil geleast wurde. Grundlage für die Vergütung ist das unterschriebene Meldeformular zur Beantragung des Zuschlags und die Meldung einer angestellten	P6a = 360,00 € / Quartal P6b = 600,00 € /

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
P6a VERAHmobil_Auto P6b VERAHmobil_eAuto P6c VERAHmobil_eBike	und dem Einsatz eines speziellen Fahrzeuges gem. der Definition in Anhang 8 des HZV-Vertrages.	VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in in der Hausarztpraxis. Näheres hierzu regelt der Anhang 8 zu dieser Anlage. Der Zuschlag wird automatisch erzeugt.	Quartal P6c = 150,00 € / Quartal
Palliativmedizinische Betreuung und Koordination P7	Palliativmedizinische Betreuung und Koordination, insbesondere: - Beratung von Angehörigen - telefonische Betreuung - Ausstellen von Verordnungen - etc. Der Patient muss mindestens einmal im Palliativfall persönlich ärztlich behandelt werden.	Die P7 ist max. 1 x pro Abrechnungsquartal und max. 3 Quartale hintereinander durch den HAUSARZT abrechenbar, sofern (1) ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) vorliegt (2) bei dem Patienten eine palliative Erkrankung (ICD-Code Z51.5G i.V.m. Definition Vereinbarung Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V) vorliegt sowie zusätzlich mind. eine kausale (infauste) Erkrankung dokumentiert und übermittelt (ICD-10) wurde. Die P7 ist nicht abrechenbar, wenn der HAUSARZT bzw. ein anderer Arzt innerhalb der HBSNR inkl. NBSNRs des HAUSARZTES für den Patienten Leistungen der SAPV abrechnet.	100 € / Quartal
Palliativmedizinischer Besuch P7a	Palliativmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit, in palliativmedizinischen Einrichtungen (Hospiz) oder im Pflegeheim durch den HAUSARZT oder die VERAH	Die P7a ist max. 1 x am Tag und max. 3 Quartale hintereinander durch den HAUSARZT ab dem 4. persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) innerhalb eines Quartals abrechenbar. (1) Die ersten drei HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakte im Quartal sind mit der P7 abgegolten. (2) Die Telefonberatung der Angehörigen gilt als Leistungstatbestand. Die Abrechnung der P7a durch den „Vertreterarzt“ ist ab dem 1. HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt möglich. (1) Die Telefonberatung der Angehörigen gilt als Leistungstatbestand. Die P7a ist abrechenbar, sofern bei dem Patienten eine palliative Erkrankung (ICD-Code Z51.5G i.V.m. Definition Vereinbarung Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V) vorliegt sowie zusätzlich mind. eine kausale (infauste) Erkrankung dokumentiert und übermittelt (ICD-10) wurde. Die P7a ist nicht abrechenbar, wenn der HAUSARZT bzw. ein anderer Arzt innerhalb der HBSNR inkl. NBSNRs des HAUSARZTES für den Patienten Leistungen der SAPV abrechnet.	Betreuarzt: 15,00 € / Leistung Vertreterarzt: 25,00 € / Leistung
Qualifikationszuschlag Zusatzbezeichnung Palliativmedizin P7b	Zusatzweiterbildung des HAUSARZTES in der Palliativmedizin und Anerkennung der KV	Die P7b wird einmal pro Patient und Quartal als Zuschlag auf die erste vergütete (Vertreterarzt) bzw. dokumentierte (HAUSARZT) P7a bei Nachweis der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin vergütet.	25,00 € / Quartal
Vertreterpauschale	Vollständige hausärztliche Versorgung eines Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen im Vertretungsfall (Behandlung von HZV-Versicherten, die einen anderen HAUSARZT gewählt haben) Der telemedizinische HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) berechtigt nur im Rahmen der organisierten Vertretung (gem. § 5 Abs. 4 g) zur Abrechnung der Vertreterpauschale.	Die Vertreterpauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal für einen bei einem anderen HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Die Vertreterpauschale wird nicht bei Aufsuchen eines anderen Arztes innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. innerhalb eines MVZ ausgelöst.	20,00 € / Quartal
Zuschlag auf die Vertreterpauschale für die Betreuung von HZV-Versicherten in Pflegeeinrichtungen	Versorgung von fremden HZV-Versicherten in Pflegeeinrichtungen durch den HAUSARZT, bei dem der HZV-Patient nicht eingeschrieben ist („Vertreterarzt“)	Der Zuschlag wird zusätzlich zu der Vertreterpauschale vergütet, sofern innerhalb von drei Quartalen ein Arztwechsel auf den Vertreterarzt erfolgt und in jedem dieser Quartale ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) zwischen dem Vertreterarzt und dem Patienten in der Pflegeeinrichtung erfolgt ist.	20,00 € / Quartal

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet.	30,00 € / Quartal
Zuschlag auf die Vertreterpauschale für die palliativmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit, Pflegeheim oder in palliativmedizinischen Einrichtungen (Hospiz)	Palliativmedizinische Versorgung von fremden HZV Versicherten in der Häuslichkeit, im Pflegeheim oder in palliativmedizinischen Einrichtungen (Hospiz) durch den HAUSARZT, bei dem der HZV-Patient nicht eingeschrieben ist („Vertreterarzt“).	Für Versicherte in palliativmedizinischer Behandlung (ICD-Code Z51.5G i.V.m. Definition Vereinbarung Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V und zusätzlich mind. eine kausale (infauste) Erkrankung, die dokumentiert und übermittelt wurde), wird der Zuschlag für max. 3 Quartale in Folge zusätzlich zu der Vertreterpauschale vergütet, unabhängig eines Arztwechsels. Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben. Der Zuschlag auf die Vertreterpauschale für die Betreuung von HZV-Versicherten in Pflegeeinrichtungen kann nicht parallel abgerechnet werden.	45,00 € / Quartal
Versorgungszuschlag bei Beendigung von HAUSÄRZTEN	Versorgung von HZV-Versicherten insbesondere aufgrund - rückwirkender Beendigung des betreuenden HAUSARZTES oder - regulärer Beendigung des betreuenden HAUSARZTES für Patienten im AOK-FacharztProgramm	Der Zuschlag wird max. für 2 Quartale zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern der HZV-Versicherte in diesem Zeitraum auf eine Pseudo-Betreuung eingeschrieben ist, eine Vertreterpauschale abgerechnet wurde und der Versicherte bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, in die HZV eingeschrieben ist. Der Zuschlag auf die Vertreterpauschale wird nur demjenigen HAUSARZT gewährt, den der Versicherte durch erneute Abgabe der Teilnahmeerklärung als neuen HAUSARZT wählt.	20,00 € / Quartal
		Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet.	30,00 € / Quartal
		Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	
Aufnahmepauschale bei Schließung der Betreuerarztpraxis ohne Praxisnachfolge	Versorgung von fremden HZV-Versicherten, deren gewählter HAUSARZT innerhalb der nächsten zwei Quartale ohne Praxisübergabe schließt.	Die Pauschale wird dem Vertreterarzt für max. zwei Quartale zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern der betreuende HAUSARZT seine Praxis innerhalb der nächsten 2 Quartale ohne Praxisübergabe schließt und die Umschreibung bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, wirksam wurde.	20,00 € / Quartal
		Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet.	30,00 € / Quartal
		Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	
PraCMan 56564 Zuschlag für die Behandlung PraCMan –fähiger Patienten	Betreuung von vorausgewählten Patienten mit dem patientenzentrierten Versorgungsangebot „Hausarztpraxis basiertes Case Management“ (PraCMan).	Die PraCMan-Pauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal vergütet, sofern es sich um einen von der AOK im Rahmen eines Patientenansprechens vorausgewählten PraCMan-fähigen Patienten handelt und die Leistung erbracht und abgerechnet wurde. Die Leistung ist vom HAUSARZT zu dokumentieren und kann ausschließlich bei eigenen, in der HZV eingeschriebenen Patienten erbracht werden. Die Voraussetzungen für eine Teilnahme des HAUSARZTES an PraCMan sind in Anhang 10 zur Anlage 12 geregelt. Eine Abrechnung ist nur nach Erfüllung aller dort aufgeführten Teilnahmevoraussetzungen möglich. Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	80,00 € / Quartal
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung	Ein Zielauftrag kann (1) nur für nicht-obligatorische Leistungen gemäß Anhang 1 erteilt werden, und	12,50 € / je Zielauftrag

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		(2) nur sofern diese Leistung in der Praxis des den Zielauftrag erteilenden HAUSARZTES aufgrund fehlender Qualifikation/ Ausstattung nicht erbracht werden kann (z.B. Kleine Chirurgie, Sonografie, Belastungs-EKG) und (3) er medizinisch erforderlich ist. Auf die Zielauftragspauschale entfallen keinerlei Zuschläge. Ein Zielauftrag, der innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ erteilt wird kann nicht abgerechnet werden. Die Zielauftragspauschale und die Vertreterpauschale sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	
Zielauftragspauschale Diabetologie	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung für diabetologisch erkrankte Patienten	Die Zielauftragspauschale Diabetologie (1) kann nur durch DMP-Ärzte der Ebene 2 abgerechnet werden und (2) nur sofern diese Leistung in der Praxis des den Zielauftrag erteilenden HAUSARZTES aufgrund fehlender Qualifikation/ Ausstattung (DMP Ebene 2) nicht erbracht werden kann und (3) sie medizinisch erforderlich ist. Die Zielauftragspauschale Diabetologie kann pro Patient mit einer gesicherten diabetologischen Diagnose gem. ICD-Liste (siehe Anhang 7) 5 x im Quartal abgerechnet werden. Eine Mehrfachabrechnung der Zielauftragspauschale je Zielauftrag ist möglich. Ein persönlicher/ HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben. Auf die Zielauftragspauschale entfallen keinerlei Zuschläge. Ein Zielauftrag, der innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ erteilt wird, kann nicht abgerechnet werden. Die Zielauftragspauschale Diabetologie, die Zielauftragspauschale und die Vertreterpauschale sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar. Änderungen im ICD-10-Katalog führen zur Aktualisierung des Anhangs 7. Die HAUSÄRZTE stimmen einer entsprechenden Anpassung schon jetzt zu.	Max. 5 x 12,50 € / je Zielauftrag Diabetologie
Einzelleistungen			
Zuschläge bei besonderen Leistungen:			
Krebsfrüherkennungsuntersuchung	- Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung - Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	21,00 € / Leistung
	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut bei Frauen und Männern gem. Abschnitt D.II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung sowie apparative Ausstattung mit einem Dermatoskop (ab vollendetem 20. Lebensjahr).	Mit der Abrechnung der Leistung ist zu bestätigen, dass die entsprechende Qualifikation vorliegt und die Untersuchung mithilfe eines Dermatoskops erfolgte. Auffällige bzw. zu beobachtende Befunde sind zu dokumentieren. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.	25,00 € / Leistung

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	Der Patient muss ärztlich behandelt werden.		
	- Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut bei Frauen und Männern gem. Abschnitt D.II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung sowie apparative Ausstattung ohne einem Dermatoskop (ab vollendetem 20. Lebensjahr). - Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	Mit der Abrechnung der Leistung ist zu bestätigen, dass die Untersuchung ohne Hinzuziehen eines Dermatoskops erfolgte. Auffällige bzw. zu beobachtende Befunde sind zu dokumentieren. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht. Eine zusätzliche Abrechnung der Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut mit Dermatoskop ist im gleichen Quartal nicht möglich.	20,00 € / Leistung
DMP	Betreuung gemäß der DMP-Verträge mit der KV Baden-Württemberg	DMP wird für die besondere Betreuung für DMP als Einzelleistung über die HZV abgerechnet und gemäß den DMP-Verträgen der AOK mit der KV vergütet. D.h. nur DMP-Schulungsziffern gemäß Anl. 12, Abschnitt III., Ziffer VII., Abs. 1d können über die KV abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.	Gemäß DMP-Verträgen der AOK
Mitbehandlung von diabetologisch erkrankten Patienten P3a	Mitbehandlung gem. der DMP-Verträge Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 mit der KVBW	Daneben können diabetologisch besonders qualifizierte HAUSÄRZTE gemäß der Ebene 2 des DMP-Vertrages Diabetes Typ 2 bzw. des DMP-Vertrages Diabetes Typ 1 im Fall der Mitbehandlung im Sinne der Schnittstellenbeschreibung der DMP-Anforderungen-Richtlinie eine Pauschale für Patienten, die im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 eingeschrieben sind, zusätzlich abrechnen. Diese P3a-Pauschale ist gesondert in der HZV-Abrechnung zu dokumentieren. Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale Diabetologie ist möglich. Ein persönlicher/ HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	25,00 € / Quartal
Zuschlag Mitbehandlung von diabetologisch erkrankten Patienten P3b	Mitbehandlung gem. der DMP-Verträge Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 mit der KVBW	Zusätzlich zur Pauschale P3a wird diabetologisch besonders qualifizierten HAUSÄRZTEN mit Qualifizierung zur Teilnahme an DMP Diabetes Typ 1 (gem. § 3 DMP DM1-Vereinbarung i.V.m. Anlage 1a zur Strukturqualität) im Fall der Mitbehandlung im Sinne der Schnittstellenbeschreibung der DMP-Anforderungen-Richtlinie für Patienten, die im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 eingeschrieben sind, für den erhöhten Aufwand ein Zuschlag P3b auf die P3a vergütet. Für den Patienten muss eine gesicherte diabetologische Diagnose gem. ICD-Liste vorliegen (vgl. Anhang 7). Ein persönlicher/ HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben. Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale Diabetologie ist möglich. Änderungen im ICD-10-Katalog führen zur Aktualisierung des Anhangs 7. Die HAUSÄRZTE stimmen einer entsprechenden Anpassung schon jetzt zu.	25,00 € / Quartal
Kindervorsorge	Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9 Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	An der HZV teilnehmende und über Anlage 12 abrechnende KINDER-/JUGENDÄRZTE können die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9 für nicht bei ihnen eingeschriebene HZV-Patienten abrechnen. Die Untersuchung durch einen über Anlage	30,00 € / Untersuchung

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		12 abrechnenden KINDER-/JUGENDARZT beinhaltet einen Arztbrief an den HAUSARZT. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	
AOK-Check 18+	Erhebung anamnestischer Daten, motivationale Beratung und Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention gemäß Anhang 9. Aufdeckung von gesundheitsriskantem Lebensstil im Sinne der Primärprävention zur Vermeidung von Folgeerkrankungen durch individuelle Beratung, Motivation und Anleitung. Schwerpunkte der Untersuchungen sind insbesondere: Gewicht, Ernährung, Bewegung, Sucht, chronische Rückenschmerzen, Stress, Depression, kardiovaskuläre Risiken. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	Die Leistung kann nur für Versicherte abgerechnet werden, die - die HZV-Teilnahme beantragt haben, aber noch keine aktiven Teilnehmer sind - bei Leistungserbringung zwischen 18-34 Jahre alt sind - die Leistung kann max. 1-mal pro BAG abgerechnet werden - kommt es zu keiner wirksamen Versichertenteilnahme bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, kann die Pauschale nicht vergütet werden. Wird die Leistung für einen bereits eingeschriebenen Versicherten erbracht, ist sie über die Pauschale P2 abgegolten. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	40 € / einmalig pro Arzt und Versicherten
Pauschale Elektronische Arztvernetzung	Umsetzung der Fachanwendungen zur Elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 14 und Anhang 15 zu Anlage 12	Der Zuschlag wird automatisch einmal im Quartal je LANR ausgezahlt, sofern die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung, sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) vorliegen. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung der HÄVG an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird.	250,00 € / Quartal
TeleScan-Dermatologie 56090	Durchführung und Versand eines dermatologischen Telekonsils gem. Anlage 12 Anhang 14.1	Mit der Abrechnung der Leistung wird bestätigt, dass im Rahmen des Dermatologie-Facharztvertrags der AOK nach SGB V §140a ein Telekonsil durchgeführt wurde. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	20,00 € / Leistung
Zuschläge auf P1			
Sonografie-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT der HÄVG/MEDIVERBUND per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	8,00 € / Versichertenteilnahmejahr
Kleine Chirurgie-Zuschlag	Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT HÄVG/MEDIVERBUND per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	5,00 € / Versichertenteilnahmejahr
Check-up-Zuschlag	Gesundheitsuntersuchung gemäß EBM 01732, gemäß Anlage 2 des HZV-Vertrages jährlich durchführ-	Der Check-up-Zuschlag wird – jeweils einmal pro Kalenderjahr des HAUSARZTES – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HZV-Versicherten (Alter: ab 35 Jahre) die in Anhang 2 näher geregelte Check-up-Quote erreicht. Gilt nicht	2,00 € / Kalenderjahr

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	bar, erweitert um folgende Leistungen: - Bestimmung von Gamma-GT (EBM 32071), Glucose im Serum (EBM 32057), Serum-Kreatinin (EBM 32066 oder 32067) sowie kleines Blutbild inklusive Hämoglobin (EBM 32120) oder zusätzlich Hämoglobin (EBM 32038) - Beratung des Versicherten über Lebensstiländerung und AOK-Gesundheitsangebote ggf. unter Nutzung von ARRIBA, sofern dies medizinisch angezeigt ist. Ggf. inkl. Präventionsempfehlung	für Kinder- und Jugendärzte.	
	Kindervorsorgeuntersuchungen U7, U8, U9, J1	Der Vorsorge-Zuschlag wird – jeweils einmal pro Vertragsteilnahmejahr des HAUSARZTES – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HZV-Versicherten der jeweiligen Altersgruppe die in Anhang 2 näher geregelte Vorsorge-Quote erreicht. Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte.	2,00 € / Vertragsteilnahmejahr
Impf-Zuschlag	Influenza-Impfung gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impf-Ziffer 89111	Der Impf-Zuschlag wird auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HZV-Versicherten (Alter: ab 60 Jahre) die in Anhang 2 näher geregelte Impf-Quote erreicht. Der Impfzuschlag wird je HZV-Versichertem maximal einmal im Kalenderjahr des HAUSARZTES vergütet. Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.	3,00 € / Kalenderjahr
	Zweite MMR (Masern, Mumps, Röteln) gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impfziffer 89301 B.	Der Impf-Zuschlag wird auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HZV-Versicherten der entsprechenden Altersgruppe die in Anhang 2 näher geregelte Impf-Quote erreicht. Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte.	3,00 € / Vertragsteilnahmejahr
Weiterbildungsassistenten-Zuschlag	Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung ^{plus}	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT einen Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung ^{plus} der Universität Heidelberg beschäftigt. Teilen sich mehrere HZV-Ärzte in einer BAG einen Weiterbildungsassistenten, kann der Zuschlag nur auf die P1 eines Arztes, d.h. LANR, erfolgen. Je Arzt bzw. LANR wird maximal ein Zuschlag gewährt.	3,00 € / Versichertenteilnahmejahr
Tympanometrie (Audiometrie als Qualifikation)	Messung der Compliance des Mittelohres unter kontinuierlicher Druckänderung und Messung der ipsilateralen und/oder kontralateralen Stapediusreflexe mit mindestens 4 Prüffrequenzen bei klinischer Indikation (indiziert bei vermuteter Schallleitungsstörung)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per Wartungsbericht Tympanometer erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	3,00 € / Versichertenteilnahmejahr
Zuschlag HÄPPI – Basispauschale	Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anhang 18 zu Anlage 12 II 1-11	Zuschlag HÄPPI Basispauschale wird einmal pro eingeschriebenem HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr auf die P1 vergütet.	20,00 € / Versichertenteilnahmejahr

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	- regelmäßige Prozessevaluation und ggf. Prozessumgestaltung - Teilnahme an HÄPPI-Einsteigerschulung und halbjährliche HÄPPI-Fortbildungen		
Zuschlag HÄPPI-Transformation	Unterstützung für den Aufbau der HÄPPI-Infrastruktur	Zuschlag HÄPPI-Transformation wird in den ersten vier Startquartalen pro eingeschriebenem HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr auf die P1 vergütet, sobald die HÄPPI-Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anhang 18 zu Anlage 12 II 1-11 erfüllt sind.	10,00 € / Versicherten- teilnahmejahr
Zuschlag akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe	Beschäftigung eines Physician Assistant oder vergleichbare (staatlich anerkannte) akademische Qualifikationen nichtärztlicher Gesundheitsberufe	Der Zuschlag wird abhängig vom Stundenumfang entsprechend des Arbeitsvertrages des akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufers wie folgt vergütet: 1 Stelle (ab 38 h pro Woche) 10,00 € auf P1 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) 7,50 € auf P1 0,5 Stelle (ab 19 h pro Woche) 5,00 € auf P1 Der Zuschlag akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe kann nicht parallel zum im HÄPPI-Modul enthaltenen Zuschlag für akademische nichtärztliche Gesundheitsberufe erteilt werden.	10,00 € / Versicherten- teilnahmejahr
Zuschlag akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe im HÄPPI	Beschäftigung eines Physician Assistant oder vergleichbare (staatlich anerkannte) akademische Qualifikationen nichtärztlicher Gesundheitsberufe	Der Zuschlag wird abhängig vom Stundenumfang entsprechend des Arbeitsvertrages des akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufers wie folgt vergütet: 1 Stelle (ab 38 h pro Woche) 10,00 € auf P1 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) 7,50 € auf P1 0,5 Stelle (ab 19 h pro Woche) 5,00 € auf P1 Sofern der Stundenumfang der akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufe insgesamt mehr als 1,5 VZK (Vollzeitkraft) beträgt, erhöht sich der Zuschlag auf 15,00 € je akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberuf: 1 Stelle (ab 38 h pro Woche) 15,00 € auf P1 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) 11,25 € auf P1 0,5 Stelle (ab 19 h pro Woche) 7,50 € auf P1	10,00 € / Versicherten- teilnahmejahr 15,00 € / Versicherten- teilnahmejahr ab mehr als 1,5 VZK
Zuschläge auf P2			
Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Siehe Anhang 3 .	4,50 € / Quartal
Amblyopie-Screening	Berührungsfreie, mitarbeitsunabhängige, simultane Bestimmung, Dokumentation und Beurteilung von Refraktion, Pupillengröße und Pupillenreflexen beider Augen oder alternativ berührungsfreie, mitarbeitsunabhängige, simultane Bestimmung, Dokumentation und Beurteilung des Visus beider Augen	Der Zuschlag wird automatisch auf die P2 aufgeschlagen, sofern der Versicherte am Tag der Leistungserbringung zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr ist. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal, sofern der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt.	4,00 € / Quartal
Zuschläge auf P3			

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
VERAH-Zuschlag	Betreuung chronisch kranker Patienten durch VERAH (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	Der VERAH-Zuschlag wird automatisch auf P3 aufgeschlagen, sobald der HAUSARZT der/demHÄVG/MEDIVERBUND über das Meldeformular mitgeteilt hat, dass mindestens eine MFA/Arzthelferin über eine Qualifikation nach Anhang 4 verfügt und dort näher beschriebene Aufgaben übernimmt.	10,00 € / Quartal
Zuschlag klimaresiliente Versorgung	Umsetzung der klimaresilienten Versorgung gem. Anhang 16 zu Anlage 12 auf Grundlage des Abschnitt 3 § 2 Abs. 6 dieser Anlage.	Der Zuschlag wird automatisch einmal im Kalenderjahr auf P3 aufgeschlagen, sofern der HÄVG der Nachweis des HAUSARZT und eines Teammitglieds zu einer Schulung mit Schwerpunkt „Klima und Gesundheit“ vorliegt. Das Teammitglied muss mit einem Stundenumfang von mind. 19h pro Woche in der Hausarztpraxis angestellt sein.	8,00 € im Kalenderjahr
Sonderzuschläge			
Sonderzuschlag	Befristeter Sonderzuschlag für fachärztliche Leistungen im Rahmen einer Sonderzulassung für die HZV.	Der Sonderzuschlag kann auf P1 oder P2 oder P3 aufgeschlagen werden (im Einzelfall kann auch eine Einzelleistung vereinbart werden), wenn dem HAUSARZT eine befristete Sonderzulassung erteilt wurde. Die Vergütungshöhe wird zwischen den Vertragspartnern konsentiert. HAUSÄRZTE haben keinen Anspruch auf eine Sonderzulassung der Vertragspartner. Neben dem HZV-Leistungsspektrum sind die im Rahmen einer Sonderzulassung vereinbarten fachärztlichen Leistungen im Rahmen der HZV obligatorisch auch in Vertretungsfällen und bei Zielaufträgen anderer HAUSÄRZTE zu erbringen.	Individuelle Vergütungsvereinbarung
Leistungen in Kooperation mit dem Facharztprogramm			
Fallkonferenz Rücken	Eine Fallkonferenz kann erst nach orthopädischer Betreuung und Beratung (gemäß Anhang 5.1 und 5.4 zu Anlage 17 HZV sowie Anhang 1 und Anhang 4 zu Anlage 17 Orthopädievertrag bzw. aktuelle NVL Kreuzschmerz/Patientenleitlinie Kreuzschmerz) insbesondere zur Funktion der Bandscheiben durch den Orthopäden initiiert werden. Im Anhang 5.1 zur Anlage 17 werden die Leistungsinhalte zur Fallkonferenz Rücken konkretisiert.	Die Fallkonferenz Rücken kann einmal innerhalb von max. 4 Quartalen in Folge abgerechnet werden, bei Patienten: (1) die an dem Facharztprogramm teilnehmen (2) mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen, (3) mit Schmerzzuständen von über 12 Wochen oder AU ab oder über 4 Wochen (4) mit Vorliegen einer M.54- Diagnose und einer der drei ICD Codes F62.80, F45.40 oder F45.41 Sollten weitere Fallkonferenzen innerhalb der 4 aufeinander folgenden Quartale erforderlich sein, sind diese durchzuführen (obligatorische Teilnahme) und ebenfalls in der Vergütung von 50 Euro begriffen.	Einmal 50,00 € für vier aufeinanderfolgende Quartale

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 12** gilt zunächst bis zum 30.06.2026. (§ 19 Abs. 2 HZV-Vertrag).

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. Gesamtziffernkranz (Anhang 1)

- (1) Mit der HZV-Vergütung sind für HZV-Versicherte grundsätzlich alle Leistungen von HAUSÄRZTEN bzw. Ärzten der selben BAG/ MVZ abgegolten, die im HZV-Vertrag enthalten sind. Für in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Versicherte sind mit der HZV-Vergütung grundsätzlich alle Leistungen von HAUSÄRZTEN bzw. Ärzten der selben BAG/ MVZ abgegolten, die im AOK-HausarztProgramm oder in einem AOK-FacharztProgramm enthalten sind. HAUSÄRZTE dürfen Leistungen, die im HZV-Vertrag oder einem AOK-FacharztProgramm enthalten sind, für in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Dies gilt für HAUSÄRZTE selbst und für Ärzte der selben BAG/ MVZ. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen. Zur Sonderregelung für Psychotherapie vgl. Ziffer VII. Abs. 3.
- (2) Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie entsprechende Zuschläge bestimmen sich grundsätzlich anhand des „Gesamtziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach ABSCHNITT II werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als nicht-obligatorische Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK und HÄVG/MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des Gesamtziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des HAUSARZTES für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

- (1) Der HAUSARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 12** ab. Damit sind grundsätzlich alle hausärztlichen, von der HZV erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (**Anhang 1**) als obligatorisch gekennzeichneten Ziffern müssen dabei, soweit im Einzelfall medizinisch erforderlich, zwingend vom HAUSARZT als Teil der Pauschalen (ABSCHNITT I) abgerechnet werden. Sie dürfen nicht gesondert gegenüber der KV abgerechnet werden.
- (2) Leistungen, die im Ziffernkranz (**Anhang 1**) als Bestandteil der Pauschale, aber als nicht-obligatorisch gekennzeichnet sind, sind vom HAUSARZT als Bestandteil der Pauschale zu erbringen, sofern er sie nach seiner Qualifikation und/oder Ausstattung selbst erbringen kann. Andernfalls kann, soweit medizinisch erforderlich, ein Zielauftrag bzw. eine Auftragsüberweisung für die Erbringung der jeweiligen Einzelleistung erfolgen.
- (3) Der HAUSARZT muss, soweit medizinisch erforderlich, Leistungen, die ihm in der HZV über die Qualitätszuschläge auf P1 bzw. als Bestandteil der P1 „Kleine Chirurgie“, „Sonografie“ und „Psychosomatik“ vergütet werden, erbringen. Folgende Besonderheiten gelten bei Sonografie (vgl. auch **Anhang 1**):

- a) Der Qualitätszuschlag „Sonografie“ kann bereits abgerechnet werden, wenn der HAUSARZT mindestens die Leistung „Abdominelle Sonografie“ erbringen kann.
- b) HAUSÄRZTE, die Säuglinge einschreiben, müssen bei Vergütung des Qualitätszuschlages „Sonografie“ zusätzlich obligatorisch die Sonografie der Säuglingshüfte vornehmen, soweit medizinisch erforderlich, um den Qualitätszuschlag zu erhalten.

Nur wenn für diese Leistungen kein Qualitätszuschlag vergütet wird, kann, soweit medizinisch erforderlich, ein Zielauftrag bzw. eine Auftragsüberweisung für die Erbringung der jeweiligen Einzelleistung erfolgen.

- (4) Bei dem HAUSARZT, der aufgrund der Rückgabe seiner Kassenzulassung die HZV fristgerecht gemäß § 8 Abs. 3 des HZV-Vertrags kündigt, erfolgt keine rückwirkende Anpassung bzw. Rückforderung des in P1 kalkulatorisch enthaltenen P2-Anteils für HZV-Patienten mit unvollständigem Versichertenteilnahmejahr sofern für den betreffenden HZV-Patienten mindestens ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) erfolgt ist.
- (5) Ein HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) wird wie nachfolgend definiert:
 - a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur hausärztlichen Versorgung des Patienten.
 - b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
 - c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinische APK umfasst auch die Telefonie.
 - d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
 - e) Ein Ausschluss der Delegation nach lit. d ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Jeder persönliche HAUSARZT/Arzt-Patienten-Kontakte (APK) nach Abs. 5 lit. b ist mit der Dokumentationsziffer 0000 zu dokumentieren. Jeder telemedizinische APK nach Abs. 5 lit. c ist mit der Dokumentationsziffer 0000F zu dokumentieren.

- (6) Dem Zuschlag klimaresiliente Versorgung liegt folgende Ausgangslage zugrunde:¹

Klimaveränderungen weisen weltweit negative und komplexe Auswirkungen auf menschliche Lebensumstände und Gesundheit auf, wie auch umgekehrt das menschliche Verhalten die Umwelt und die Gesundheit prägt. Weil der Klimawandel nicht nur ein Umweltphänomen ist, sondern auch gesundheitliche Folgen mit sich bringt, werden ökologische Krisen auch gesundheitliche Krisen. Wenn Maßnahmen umgesetzt werden, die die Gesundheit und Resilienz fördern,

¹ Quellenangaben zu den Grundlagen und Zielen der klimaresilienten Versorgung befinden sich am Ende dieser Anlage.

verstärken sich Klima-, Gesundheits- und ökonomische Ziele gegenseitig („Triple-win-Situation“). Dieser Querschnittsthematik für gemeinsamen Nutzen muss das Gesundheitswesen durch wissenschaftliche Bestandsaufnahme, Strukturentwicklung und Investitionen entsprechen. Die Risiken des Klimawandels und die menschliche Gesundheit können HAUSÄRZTE und das Gesundheitspersonal kommunizieren; durch Aufklärung über Gesundheitsrisiken auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene, hier auch als Basis der haus- und facharztzentrierten Versorgung.

Ziele zur gesundheitlichen Versorgung gemäß allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse sind:

- a) Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren adressieren;
- b) Maßnahmen umsetzen für mehr Gesundheits- und Klimakompetenz;
- c) Die intersektorale und multiprofessionelle Zusammenarbeit stärken;
- d) Biopsychosoziale Verhaltensänderungen zu einem nachhaltigeren, klimaschonenden und gleichzeitig gesundheitsfördernden Lebensstil bewirken. Dazu zählen Lebensstilveränderungen im Bereich Mobilität, Ernährung, Rauchstopp und Prophylaxe unter anderem, weil sie unmittelbar einen Gesundheitsgewinn bewirken. Das gilt für chronische Erkrankungen insbesondere bei Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen und muskuloskelettal; bei Atemwegserkrankungen vor allem in feinstaubbelasteten Regionen; bei Temperaturextremen einschließlich medikamentöser und sonstiger Risikofaktoren; gegen Infektionskrankheiten durch kontinuierlichen Impfschutz gemäß STIKO-Empfehlungen.

III. Abrechnung des HAUSARZTES für die HZV-Versicherten, die einen anderen HAUSARZT gewählt haben

- (1) Bei Vorliegen eines Zielauftrages (Auftragsüberweisung) (vgl. Ziffer II Absatz 2) eines anderen HAUSARZTES kann der HAUSARZT für Leistungen gemäß Ziffer II Absätze 2 und 3 je Zielauftrag für HZV-Versicherte, die den anderen HAUSARZT gewählt haben, die Zielauftragspauschale über die HZV abrechnen (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).
- (2) DMP Diabetes: Für in DMP Diabetes eingeschriebene Diabetiker eines anderen HAUSARZTES, die vom jeweils diabetologisch besonders qualifizierten Arzt diabetologisch behandelt werden, kann die Pauschale P3a abgerechnet werden (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I). Die Abrechnung der Pauschale P3 durch den überweisenden HAUSARZT bleibt davon unberührt.
- (3) Im Vertretungsfall können die Vertreterpauschale und die Einzelleistungen „Krebs-Früherkennung“ über die HZV abgerechnet werden (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).
- (4) Werden Einzelleistungen „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ „DMP“ und „Kindervorsorge“ per Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT erbracht, kann hierfür nur die Einzelleistungsvergütung abgerechnet werden (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I). Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht
- (5) Für P3a ist zusätzlich die Abrechnung der Zielauftragspauschale möglich (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).

- (6) Die Vertragspartner vereinbaren folgende Regelungen bei der Versorgung von HZV-Patienten durch HAUSÄRZTE, bei denen die HZV-Patienten nicht eingeschrieben sind („Vertreterärzte“), in Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 SGB XI mit Wirkung zum 1. Juli 2011:
- a) HAUSÄRZTE, die als Vertreterärzte in Pflegeeinrichtungen HZV-Patienten von anderen HZV-Ärzten versorgen, erhalten einen Zuschlag auf die Vertreterpauschale in Höhe von 20,00 EUR maximal in 3 aufeinander folgenden Quartalen.
 - b) Der Zuschlag wird nur ausgezahlt, wenn ein Arztwechsel auf den Vertreterarzt spätestens zu Beginn des dritten, auf die Abrechnung der Vertreterpauschale folgenden Quartals erfolgt (Beispiel: Behandlung durch den Vertreterarzt am 10. Mai (Q2), späterster Teilnahmebeginn bei dem Vertreterarzt nach dem HZV-Arztwechsel ist der 1. Januar im Folgejahr; der Vertreterarzt kann somit für Quartal 2, 3 und 4 jeweils den Vertreterzuschlag erhalten, sofern jeweils die entsprechenden Voraussetzungen aus ABSCHNITT I vorliegen.)
 - c) Bleibt der HZV-Patient weiterhin bei seinem bisherigen HAUSARZT eingeschrieben, werden die Zuschläge nicht ausgezahlt. Endet die Teilnahme des HZV-Patienten aus einem Grund, den der Vertreterarzt nicht zu verantworten hat – z. B. Tod oder Kündigung der HZV-Teilnahme -, bevor der Wechsel innerhalb von 3 Quartalen durchgeführt werden konnte, bleibt der Anspruch des Vertreterarztes auf den Zuschlag bzw. die Zuschläge bestehen.
 - d) Die Vertreterärzte müssen zur rechtzeitigen Veranlassung eines Arztwechsels eine Online-Prüfung über den Teilnahmestatus HZV vornehmen und eine neue Patienten-Teilnahmeerklärung mit Begründung für den Arztwechsel schnellstmöglich an das Rechenzentrum übermitteln. Das Rechenzentrum leitet die Teilnahmeerklärung an die AOK weiter.

IV. Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ

- (1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse
- a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder
 - b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder
 - c) MVZ untereinander
- zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.
- (2) Für die Angabe und Abrechnung der Qualitätszuschläge „Sonografie“ und „Kleine Chirurgie“ kann das Leistungsspektrum der BAG/des MVZ berücksichtigt werden. Dann sind diese Leistungen obligatorisch als Teil der Zuschläge auf P1 abgegolten (Ziffer II Absatz 3). Werden sie nicht durch den jeweils den Zuschlag abrechnenden HAUSARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.
- (3) Nicht-obligatorische Leistungen gemäß **Anhang 1** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht durch den jeweils

den Zuschlag abrechnenden HAUSARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

- (4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen oder Zielaufträgen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich. Rechnet ein nicht an der HZV teilnehmender Arzt einer BAG/MVZ eine Leistung gem. Anhang 1 (Ziffernkranz) für einen HZV-Versicherten gegenüber der KV ab, obwohl der BAG/MVZ ein HZV-Arzt angehört, auch wenn dieser nicht der betreuende HZV-Arzt dieses HZV-Versicherten ist, so ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

- (1) Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang. So sind insbesondere bei Kleinkindern die Entwicklungsdiagnostik, die altersgemäßen Vorsorgeuntersuchungen oder die Leistungen im Rahmen des DMP Asthma grundsätzlich vom gewählten HAUSARZT gemäß den entsprechenden Richtlinien zu erbringen.
- (2) Dem HAUSARZT steht es frei, einen an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt zur Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung U1-U9 per Zielauftrag einzubinden.
- (3) Der eine Kindervorsorgeuntersuchung auf Zielauftrag durchführende Kinder- und Jugendarzt erstellt für den HAUSARZT einen Arztbrief mit dem Untersuchungsergebnis.
- (4) Die Direktinanspruchnahme von an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten durch HZV-Versicherte (Kinder und Jugendliche) ohne Zielauftrag ist möglich. Für diesen Fall gelten die Vergütungs- und Behandlungsregeln der Vertreterpauschale analog.

VI. Impfleistungen

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der AOK Baden-Württemberg und der KV geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der Abrechnung zu dokumentieren.

VII. Sonderfälle

- (1) Zusätzlich zur HZV-Vergütung darf ein HAUSARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM bzw. DMP-Vereinbarungen im Einzelfall folgende Leistungen für HZV-Versicherte, die nicht in das AOK-FacharztProgramm eingeschrieben sind, über die KV abrechnen:
 - a) Allergologie (30121);
 - b) Methadon (01950-01952);
 - c) Fachärztliche Leistungen im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung;
 - d) DMP-Schulungen
 - e) Onkologie (01510-01512, 02101)

- f) Phlebologie (30500-30501)
 - g) Proktologie (30600-30601, 30610-30611)
 - h) Psychotherapie (35130-35131, 35140-35142)
 - i) HIV-Betreuung (30920, 30922, 30924)
- (2) Für Versicherte, die nicht nur im HZV-Vertrag, sondern zusätzlich in das AOK-FacharztProgramm eingeschrieben sind, dürfen vom HAUSARZT oder einem Arzt der selben Praxis (BAG/ MVZ) zusätzlich zur HZV-Vergütung nur solche Leistungen mit der KV abgerechnet werden, die nicht in einem AOK-FacharztProgramm enthalten sind (vgl. Gesamtziffernkranz, Anhang 1 zu Anlage 12).
- (3) HAUSÄRZTE, die über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen, können vom Beirat des 140a-Vertrages Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zur Erbringung von psychotherapeutischen Leistungen über dieses Programm zugelassen werden.
- (4) Neben der jeweiligen Einzelleistung nach Absatz 1 lit. a) bis i) ist kein Leistungskomplex bzw. keine Grundpauschale über die KV abzurechnen.
- (5) Für Versicherte, die zusätzlich in das AOK-FacharztProgramm eingeschrieben sind, gelten die Bestimmungen des Gesamtziffernkranzes, (vgl. Anhang 1 zu Anlage 12).
- (6) Nimmt ein HAUSARZT gleichzeitig an einem oder mehreren Verträgen des AOK-FacharztProgramms, mit Ausnahme des Psychotherapie-Moduls im PNP-Vertrag, teil, kann für überwiesene HZV-Versicherte keine Vertreterpauschale nach diesem VERTRAG abgerechnet werden, sofern der HAUSARZT den Patienten am gleichen Tag über das AOK-FacharztProgramm abrechnet. Die MANAGEMENTGESELLSCHAFT kürzt nach Erhalt der entsprechenden Abrechnungsinformationen durch die AOK die Rechnung.

VIII. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73 b Abs. 7 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem HAUSARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabbrechnung den gegenüber der KV von dem HAUSARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern nicht der HAUSARZT nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist insoweit zur Aufrechnung gegenüber HZV-Vergütungsansprüchen des HAUSARZTES berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (2) Für den bei einer Doppelabbrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HAUSARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die

HÄVG/MEDIVERBUND ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die HZV-Vergütung berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die HÄVG/MEDIVERBUND der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

- (3) Für den bei einer Fehlabrechnung gemäß § 19b Abs. 5 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HAUSARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die HÄVG/MEDIVERBUND ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die HZV-Vergütung berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die HÄVG/MEDIVERBUND der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

IX.

Nicht besetzt

X. Sonderzuschläge

- a) Die Vertragspartner können einvernehmlich aus Gründen der Sicherstellung und Wirtschaftlichkeit auf Antrag einzelner HAUSÄRZTE befristete Sonderzulassungen erteilen, die das Erbringen fachärztlicher Leistungen durch einzelne HAUSÄRZTE vorsehen, wenn diese die Qualifikation für die Leistung nachweisen können und keine fachärztliche Teil- bzw. Zulassung durch den Zulassungsausschuss haben und diese Leistungen nicht über die Regelversorgung abgerechnet werden können sowie ein Engpass in der regionalen Versorgung vorliegt.
- b) Die Vergütung erfolgt als Strukturzuschlag – je nach Teilgebiet und vereinbartem Leistungsspektrum –, auf P1 oder P2 oder P3 oder als zu vereinbarende Einzelleistung.
- c) HAUSÄRZTE haben keinen Anspruch auf eine Sonderzulassung innerhalb der HZV.

ABSCHNITT IV: Abrechnungsverfahren

I. Abrechnung der HZV-Vergütung durch die HÄVG/MEDIVERBUND

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND sind zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser Anlage 12 verpflichtet. Das hierzu eingesetzte Rechenzentrum („Rechenzentrum“) ist derzeit:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Edmund - Rumpler - Straße 2

51149 Köln

Service-Hotline: 02203 5756 1111

Fax: 02203 57561110

- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes für eine Pauschale nach dem vorstehenden ABSCHNITT I gegebenenfalls bereits durch einen persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK), bei jedem persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) bezogen auf HZV-Versicherte alle Diagnosen gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit Zusatzkennzeichen und unter Auswahl des spezifischen ICD-10-Codes in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des BfArM – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – über die Vertragssoftware zu übermitteln bzw. ab entsprechender Änderung gemäß § 26 Abs. 1 des Vertrages die ICPC-Diagnoseziffer und das Leistungsdatum zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.
- (3) Der HAUSARZT ist verpflichtet, innerhalb von 5 Arbeitstagen (Zugang bei der HÄVG/MEDIVERBUND) vor Übermittlung der HZV-Abrechnung Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (4) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem HAUSARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden.
- (5) Die HÄVG/MEDIVERBUND werden unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den HAUSARZT auf den HZV-Vergütungsanspruch leisten.

II. Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND

- (1) Der HAUSARZT ist verpflichtet, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes für eine Pauschale nach dem vorstehenden ABSCHNITT I gegebenenfalls bereits durch einen persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK), bei jedem persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) bezogen auf HZV-Versicherte alle Diagnosen gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit Zusatzkennzeichen und unter Auswahl des spezifischen ICD-10-Codes in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des BfArM – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – über die Vertragssoftware zu übermitteln bzw. ab entsprechender Änderung gemäß § 26 Abs. 1 des Vertrages die ICPC-Diagnoseziffer und das Leistungsdatum zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, innerhalb von 5 Arbeitstagen (Zugang bei der HÄVG/MEDIVERBUND) vor Übermittlung der HZV-Abrechnung Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem HAUSARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat

eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden.

- (4) Die HÄVG/MEDIVERBUND wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den HAUSARZT auf den HZV-Vergütungsanspruch leisten.
- (5) Bei der Abrechnung wird sich des in Abschnitt IV, Ziffer I dieser **Anlage 12** benannten Rechenzentrums bedient.

III. Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die HÄVG/ MEDIVERBUND sind gegenüber der AOK verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die HÄVG/MEDIVERBUND ermitteln für jeden HAUSARZT die folgenden abrechnungsrelevanten Kriterien:
 - a) Check-up-Quote;
 - b) Impf-Quote;
 - c) Erfüllung der Voraussetzung für den Zuschlag „Rationale Pharmakotherapie“.
- (3) Die HÄVG/MEDIVERBUND übersendet der AOK nach ihrer Prüfung gemäß dem vorstehenden Absatz eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der HZV-Abrechnung des HAUSARZTES zur Prüfung. Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung in Abschnitt IV, wird sich des in Ziffer I dieser Anlage 12 genannten Rechenzentrums bedient (§ 295 a Abs.2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HZV-Vergütung einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen aus.
- (4) Die AOK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**AOK-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die AOK der Auffassung, dass die ihr von der HÄVG/MEDIVERBUND übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der HÄVG/MEDIVERBUND schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Rüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge. Die AOK informiert die HÄVG/MEDIVERBUND über die Erhebung von Abrechnungsrügen und damit verbundene Verzögerungen im Rahmen der Abrechnung.
 - a) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der AOK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. Die AOK erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK-Abrechnung gilt als abgestimmte AOK-Abrechnung („**abgestimmte AOK-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen wird die AOK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.

- b) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen von der HÄVG/MEDIVERBUND eine Rechnung.
- c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die HÄVG/MEDIVERBUND die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersenden sie der AOK unverzüglich eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte AOK-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.
- (5) Die AOK hat die Zahlung auf das von der HÄVG/MEDIVERBUND gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der HÄVG/MEDIVERBUND bleibt unberührt.
- (6) Die AOK leistet jeweils zum ersten Kalendertag des Monats, beginnend ab dem 1. November 2008, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 15,50 EUR pro HZV-Versicherten zur Herstellung der für die Abrechnung durch die HÄVG/MEDIVERBUND erforderlichen Liquidität auf das Abrechnungskonto. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 5 entsprechend.
- (7) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die HÄVG/MEDIVERBUND vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“). Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die HÄVG/MEDIVERBUND Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der HÄVG/MEDIVERBUND.
- (8) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die HÄVG/MEDIVERBUND den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die HÄVG/MEDIVERBUND.
- (9) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 7 und 8 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

ABSCHNITT V: Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12**:

Anhang 1 zu Anlage 12: Gesamtziffernkranz AOK Baden-Württemberg, Verträge nach §§73b und c sowie § 140a SGB V

Anhang 2 zu Anlage 12: Check-up-/ Kindervorsorge und Impf-Quoten

Anhang 3 zu Anlage 12: Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag

Anhang 4 zu Anlage 12: VERAH-Zuschlag

Anhang 5 zu Anlage 12: Krankheitsgruppen Multimorbidität (Pauschale P4)

Anhang 6 zu Anlage 12: Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung in der HZV

Anhang 7 zu Anlage 12: ICD-Liste Diabetologie ZAP Diabetologie/ P3b

Anhang 8 zu Anlage 12: VERAH*mobil*

Anhang 9 zu Anlage 12: AOK-Check 18+

Anhang 10 zu Anlage 12: PraCMan

Anhang 10a zu Anlage 12: Erweiterung des CareCockpits um ein Modul zum Telefonmonitoring von Patienten mit COVID-19 in der Häuslichkeit

Anhang 11 zu Anlage 12: entfällt

Anhang 12 zu Anlage 12: entfällt

Anhang 13 zu Anlage 12: entfällt

Anhang 14 zu Anlage 12: ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Anhang 14.1 zu Anlage 12: TeleScan-Dermatologie

Anhang 15 zu Anlage 12: Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG: unbesetzt

Anhang 16 zu Anlage 12: Klimaresiliente Versorgung; Quellen zu Grundlagen und Zielen der klimaresilienten Versorgung gemäß Abschnitt 3 § 2 Abs. 6 dieser Anlage:

- Versorgungs-Report Klima und Gesundheit, MWV WIdO wido.de mwv-open.de 2021 <https://wido.de> klima-und-gesundheit
- Klimawandel und Gesundheit Übersicht Robert Koch-Institut <https://www.rki.de>
- Gutachten Sachverständigenrat 2000 - 2023 <https://www.svr-gesundheit.de>
- Health at a Glance <https://www.oecd.org/>
- Umweltbundesamt (Hrsg.) Klimawandel und Gesundheit <https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/klimawandel-gesundheit>

Anhang 17 zu Anlage 12: Pilotprojekt zur Prävention in der HZV „AOK-MehrVomLeben“

Anhang 18 zu Anlage 12: HÄPPI

Check-up- und Impf-Quote

ABSCHNITT I: Check-up*

- (1) Ziel der Vertragspartner ist es, eine „Check-up-Quote“ jedes HAUSARZTES von 50 % der bei ihm eingeschriebenen HZV-Versicherten ab einschließlich 35 Jahren zu erreichen.
- (2) Der Zuschlag "Check-up-Quote" auf P1 erfolgt anteilig pro Quartal, wenn für mindestens 25 % der bei dem HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten ab 35 Jahren ein erweiterter Check-up durchgeführt und in der Vertragssoftware dokumentiert wurde.
- (3) Die Berechnung der individuellen Check-up-Quote des HAUSARZTES erfolgt kalenderjahrbezogen und wird am Ende des 4. Quartals für das vorherige Kalenderjahr ermittelt. Dabei wird maximal ein Check-up je HZV-Versicherter pro Kalenderjahr des HAUSARZTES berücksichtigt. Für die Berechnung der Check-up-Quote des individuellen HAUSARZTES wird der Quotient aus der Check-up-Anzahl von HZV-Versicherten (ab einschl. 35 Jahren) in den Quartalen, in denen mindestens ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist¹, und der Summe der Anzahl der beim HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten ab 35 Jahren gebildet. Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um einen Prozentsatz zu ermitteln:

Anzahl erbrachte Check-Up Leistungen¹ im Kalenderjahr²

Summe der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten je Quartal¹: Anzahl der Quartale, in dem mind. ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist

X 100 = Check-up-Quote

¹ größer/gleich vollendetes 35. Lebensjahr

² Für unvollständige Kalenderjahre, d.h. nicht für alle Quartale gibt es eingeschriebene Versicherte, wird der Zuschlag anteilig jeweils um 0,50 EUR pro Quartal gekürzt.

- (4) Erreichen mehr als 60 % der HAUSÄRZTE die gemäß Absatz 2 bestimmte Check-up-Quote von 25 % zum 1. Oktober 2009, kann die Check-up-Quote um bis zu 5 Prozentpunkte angehoben werden. Wird der Anteil von 60 % der HAUSÄRZTE zu diesem Zeitpunkt nicht erreicht, wird die Check-up-Quote zum 1. Oktober 2010 erneut überprüft und kann bei Erreichen des Anteils von HAUSÄRZTEN von 60 % in diesem Jahr um bis zu 5 Prozentpunkte angehoben werden. Das Verfahren nach den vorstehenden Sätzen 1 und 2 wird jeweils mit einer möglichen Überprüfung zum 1. Oktober eines Jahres und einer dann möglichen Anhebung um bis zu 5 Prozentpunkte wiederholt, bis zu einer maximalen Anhebung der Check-up-Quote auf 50 % (Ziel der Vertragspartner gemäß Absatz 1).

Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.

ABSCHNITT II: Impf-Quote*

- (1) Ziel der Vertragspartner ist es, eine Gripeschutz-Impf-Quote jedes HAUSARZTES von 75 % der bei ihm eingeschriebenen HZV-Versicherten ab einschließlich 60 Jahren zu erreichen.
- (2) Der Zuschlag "Impf-Quote" auf P1 erfolgt anteilig pro Quartal, wenn für mindestens 55 % der beim HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten ab 60 Jahren eine Gripeschutzimpfung durchgeführt wurde.
- (3) Die Berechnung der individuellen Impf-Quote des HAUSARZTES erfolgt kalenderjahrbezogen und wird am Ende des 4. Quartals für das vorherige Kalenderjahr ermittelt. Für die Berechnung der Quote wird der Quotient aus den durchgeführten Impfungen in den Quartalen, in denen mindestens ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist¹, und der Summe der Anzahl der beim HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten ab einschl. 60 Jahren gebildet. Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um einen Prozentsatz zu ermitteln:

Anzahl erbrachte Impfleistungen¹ im Kalenderjahr²

Summe der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten je Quartal¹ : Anzahl der Quartale, in dem mind. ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist

X 100 = Impf-Quote

¹ größer/gleich vollendetes 60. Lebensjahr

² Für unvollständige Kalenderjahre, d.h. nicht für alle Quartale gibt es eingeschriebene Versicherte, wird der Zuschlag anteilig jeweils um 0,75 EUR pro Quartal gekürzt.

- (4) Erreichen mehr als 60 % der HAUSÄRZTE die gemäß Absatz 2 bestimmte Impf-Quote von 55 % zum 1. Oktober 2009, kann die Impf-Quote um bis zu 5 Prozentpunkte angehoben werden. Wird der Anteil von 55 % der HAUSÄRZTE zu diesem Zeitpunkt nicht erreicht, wird die Impf-Quote zum 1. Oktober 2010 erneut überprüft und kann bei Erreichen des Anteils von HAUSÄRZTEN von 55 % in diesem Jahr um bis zu 5 Prozentpunkte angehoben werden. Das Verfahren nach den vorstehenden Sätzen 1 und 2 wird jeweils mit einer möglichen Überprüfung zum 1. Oktober eines Jahres und einer dann möglichen Anhebung um bis zu 5 Prozentpunkte wiederholt, bis zu einer maximalen Anhebung der Impf-Quote auf 75 % (Ziel der Vertragspartner gemäß Absatz 1).

* Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.

ABSCHNITT III: Vorsorgequote Pädiatrie**

- (1) Ziel der Vertragspartner ist es, die Quote der durchgeführten Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen jedes teilnehmenden HAUSARZTES gemäß Absatz 2 zu erhöhen.
- (2) Der Zuschlag „Vorsorgequote Pädiatrie“ auf P1 erfolgt, wenn für mindestens 95% der bei einem HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten die Vorsorgeuntersuchungen U7, U8, U9 und für mindestens 70 % die J1-Untersuchung im jeweils vorgesehenen Alter durchgeführt und in der Vertragssoftware dokumentiert wurden.
- (3) Die Berechnung der individuellen Vorsorgequote Pädiatrie des HAUSARZTES erfolgt kalenderjahrbezogen und wird am Ende des 4. Quartals für das zurückliegende Kalenderjahr ermittelt. Für die Berechnung der Quote wird der Quotient aus den durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen in den Quartalen, in denen mindestens ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist und der Summe der Anzahl der beim HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten, die im betrachteten Zeitraum im entsprechenden Lebensalter waren, gebildet. Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um einen Prozentsatz zu ermitteln:

Quote U7 (20. – 27. Monat) =

$$\frac{\text{Anzahl erbrachte U7-Leistungen}^2 \text{ im Kalenderjahr}^1}{\text{Summe der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten je Quartal}^2: \text{Anzahl der Quartale, in dem mind. ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist}} \times 100 =$$

¹ Für unvollständige Kalenderjahre, d.h. nicht für alle Quartale gibt es eingeschriebene Versicherte, wird der Zuschlag anteilig jeweils um 0,50 EUR pro Quartal gekürzt.

² Versicherte zwischen dem 20. – 27. Lebensmonat

und

Quote U8 (43. – 50. Monat) =

$$\frac{\text{Anzahl erbrachte U8-Leistungen}^2 \text{ im Kalenderjahr}^1}{\text{Summe der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten je Quartal}^2: \text{Anzahl der Quartale, in dem mind. ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist}} \times 100 =$$

¹ Für unvollständige Kalenderjahre, d.h. nicht für alle Quartale gibt es eingeschriebene Versicherte, wird der Zuschlag anteilig jeweils um 0,50 EUR pro Quartal gekürzt.

² Versicherte zwischen dem 43. - 50. Lebensmonat

und

Quote U9 (58. – 66. Monat) =

$$\frac{\text{Anzahl erbrachte U9-Leistungen}^2 \text{ im Kalenderjahr}^1}{\text{Summe der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten je Quartal}^2: \text{Anzahl der Quartale, in dem mind. ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist}} \times 100 =$$

¹ Für unvollständige Kalenderjahre, d.h. nicht für alle Quartale gibt es eingeschriebene Versicherte, wird der Zuschlag anteilig jeweils um 0,50 EUR pro Quartal gekürzt.

² Versicherte zwischen dem 58. – 66. Lebensmonat

und

Quote J 1 (13. – 15. Lebensjahr) =

$$\frac{\text{Anzahl erbrachte J1-Leistungen}^2 \text{ im Kalenderjahr}^1}{\text{Summe der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten je Quartal}^2: \text{Anzahl der Quartale, in dem mind. ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist}} \times 100 =$$

¹ Für unvollständige Kalenderjahre, d.h. nicht für alle Quartale gibt es eingeschriebene Versicherte, wird der Zuschlag anteilig jeweils um 0,50 EUR pro Quartal gekürzt.

² Versicherte zwischen dem 13. – 15. Lebensjahr

- (4) Erreichen mehr als 60 % der HAUSÄRZTE die gemäß Absatz 2 bestimmte Vorsorgequoten von 95 bzw. 70 %, kann die Quote um bis zu 5 Prozentpunkte angehoben werden. Das Verfahren nach den vorstehenden Sätzen 1 und 2 wird jeweils mit einer möglichen Überprüfung zum 1. Oktober eines Jahres und einer dann möglichen Anhebung um bis zu 5 Prozentpunkte wiederholt, bis zu einer maximalen Anhebung der Vorsorgequote auf 75 % (Ziel der Vertragspartner gemäß Absatz 1).

ABSCHNITT IV: Impfquote Pädiatrie**

- (1) Ziel der Vertragspartner ist es, den Durchimpfungsgrad bei der Masern-Mumps-Röteln-Impfung jedes teilnehmenden HAUSARZTES gemäß Absatz 2 zu erhöhen.
- (2) Der Zuschlag „Impfquote Pädiatrie“ auf P1 erfolgt, wenn für mindestens 90% der bei einem HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten die Folgeimpfung MMR (Masern, Mumps, Röteln) bis zum zweiten Lebensjahr durchgeführt und in der Vertragssoftware dokumentiert wurde.
- (3) Die Berechnung der individuellen Impfquote Pädiatrie des HAUSARZTES erfolgt kalenderjahrbezogen und wird am Ende des 4. Quartals für das zurückliegende Kalenderjahr ermittelt. Für die Berechnung der Quote wird der Quotient aus den durchgeführten Impfungen in den Quartalen, in denen mindestens ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist und der Summe der Anzahl der beim HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten, die im betrachteten Zeitraum das 2. Lebensjahr vollendet haben, gebildet. Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um einen Prozentsatz zu ermitteln:

Anzahl erbrachte MMR-Impfleistungen¹ im Kalenderjahr²

Summe der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten je Quartal¹: Anzahl der Quartale,
in dem mind. ein Versicherter beim Arzt eingeschrieben ist

— X 100 = Impf-Quote

¹ größer vollendetes 1. Lebensjahr und kleiner/gleich vollendetes 2. Lebensjahr

² Für unvollständige Kalenderjahre, d.h. nicht für alle Quartale gibt es eingeschriebene Versicherte, wird der Zuschlag anteilig jeweils um 0,75 EUR pro Quartal gekürzt.

- (4) Erreichen mehr als 60 % der HAUSÄRZTE die gemäß Absatz 2 bestimmte Impf-Quote von 90 % zum 1. Oktober 2009, kann die Impf-Quote um bis zu 5 Prozentpunkte angehoben werden. Wird der Anteil von 60 % der HAUSÄRZTE zu diesem Zeitpunkt nicht erreicht, wird die Impf-Quote zum 1. Oktober 2010 erneut überprüft und kann bei Erreichen des Anteils von 60 % der HAUSÄRZTE von 90 % in diesem Jahr um bis zu 5 Prozentpunkte angehoben werden. Das Verfahren nach den vorstehenden Sätzen 1 und 2 wird jeweils mit einer möglichen Überprüfung zum 1. Oktober eines Jahres und einer dann möglichen Anhebung um bis zu 5 Prozentpunkte wiederholt, bis zu einer maximalen Anhebung der Impf-Quote auf 95 %.

** Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte mit den Fachgruppenschlüsseln 34 bis 47.

ABSCHNITT IV: Dokumentation

Die Dokumentation der durchgeführten Check-ups und Impfungen erfolgt inkl. Leistungsdatum als Teil der HZV-Abrechnung in der von dem HAUSARZT genutzten Vertragssoftware.

Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware

Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt voll gewahrt. Der HAUSARZT soll auch weiterhin für alle Patienten eine unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimittel durchführen. Die Vertragssoftware (vgl. **Anlage 3 und Anlage 10**) gibt ihm dabei aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Die Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, insbesondere des niedergelassenen hausärztlichen Bereichs, Apothekern der AOK sowie Vertretern des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg und MEDI e.V. auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Zudem wird die rationale Pharmakotherapie im Rahmen der HZV durch Qualitätszirkel unterstützt und fortentwickelt (vgl. **Anlage 2**). Die in den Qualitätszirkeln gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen werden bei der Weiterentwicklung des Zuschlags Rationale Pharmakotherapie berücksichtigt.

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von max. 4,50 € pro Quartal auf die Pauschale P2 ausgezahlt wird, können von der AOK und HÄVG/MEDIVERBUND einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt auch die Auswertung der Quoten jeweils taggleich auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen. Abweichend von den durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V erlassenen Richtlinien, sind in der Software farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese dienen dazu, den Arzt bei einem wirtschaftlichen Verordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind:

1. Patentfreie Arzneimittel, für die die AOK im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (= **Rabatt-Grün**)
2. Grün berechnete Arzneimittel. Sie haben keine Auswirkung auf die Quote.

Blau hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Orange hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch Arzneimittel substituiert werden können, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (Blau hinterlegt).

Rot hinterlegt sind:

Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

Nicht farblich hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem HAUSARZT wird empfohlen im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen den Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.

Verordnungen von grün hinterlegten Arzneimitteln sollen bevorzugt werden.

Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von max. 4,50 € wird aufgeteilt auf:

- 1.1 einen Zuschlag Rot 1 (2,50 €) oder,
- 1.2 einen Zuschlag Rot 2 (1,50 €)
- 2.1 einen Zuschlag Rabatt-Grün 1 (1,50 €) oder
- 2.2 einen Zuschlag Rabatt-Grün 2 (1,00 €) oder
- 2.3 einen Zuschlag Rabatt-Grün 3 (Nec-aut-idem 1,00 €)
3. einen Zuschlag Blau (0,50 €)

Die einzelnen Indikatoren werden für die Zuschlagsmodelle wie folgt berechnet:

Indikator	Zähler	Nenner
Rot 1+2	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind.	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln mit Wirkstoffen, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden.
Rabatt-Grün 1+2	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind.	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Rabatt-Grün 3 <i>Nec-aut-idem</i>	Anzahl der Verordnungen von nicht rabattierten Arzneimitteln aus ausgeschriebenen Wirkstoffen, bei denen der Arzt grundsätzlich den Austausch in der Apotheke durch Setzen des Kreuzes im Aut-idem-Feld des Rezeptformulars ausschließt <i>(Kennzeichnung nur in der Vertragssoftware zulässig).</i>	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne <i>Rabattvertrag</i> .
Blau	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die blau markiert sind.	Anzahl der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag.

Ausgelöst werden die Zuschläge auf abrechnungsfähige P2, wenn folgende Schwellenwerte in dem jeweiligen Abrechnungsquartal erreicht werden:

Zuschlagsmodell Rot		
Indikator	Schwellenwert	Zuschlag
Rot 1	<= 3%	2,50 €
Rot 2	> 3% und <=6%	1,50 €
Zuschlagsmodell Grün		
Indikator	Schwellenwert	Zuschlag
Rabatt-Grün 1	>= 90%	1,50 €
Rabatt-Grün 2	>= 80% und <90%	1,00 €
Rabatt-Grün 3 Nec-aut-idem	<= 5% und Rabatt-Grün <80%	1, 00 €
Zuschlagsmodell Blau		
Indikator	Schwellenwert	Zuschlag
Blau	>= 70%	0,50 €

Es wird *entweder* der Zuschlag Rabatt-Grün 1 *oder* der Zuschlag Rabatt-Grün 2 ausgelöst. Wurde einer dieser Zuschläge Rabatt-Grün ausgelöst, ist eine parallele Auslösung des Zuschlags Rabatt-Grün 3 (Nec-aut-idem) nicht zulässig.

Des Weiteren wird ebenfalls *entweder* der Zuschlag Rot 1 *oder* der Zuschlag Rot 2 ausgelöst. Eine parallele Auslösung beider Zuschläge in der gleichen Abrechnung ist nicht möglich.

Wird der Zuschlag auf Grund von Nachreichungen nachträglich nicht mehr erreicht oder wird die P2 storniert, wird auch der entsprechende Zuschlag storniert.

Gemäß § 5 Abs. 6 des Vertrages ist der HAUSARZT dazu verpflichtet, Verordnungen über die Vertragssoftware auszustellen und an HÄVG/MEDIVERBUND zu übertragen. HÄVG/MEDIVERBUND prüfen daher im Rahmen der Zuschlagsermittlung, ob diese vertragliche Verpflichtung eingehalten wird. Dazu haben die Vertragspartner mit Wirkung ab Q3/2013 ein Verfahren vereinbart, das die Anzahl der über die Vertragssoftware übermittelten verordneten Packungen mit der Anzahl der aus den Apothekenabgabedaten ermittelten abgegebenen Packungen abgleicht. Die dazu notwendigen Daten stellt die AOK der HÄVG/MEDIVERBUND um ein Quartal zeitversetzt zur Verfügung. Im Quartal, das auf das Abrechnungsquartal folgt, werden unter Berücksichtigung von ggf. Verordnungs-Nachreichungen durch den HAUSARZT die Anzahl der verordneten Packungen im Abrechnungsquartal mit den abgegebenen Packungen im Abrechnungsquartal verglichen. Bei einer Abweichung < 10 % (Anzahl verordnete Packungen < Anzahl abgegebene Packungen) bzw. < 20 % (Anzahl verordnete Packungen > Anzahl abgegebene Packungen) bleiben die im Abrechnungsquartal vergüteten Zuschläge für den HAUSARZT

unverändert bestehen. Bei einer Abweichung ab 10 % bzw. 20% werden für das Abrechnungsquartal vergütete Zuschläge mit der jeweils aktuellen Abrechnung verrechnet bzw. zurückgefordert. Sollten durch weitere Nachreichungen von Verordnungsdaten durch den HAUSARZT die Abweichungen wieder unter den definierten Schwellenwert fallen, werden die Zuschläge für das betreffende Abrechnungsquartal rückwirkend wieder vergütet und umgekehrt. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass durch dieses Verfahren unrechtmäßige Zuschlagsvergütungen für Fälle, in denen eine nicht rational nachvollziehbare Diskrepanz zwischen Verordnungs- und Abgabedaten vorliegen, vermindert werden.

Für HAUSÄRZTE, die die Verordnungsdaten mittels Vertragssoftware gemäß Anlage 3 für HZV-Versicherte für das Abrechnungsquartal gemäß der Fristen nach § 19a entsprechend dem oben beschriebenen Datenabgleich vollständig an die HÄVG/MEDIVERBUND übermittelt und zugleich im betreffenden Abrechnungsquartal den höchsten Bonus (4,50 EUR pro Quartal) erreicht haben, kann die Herausnahme ihrer für das jeweilige Abrechnungsquartal erstellten Verordnungen aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V (Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfung) erfolgen. Die Regelung beginnt zum 1. Januar 2014. Die Voraussetzungen werden für jedes Abrechnungsquartal erneut geprüft. HZV-Ärzte, die von dieser Regelung keinen Gebrauch machen wollen, teilen ihren Verzicht bis spätestens 21 Tage vor Beginn des entsprechenden Abrechnungsquartals der HÄVG/MEDIVERBUND mit (Beispiel: Meldung über Verzicht auf Teilnahme an dieser Regelung bis 10. Dezember 2013, damit keine Berücksichtigung ab 01. Januar 2014 erfolgt). Die Verzichtserklärung gilt so lange, bis sie vom HZV-Arzt zurückgezogen wird. Eine Berücksichtigung im Sinne dieser Regelung wird dann zum technisch nächstmöglichen Quartal stattfinden, i.d.R. das Folgequartal. HÄVG/MEDIVERBUND leiten die Verzichtserklärungen bzw. deren Rücknahme unverzüglich an die AOK weiter.

VERAH-Zuschlag

Die Managementgesellschaft wird im Rahmen dieses Anhangs 4 zur Anlage 12 als Dienstleistungsgesellschaft für den Hausärzteverband und MEDI e.V. tätig.

- (1) Beschäftigt der Hausarzt mindestens eine(n) Medizinische(n) Fachangestellte(n) (MFA)/Arzthelfer(in) mit der Qualifikation „Versorgungsassistent(in) in der Hausarztpraxis“ (VERAH®) oder für den in lit. b) geregelten Übergangszeitraum auch einer sonstigen, durch Ergänzung dieses Anhangs zugelassenen Qualifikation („Versorgungsassistentin“), kann der VERAH-Zuschlag auf P3 nach Maßgabe der folgenden Voraussetzungen vergütet werden. Der Hausarzt stimmt einer solchen Ergänzung bereits jetzt zu:
 - a) Beschäftigung mindestens einer Versorgungsassistentin (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung). Die Vertragspartner gehen davon aus, dass eine vollzeitbeschäftigte Versorgungsassistentin maximal 750 chronisch kranke Patienten im Quartalsdurchschnitt eines Jahres betreuen kann.
 - b) Nachweis der Qualifikation der Versorgungsassistentin in Form eines VERAH-Zertifikates des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IhF) an die HÄVG; andere als zuschlagsbegründend zugelassene Qualifikationen sind mit Bestandsschutz bis 31.12.2010 geeignet, den VERAH-Zuschlag nach diesem Anhang 4 zu Anlage 3 zu begründen; zum 01.01.2011 ist ausschließlich das VERAH-Zertifikat des IhF zuschlagsbegründend.
 - c) Übernahme besonderer Leistungen gemäß der im folgenden Absatz 2 definierten Aufgabenliste.
- (2) Zu den besonderen Leistungen der Versorgungsassistentin gehört insbesondere die Betreuung chronisch kranker HZV-Versicherter durch ein interdisziplinäres, niederschwelliges, patientenorientiertes Case-Management zur Koordination und Kommunikation. Konkrete Aufgaben der Versorgungsassistentin werden durch die Fortbildungskommission Allgemeinmedizin (vgl. Anlage 2) festgelegt und auf der Internetseite des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg unter www.hausarzt-bw.de und auf der Internetseite des Deutschen Hausärzteverbandes unter www.hausaerzteverband.de jeweils im Bereich „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“ veröffentlicht. Die Aufgaben werden fortlaufend im Hinblick auf eine dauerhaft qualitativ hochwertige Versorgung weiterentwickelt. Der Hausarzt stimmt einer entsprechenden Weiterentwicklung bereits jetzt zu.
- (3) Der VERAH-Zuschlag beträgt 10,00 Euro pro Quartal und wird auf die Pauschale P3, erstmalig in dem Quartal, das auf den Nachweis der Qualifikation gemäß Abs. 1 lit. b) folgt, aufgeschlagen.
- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, Stichproben zur Prüfung der Anforderungen dieses **Anhangs 4 zu Anlage 12** durchzuführen.

Gruppe 1	Atherosklerose	Gruppe 4	Diabetes mellitus	Gruppe 4	Diabetes mellitus
ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, Gehstrecke 200 m und mehr, Stadium IIa nach Fontaine	E11.40	... : Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E13.73	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
I70.22	... : Becken-Bein-Typ, Gehstrecke weniger als 200 m, Stadium IIb nach Fontaine	E11.41	... : Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	E13.74	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
I70.23	... : Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen, Stadium III nach Fontaine	E11.50	... : Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E13.75	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
I70.24	... : Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration, Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration	E11.51	... : Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	E13.80	... : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
I70.25	... : Becken-Bein-Typ, mit Gangrän, Stadium IV nach Fontaine mit Gangrän	E11.60	... : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E13.81	... : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
I70.26	...: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien	E11.61	... : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
Gruppe 2	Chronische Nierenkrankheit	E11.72	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
ICD-Code	ICD-Text	E11.73	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	G59.0	Diabetische Mononeuropathie
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1	E11.74	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	G63.2	Diabetische Polyneuropathie
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	E11.75	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	H36.0	Retinopathia diabetica
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	E11.80	... : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	Gruppe 5	Chronische Erkrankungen der Leber
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	E11.81	... : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	ICD-Code	ICD-Text
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus
Gruppe 3	Chronischer Schmerz	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	B18.11	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
ICD-Code	ICD-Text	E12.20	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	B18.12	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	E12.21	... : Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	B18.13	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	E12.30	... : Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	B18.14	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	E12.31	... : Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	B18.19	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	E12.40	... : Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	B18.2	Chronische Virushepatitis C
Gruppe 4	Diabetes mellitus	E12.41	... : Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	B18.80	Chronische Virushepatitis E
ICD-Code	ICD-Text	E12.50	... : Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	B18.88	Sonstige chronische Virushepatitis
E10.20	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E12.51	... : Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	K73.0	Chronische persistierende Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert
E10.21	... : Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	E12.60	... : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	K73.1	Chronische lobuläre Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert
E10.30	... : Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E12.61	... : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	K73.2	Chronische aktive Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert
E10.31	... : Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	E12.72	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	K73.8	Sonstige chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert
E10.40	... : Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E12.73	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung
E10.41	... : Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	E12.74	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
E10.50	... : Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E12.75	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
E10.51	... : Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	E12.80	... : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	K70.40	Akutes und subakutes alkoholisches Leberversagen
E10.60	... : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E12.81	... : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	K70.41	Chronisches alkoholisches Leberversagen
E10.61	... : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	E12.90	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	K70.42	Akut-auf-chronisches alkoholisches Leberversagen
E10.72	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	E12.91	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	K70.48	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes alkoholisches Leberversagen
E10.73	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet	E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber
E10.74	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	E13.21	... : Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	K72.10	Akut-auf-chronisches Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert
E10.75	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	E13.30	... : Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	K72.18	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes chronisches Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert
E10.80	... : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E13.31	... : Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	K74.0	Leberfibrose
E10.81	... : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	E13.40	... : Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	K74.1	Lebersklerose
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E13.41	... : Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	K74.2	Leberfibrose mit Lebersklerose
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	E13.50	... : Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	K74.3	Primäre biliäre Zirrhose
E11.20	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E13.51	... : Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose
E11.21	... : Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	E13.60	... : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet
E11.30	... : Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E13.61	... : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
E11.31	... : Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	E13.72	... : Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet	K76.7	Hepatorenales Syndrom

Gruppe 6	Chronische Erkrankungen der Lunge	Gruppe 6	Chronische Erkrankungen der Lunge	Gruppe 8	Kardiologische Erkrankungen
ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text
J43.0	McLeod-Syndrom	J99.21	Stadium 1 der chronischen Lungen-Graft-versus-Host-Krankheit	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie
J43.1	Panlobuläres Emphysem	J99.22	Stadium 2 der chronischen Lungen-Graft-versus-Host-Krankheit	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	J99.23	Stadium 3 der chronischen Lungen-Graft-versus-Host-Krankheit	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
J43.8	Sonstiges Emphysem	J99.8	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	I48.2	Vorhofflimmern, permanent
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet	Gruppe 7	Hypertonie mit Komplikationen, renovaskuläre Hypertonie	I48.3	Vorhofflattern, typisch
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes	ICD-Code	ICD-Text	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes	I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes	I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 70 % des Sollwertes	I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes	I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäßerkrankung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes	I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäßerkrankung
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 70 % des Sollwertes	I12.90	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäßerkrankung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 < 35 % des Sollwertes	I12.91	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I25.14	Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes	I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I25.15	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Bypass-Gefäßen
J44.82	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes	I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I25.16	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Stents
J44.83	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >= 70 % des Sollwertes	I13.10	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I25.20	Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend
J44.90	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I25.21	Alter Myokardinfarkt: 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend
J44.91	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes	I13.20	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I25.22	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend
J44.92	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes	I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I25.3	Herz (-Wand) Aneurysma
J44.93	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 70 % des Sollwertes	I13.90	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I25.4	Koronararterienaneurysma
J47	Bronchiektasen	I13.91	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
J84.00	Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation	I15.00	Renovaskuläre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I25.6	Stumme Myokardischämie
J84.01	Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände: Mit Angabe einer akuten Exazerbation	I15.01	Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I25.8	Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit
J84.10	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation	I15.10	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I27.00	Idiopathische und hereditäre pulmonale arterielle Hypertonie [IPAH und HPAH]
J84.11	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose: Mit Angabe einer akuten Exazerbation	I15.11	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I27.01	Pulmonale arterielle Hypertonie assoziiert mit angeborenem Herzfehler, Krankheit des Bindegewebes und portaler Hypertension [APAH]
J84.80	Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation	I15.20	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I27.02	Pulmonale arterielle Hypertonie induziert durch Arzneimittel, Droge, Toxin und Strahlung [DPAH]
J84.81	Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten: Mit Angabe einer akuten Exazerbation	I15.21	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I27.08	Sonstige primäre pulmonale Hypertonie
J84.90	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation	I15.80	Sonstige sekundäre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I27.1	Kyphoskoliotische Herzkrankheit
J84.91	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer akuten Exazerbation	I15.81	Sonstige sekundäre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I27.20	Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	I15.90	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I27.28	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	I15.91	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I27.8	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	I67.4	Hypertensive Enzephalopathie	I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
J98.2	Interstitielles Emphysem	Gruppe 8	Kardiologische Erkrankungen	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
J98.3	Kompensatorisches Emphysem	ICD-Code	ICD-Text	I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie
J99.0	Lungenkrankheit bei seropositiver chronischer Polyarthritis	I47.0	Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry	I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie
J99.1	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	I42.3	Eosinophile endomyokardiale Krankheit

Gruppe 8	Kardiologische Erkrankungen	Gruppe 9	Metastasen	Gruppe 10	Neurologische Erkrankungen
ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text
I42.4	Endokardfibroelastose	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	G25.5	Sonstige Chorea
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie	C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars	G25.6	Arzneimittelinduzierte Tics und sonstige Tics organischen Ursprungs
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	G25.80	Periodische Beinbewegungen im Schlaf
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	C79.81	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse	G25.81	Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]	C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane	G25.88	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	C79.84	Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
I43.0	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	C79.85	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
I43.1	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	C79.86	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe der Extremitäten	G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
I43.2	Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten	C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher definierter Lokalisationen	G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
I43.8	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	Gruppe 10	Neurologische Erkrankungen	G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	ICD-Code	ICD-Text	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	G10	Chorea Huntington	G36.0	Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit]
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	G36.1	Akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst]
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	G36.8	Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	G37.0	Diffuse Hirnsklerose
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	G37.1	Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum
I51.5	Myokarddegeneration	G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse
Gruppe 9	Metastasen	G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	G37.5	Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit]
ICD-Code	ICD-Text	G21.0	Malignes Neuroleptika-Syndrom	G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	G21.1	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom	I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten	G21.2	Parkinson-Syndrom durch sonstige exogene Agenzien	I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten	G21.3	Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom	I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	G21.4	Vaskuläres Parkinson-Syndrom	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	G21.8	Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom	I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	G23.0	Hallervorden-Spatz-Syndrom	I69.8	Folgen sonstiger und nicht näher definierter zerebrovaskulärer Krankheiten
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	G23.1	Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom]	Gruppe 11	Arthrose des Kniegelenks, des Hüftgelenks, der Beckenregion oder des Oberschenkels
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	G23.2	Multiple Systematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P]	ICD-Code	ICD-Text
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	G23.3	Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums	G23.8	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	G24.0	Arzneimittelinduzierte Dystonie	M16.2	Koxarthrose als Folge einer Dysplasie, beidseitig
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher definierter Atmungsorgane	G24.1	Idiopathische familiäre Dystonie	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	G24.2	Idiopathische nichtfamiliäre Dystonie	M16.4	Posttraumatische Koxarthrose, beidseitig
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums	G24.3	Torticollis spasticus	M16.5	Sonstige posttraumatische Koxarthrose
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	G24.4	Idiopathische orofaziale Dystonie	M16.6	Sonstige sekundäre Koxarthrose, beidseitig
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	G24.5	Blepharospasmus	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher definierter Verdauungsorgane	G24.8	Sonstige Dystonie	M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	G25.0	Essentieller Tremor	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher definierter Harnorgane	G25.1	Arzneimittelinduzierter Tremor	M17.2	Posttraumatische Gonarthrose, beidseitig
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	G25.2	Sonstige näher bezeichnete Tremorformen	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	G25.3	Myoklonus	M17.4	Sonstige sekundäre Gonarthrose, beidseitig
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher definierter Teile des Nervensystems	G25.4	Arzneimittelinduzierte Chorea	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose

Gruppe 11	Arthrose des Kniegelenks, des Hüftgelenks, der Beckenregion oder des Oberschenkels	Gruppe 16	Rheumatoide Arthritis, Spondylosis ankylosans, Psoarisis-Arthropathie	Gruppe 16	Rheumatoide Arthritis, Spondylosis ankylosans, Psoarisis-Arthropathie
ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text
M19.05	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M05.02	Felty-Syndrom: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	M05.86	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M19.25	Sonstige sekundäre Arthrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M05.03	Felty-Syndrom: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	M05.87	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M19.85	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M05.04	Felty-Syndrom: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	M05.88	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M19.95	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M05.05	Felty-Syndrom: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M05.90	Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
Gruppe 12	Unbesetzt	M05.06	Felty-Syndrom: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	M05.91	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
Gruppe 13	Mittelgradige/Schwere Depression	M05.07	Felty-Syndrom: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	M05.92	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
ICD-Code	ICD-Text	M05.08	Felty-Syndrom: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	M05.93	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	M05.10	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	M05.94	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	M05.11	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	M05.95	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	M05.12	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	M05.96	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	M05.13	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	M05.97	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	M05.14	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	M05.98	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	M05.15	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen
Gruppe 14	Zustand nach Transplantation	M05.16	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	M06.01	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
ICD-Code	ICD-Text	M05.17	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	M06.02	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	M05.18	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	M06.03	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation	M05.20	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	M06.04	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation	M05.21	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	M06.05	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation	M05.22	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	M06.06	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	M05.23	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	M06.07	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
Z94.5	Zustand nach Hauttransplantation	M05.24	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	M06.08	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
Z94.6	Zustand nach Knochentransplantation	M05.25	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M06.10	Adulte Form der Still-Krankheit: Mehrere Lokalisationen
Z94.7	Zustand nach Keratoplastik	M05.26	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	M06.11	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression	M05.27	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	M06.12	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	M05.28	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	M06.13	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation	M05.30	Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Mehrere Lokalisationen	M06.14	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
Gruppe 15	Brustkrebs	M05.31	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	M06.15	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
ICD-Code	ICD-Text	M05.32	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	M06.16	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	M05.33	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	M06.17	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	M05.34	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	M06.18	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	M05.35	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M06.20	Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen
C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	M05.36	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	M06.21	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	M05.37	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	M06.22	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	M05.38	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	M06.23	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	M05.80	Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	M06.24	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	M05.81	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	M06.25	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Gruppe 16	Rheumatoide Arthritis, Spondylosis ankylosans, Psoarisis-Arthropathie	M05.82	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	M06.26	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
ICD-Code	ICD-Text	M05.83	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	M06.27	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M05.00	Felty-Syndrom: Mehrere Lokalisationen	M05.84	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	M06.28	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M05.01	Felty-Syndrom: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	M05.85	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M06.30	Rheumaknoten: Mehrere Lokalisationen

Gruppe 16	Rheumatoide Arthritis, Spondylosis ankylosans, Psoriasis-Arthropathie	Gruppe 16	Rheumatoide Arthritis, Spondylosis ankylosans, Psoriasis-Arthropathie	Gruppe 18	Dekubitus
ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text
M06.31	Rheumaknoten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	M45.04	Spondylitis ankylosans: Thorakalbereich	L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität
M06.32	Rheumaknoten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	M45.05	Spondylitis ankylosans: Thorakolumbalbereich	L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze
M06.33	Rheumaknoten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	M45.06	Spondylitis ankylosans: Lumbalbereich	L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm
M06.34	Rheumaknoten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	M45.07	Spondylitis ankylosans: Lumbosakralbereich	L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein
M06.35	Rheumaknoten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	M45.08	Spondylitis ankylosans: Sakral- und Sakrokokzygealbereich	L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein
M06.36	Rheumaknoten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Gruppe 17	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter
M06.37	Rheumaknoten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	ICD-Code	ICD-Text	L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse
M06.38	Rheumaknoten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
M06.40	Entzündliche Polyarthropathie: Mehrere Lokalisationen	K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes	L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf
M06.41	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	K50.80	Crohn-Krankheit des Magens	L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität
M06.42	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	K50.81	Crohn-Krankheit der Speiseröhre	L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze
M06.43	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	K50.82	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend	L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm
M06.44	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit	L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein
M06.45	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	K51.0	Ulzeröse (chronische) Pankolitis	L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein
M06.46	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	K51.2	Ulzeröse (chronische) Proktitis	L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter
M06.47	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	K51.3	Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis	L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse
M06.48	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	K51.4	Inflammatorische Polypen des Kolons	L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
M06.80	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	K51.5	Linksseitige Kolitis	L89.90	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kopf
M06.81	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	K51.8	Sonstige Colitis ulcerosa	L89.91	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Obere Extremität
M06.82	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Gruppe 18	Dekubitus	L89.92	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dornfortsätze
M06.83	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	ICD-Code	ICD-Text	L89.93	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Beckenkamm
M06.84	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	L89.00	Dekubitus 1. Grades: Kopf	L89.94	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kreuzbein
M06.85	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	L89.01	Dekubitus 1. Grades: Obere Extremität	L89.95	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sitzbein
M06.86	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	L89.02	Dekubitus 1. Grades: Dornfortsätze	L89.96	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Trochanter
M06.87	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	L89.03	Dekubitus 1. Grades: Beckenkamm	L89.97	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Ferse
M06.88	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	L89.04	Dekubitus 1. Grades: Kreuzbein	L89.98	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
M06.90	Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen	L89.05	Dekubitus 1. Grades: Sitzbein	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
M06.91	... : Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	L89.06	Dekubitus 1. Grades: Trochanter	L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert
M06.92	... : Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	L89.07	Dekubitus 1. Grades: Ferse	Gruppe 19	Sucht/Alkohol
M06.93	... : Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	L89.08	Dekubitus 1. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	ICD-Code	ICD-Text
M06.94	... : Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
M06.95	... : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
M06.96	... : Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
M06.97	... : Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm	F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
M06.98	... : Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein	F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
L40.5	Psoriasis-Arthropathie	L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein	F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
M45.00	Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter	F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
M45.01	Spondylitis ankylosans: Okzipito-Atlanto-Axialbereich	L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse	G62.1	Alkohol-Polyneuropathie
M45.02	Spondylitis ankylosans: Zervikalbereich	L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität		
M45.03	Spondylitis ankylosans: Zervikothorakalbereich	L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf		

Gruppe 20	Paresen	Gruppe 20	Paresen	Gruppe 21	Gerinnungsstörungen
ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text	ICD-Code	ICD-Text
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese	G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese	G83.0	Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten	D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese	G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität	D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese	G83.2	Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität	D68.5	Primäre Thrombophilie
G80.4	Ataktische Zerebralparese	G83.3	Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet	D68.6	Sonstige Thrombophilien
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese	Gruppe 21	Gerinnungsstörungen	D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	ICD-Code	ICD-Text	D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel	D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie	D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel	D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom	D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom	D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel	D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel	D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel	D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel	D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Als transfusionsrefraktär bezeichnet
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel	D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung	D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel	D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer (Blutung bei Dauertherapie)
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung	D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel	D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung	D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren		

Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung

- (1) Mit der Teilnahme am HZV-Vertrag verpflichtet sich der HAUSARZT unter anderem zur / zum:
 - Teilnahme an mindestens zwei von der „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“ zugelassenen Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr (vgl. § 5 Abs. 3 c)
 - Teilnahme an mindestens vier Qualitätszirkelsitzungen pro Kalenderjahr, die indikationsbezogene Pharmakotherapie-Module mit beinhalten. Bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme muss je vollendetem Quartal ein Qualitätszirkel besucht werden. (vgl. § 5 Abs. 3 a)
 - Qualifikation oder Erwerb der Qualifikation für Psychosomatik nach Maßgabe der **Anlage 2** bis zum 31. Dezember 2011 (vgl. § 5 Abs. 3 f)
 - Aktive Teilnahme an sämtlichen in der **Anlage 2** aufgeführten strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V für Diabetes Typ II, KHK und COPD sowie ggf. Asthma (Kinder- und Jugendärzte nur Asthma) (vgl. § 5 Abs. 3 g)
 - Information über Änderungen, z. B. Zulassungsende oder Wegzug, spätestens 3 Monate **vor** Eintritt des jeweiligen Ereignisses. Wenn der HAUSARZT zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangt, ist er verpflichtet, die Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung der Managementgesellschaft anzuzeigen (vgl. § 6 Abs. 1 ff des Vertrages)
 - Vorhalten einer stets aktuellen Vertragssoftware (vgl. § 3 Abs. g).
- (2) Werden einzelne dieser Verpflichtungen vom HAUSARZT nicht bzw. nicht vollständig erfüllt, oder die Erfüllung gegenüber der Managementgesellschaft vom HAUSARZT nicht nachgewiesen, stellt dies einen Verstoß gegen die vertraglichen Verpflichtungen des HAUSARZTES dar, die eine Kündigung gemäß § 8 des HZV-Vertrages zur Folge haben kann.
- (3) Stellt die Managementgesellschaft fest, dass ein HAUSARZT gegen die in Absatz 1 genannten Vertragspflichten verstößt, fordert Sie ihn zur Beseitigung dieser Pflichtverletzung auf und gibt ihm innerhalb einer Frist von zwei Wochen Gelegenheit zur Stellungnahme.
- (4) Die AOK, die HÄVG, die MEDIVERBUND AG, der Hausärzterverband Baden-Württemberg und Medi e.V. richten einen Ausschuss ein, dem die Stellungnahme des HAUSARZTES vorgelegt wird.
- (5) Kommt der Ausschuss zu dem einstimmigen Ergebnis, dass der Hausarzt den Pflichtverstoß nicht zu verantworten hat, wird der vertragliche Honoraranspruch nicht reduziert.
- (6) In allen anderen Fällen ist die Managementgesellschaft berechtigt, dem HAUSARZT rückwirkend, ab Beginn des Pflichtverstoßes, seinen Honoraranspruch gemäß § 19 Abs. 1 iVm Anlage 12 des HZV-Vertrages entsprechend des in Absatz 7 geregelten Maßnahmenkataloges zu kürzen, bis der Nachweis der Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtung erfolgt ist. Gleichzeitig ist die Managementgesellschaft entsprechend des in Absatz 7 geregelten Maßnahmenkataloges berechtigt, dem HAUSARZT gegenüber aufgrund seiner Pflichtverletzung die Kündigung gemäß § 8 des HZV-Vertrages auszusprechen.

- (7) Aus dem nachfolgenden Maßnahmenkatalog ergeben sich die Folgen für den HAUSARZT bei Nichterfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen gemäß Absatz 1 dieser Anlage:

Teilnahmevoraussetzung	Prüfungszeitraum	Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung und ohne Honorarkürzung im Vorjahr** (Stufe 1)	Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung und einer diesbezüglich erfolgten Honorarkürzung im vorherigen Kalenderjahr (Stufe 2)	Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung und einer diesbezüglich erfolgten Honorarkürzung in den beiden vorherigen Kalenderjahren (Stufe 3)
Teilnahme an mind. zwei Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte pro Jahr (je Kalenderhalbjahr mind. 1 Veranstaltung)	Ab 01.01.2011	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 5 EUR ab der 2. nicht absolvierten Fortbildungsveranstaltung	Reduzierung der ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 10 EUR ab der 1. nicht absolvierten Fortbildungsveranstaltung	Ordentliche Kündigung (gem. § 8 Abs. 4) und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR
Teilnahme an mind. fünf Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr für Kinder- und Jugendärzte (je vollendetem Kalenderhalbjahr mind. 2 Veranstaltungen)	Ab 01.01.2011	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 5 EUR ab der 2. nicht absolvierten Fortbildungsveranstaltung	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 10 EUR ab der 1. nicht absolvierten Fortbildungsveranstaltung	Ordentliche Kündigung (gem. § 8 Abs. 4) und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR
Teilnahme an mindestens vier Qualitätszirkeln pro Jahr zur Pharmakotherapie für bei der HÄVG registrierte Hausärzte (je vollendetes Quartal mind. 1 QZ)	Ab 01.01.2019	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 10 EUR ab dem 2. nicht absolvierten QZ	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR ab dem 2. nicht absolvierten QZ	Ordentliche Kündigung (gem. § 8 Abs. 4), wenn weniger als 3 QZ besucht wurden, und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR
Teilnahme an mindestens vier Qualitätszirkeln pro Jahr zur Pharmakotherapie für nicht bei der HÄVG registrierte Hausärzte (je vollendetes Quartal mind. 1 QZ)	Ab 01.01.2019	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 20 EUR	Ordentliche Kündigung gem. § 8 Abs. 4 und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR	
Teilnahme an mindestens 1 Qualitätszirkel pro Jahr zur Pharmakotherapie für bei der HÄVG registrierte Kinder- und Jugendärzte	Ab 01.01.2019	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 10 EUR	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR	Ordentliche Kündigung (gem. § 8 Abs. 4) und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR
Teilnahme an mindestens 1 Qualitätszirkel pro Jahr zur Pharmakotherapie für nicht bei der HÄVG registrierte Kinder- und Jugendärzte	Ab 01.01.2019	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 20 EUR	Ordentliche Kündigung gem. § 8 Abs. 4 und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR	

Qualifikation Psycho-somatik	Ab 01.07.2011	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR	Ordentliche Kündigung gem. § 8 Abs. 4 und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 30 EUR	
Aktive Teilnahme an DMP	Ab 01.07.2011	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 35 EUR	Ordentliche Kündigung gem. § 8 Abs. 4 und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 35 EUR
Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software in der stets aktuellen Version gemäß § 5 Abs. 2	Ab 01.07.2011	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 5 EUR	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 10 EUR	Ordentliche Kündigung gem. § 8 Abs. 4 und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR
Verstoß gegen die Meldepflicht gemäß § 6 Abs. 1-3 (keine rechtzeitige Meldung über Praxisaufgabe, Zulassungsende, Wegzug aus Baden-Württemberg etc.)	Ab 01.07.2011	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR		

* Bei unterjähriger Versichertenteilnahme anteilmäßige Reduzierung der P1

** Diese Maßnahmen werden angewendet, wenn der HAUSARZT im jeweiligen Vorjahr die entsprechende Teilnahmevoraussetzung erfüllt hat und somit im Vorjahr keine Honorarkürzung die jeweilige Teilnahmevoraussetzung betreffend erfolgt ist.

- (8) Die Vertragspartner sind befugt, HAUSÄRZTE, die an der Elektronischen Arztvernetzung teilnehmen, bei missbräuchlicher Nutzung von der weiteren Teilnahme an der Elektronischen Arztvernetzung auszuschließen. Folgende Gründe können u.a. zum Ausschluss führen:
- Missbrauch der IT-Infrastruktur
 - Verbreitung von unwahren Tatsachenbehauptungen im Zusammenhang mit der Elektronischen Arztvernetzung
 - strafwürdige Äußerungen oder Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Elektronischen Arztvernetzung

Stellt die Managementgesellschaft fest, dass ein HAUSARZT missbräuchlich die Elektronische Arztvernetzung verwendet, fordert sie ihn zur Stellungnahme binnen zwei Wochen auf.

Die Managementgesellschaft legt dem Ausschuss die Stellungnahme des HAUSARZTES vor.

Kommt der Ausschuss zu dem einstimmigen Ergebnis, dass der Hausarzt den Pflichtverstoß zu verantworten hat, wird der HAUSARZT von der Teilnahme an der Elektronischen Arztvernetzung ausgeschlossen.

ICD Liste zum Zuschlag P3b + Zielauftragspauschale Diabetologie

Für die korrekte Verschlüsselung von Diagnosen und zur Diagnosestellung ist die Internationale 10. Revision, German Modification, ICD 10 GM anzuwenden wie aufgeführt unter www.dimdi.de.

ICD Code	ICD Klartext
E10.01	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E10.11	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E10.20	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.21	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.30	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.31	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.40	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.41	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.50	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.51	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.60	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.61	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.72	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E10.73	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E10.75	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E10.80	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.81	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1 Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1 Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.01	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E11.11	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E11.20	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.31	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.41	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.51	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E11.80	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.81	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2 Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2 Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.01	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E12.11	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E12.20	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.21	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.30	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.31	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.40	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.41	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.50	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.51	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.60	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.61	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.72	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E12.73	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E12.74	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E12.75	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

E12.80	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.81	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.90	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.91	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.01	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E13.11	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.21	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.30	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.31	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.40	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.41	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.50	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.51	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.60	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.61	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.72	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E13.73	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E13.74	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E13.75	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E13.80	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.81	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet

Nutzungsbestimmungen VERAHmobil

Unter „VERAHmobil“ werden VERAHmobil_Auto, VERAHmobil_eAuto und VERAHmobil_eBike verstanden.

Um den Zuschlag VERAHmobil gemäß Anlage 12 zu erhalten sind für die Nutzung des VERAHmobils folgende Nutzungsbedingungen zwingend einzuhalten:

- (1) Die Praxis nimmt aktiv am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK Baden-Württemberg teil.
- (2) Die Praxis verfügt über mindestens eine medizinische Fachangestellte / Arzthelferin mit der Qualifikation „Versorgungsassistent(in) in der Hausarztpraxis“ (VERAH), welche die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt (vgl. Anhang 4 zu Anlage 12 des HZV-Vertrages) bzw. über eine/n akademische/n nichtärztliche/n Gesundheitsberufler:in (a.n. Gesundheitsberufler:in).
- (3) Die Praxis schließt für das **VERAHmobil_Auto** und/oder **VERAHmobil_eAuto** und/oder für das **VERAHmobil_eBike** einen gültigen Leasingvertrag mit einem bei der HÄVG gelisteten Partner ab.
- (4) Jedes VERAHmobil verfügt während der gesamten Vertragsdauer über eine zwischen den Vertragsparteien abgestimmte Beschriftung, die auf das VERAHmobil hinweist. Die Beschriftung beim **VERAHmobil_eBike** erfolgt über einen Aufdruck auf dem Rucksack.
- (5) Pro Praxis können mehrere Leasingverträge für ein VERAHmobil mit den bei der HÄVG gelisteten Partnern geschlossen werden, der Zuschlag VERAHmobil wird vergütet
 - pro gemeldeter VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in gem. Abs. 2 und
 - pro angefangenen 375 P3-Leistungen in der Praxis (bis 375 P3en pro Quartal ein Zuschlag möglich, bis 750 P3en pro Quartal 2 Zuschläge möglich, ff.).

Die Voraussetzungen müssen zum Zeitpunkt der Antragstellung erfüllt sein.

- (6) Die Praxis als Arbeitgeber der VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in verpflichtet sich, bei einer Beendigung oder Aussetzung der Beschäftigung der VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in dies unverzüglich an die HÄVG AG zu melden.
- (7) Beim Ausscheiden der VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in aus der Praxis wird der Zuschlag VERAHmobil noch für das auf das Ausscheiden der VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in folgende Quartal gewährt. Erfolgt innerhalb dieser Zeit kein Nachweis über die Neueinstellung einer VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in oder den Beginn einer/s qualifizierenden Ausbildung/Studiums gem. Abs. 2, wird der Zuschlag nicht länger gewährt.
- (8) Die Praxis als Arbeitgeber der VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in und Leasingnehmer eines **VERAHmobils_Auto und VERAHmobils_eAuto** bestätigt ausdrücklich, dass das von ihm geleaste VERAHmobil der VERAH/a.n. Gesundheitsberufler:in zur dienstlichen sowie zur privaten Nutzung zur Verfügung gestellt wird.
- (9) Die Beantragung eines Zuschlags VERAHmobil, erfolgt mittels des Formulars „Beantragung des Zuschlags VERAHmobil“ (unter www.haevbw.de).
- (10) Ein einmal beantragter Zuschlag für ein VERAHmobil kann nur unter den in Abs. 1 und

Abs. 7 genannten Gründen sowie bei vorzeitiger Auflösung des Leasingvertrages zwischen Leasinggeber und dem Leasingnehmer beendet werden.

Vergütung im Rahmen der HZV-Abrechnung

Die Auszahlung eines Zuschlags **VERAHmobil** erfolgt im Rahmen der Quartalsabrechnung des HZV-Vertrages. Die Auszahlung erfolgt erstmalig mit der Abrechnung des Quartals, in dem der Leasingvertrag beginnt. Startet der Leasingvertrag zwischen dem teilnehmenden Arzt und dem Leasinggeber unterquartalig, dann wird der Zuschlag für dieses Quartal trotzdem voll gewährt. Für das Quartal, in dem der Leasingvertrag endet, erfolgt hingegen keine Auszahlung des Zuschlages mehr.

Beispiel: Beginn des Leasingvertrages: 15.09.2013

Ende des Leasingvertrages: 14.09.2016

Auszahlung des Zuschlages **VERAHmobil**:

Abrechnung QIII/13 bis einschl. Abrechnung QII/2016 (=12 Quartale).

Der Zuschlag kann nur gewährt werden, wenn die unter Abs. 5 genannten Bedingungen erfüllt sind:

Max. Anzahl an Zuschlägen	Voraussetzungen (a und b müssen erfüllt sein)	
	a) Anzahl in der Praxis beschäftigter VERAHs/a.n. Gesundheitsberufler:innen (mind. halber Stelle)	b) Anzahl der betreuten chronisch kranken HZV-Teilnehmer in der Praxis
1	1	0 – 375
2	2	376 – 750
3	3	751 – 1.125
ff.		

Ein gleichzeitiger Zuschlag für ein **VERAHmobil_Auto** oder **VERAHmobil_eAuto** UND ein **VERAHmobil_eBike** kann bei Erfüllung der oben genannten Bedingungen gewährt werden. Die Zuschläge für ein **VERAHmobil_Auto** und **VERAHmobil_eAuto** können nur gleichzeitig erteilt werden, wenn mind. zwei, gemäß Abs. 2 qualifizierte Personen, in der Praxis sind und die oben aufgeführten Bedingungen erfüllt werden.

AOK-Check 18+

Gesundheitsuntersuchung für 18- bis 34-Jährige:

- Erhebung der anamnestischen Daten
- Motivationale Beratung (Primär-/Sekundärprävention)
- Primärprävention: Maßnahme, die vor dem Erstauftreten eines unerwünschten Zustands durchgeführt werden
- Sekundärprävention: Krankheitsfrüherkennung/ -eindämmung.
- Erkennen von riskantem Gesundheitsverhalten und Motivation für Gesundheitsbewusstsein.

Messung von Körpergewicht und -größe, Blutdruck, Herzfrequenz, ggf. kapillarem Blutzucker, Lungenfunktionstest und EKG. Die motivationale Beratung gestaltet sich hierbei in Abhängigkeit der Veränderungsbereitschaft des Patienten. Ziel ist es, mit dem Patienten gemeinsam Pläne zu machen und die Selbstverpflichtung zu stärken, um eine Lebensstiländerung langfristig herbeiführen zu können. Hierzu gehört auch die Einsteuerung in die AOK-Gesundheitsangebote, Präventionsempfehlungen und die Bereitschaft, durch geeignete Medien den Patienten zu informieren (Internet-Link-Liste mit Patienteninformationen auf der Homepage der HÄVG, Patientenbroschüren usw.).

Patientenfragebogen: **siehe Anhang 9.1 zu Anlage 12**

Werkzeugkasten zu den Vorsorgeuntersuchungen: **siehe Anhang 9.2 zu Anlage 12**

Linkliste zu Patienten- und Arztinformationen: **siehe Anhang 9.3. zu Anlage 12**

Informationen zur motivationalen Beratung: **siehe Anhang 9.4 zu Anlage 12**

Alle Informationen rund um den AOK-Check 18+ finden Sie unter www.hausaerzteverband.de oder unter www.hausarzt-bw.de und dort im HZV Vertragsbereich unter AOK HZV Baden-Württemberg Anhang 9 zu Anlage 12.

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



AOK-Check 18+

Fragebogen (18-34 Jahre)

Liebe Patientin, lieber Patient,
als Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen bereits vor dem Beratungsgespräch auszufüllen. Mit diesem Fragebogen können wir noch gezielter auf häufige Erkrankungen oder Probleme Ihrer Altersgruppe eingehen. Sie können uns helfen zu erkennen, „wo der Schuh drückt“ – natürlich nur, wenn Sie darüber sprechen wollen. Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zu diesem Gespräch mit.

Wenn eine der folgenden Fragen auf Sie zutrifft – und wenn Sie darüber sprechen wollen, dann kreuzen Sie einfach ein „JA“ an.	JA
1. Sind in Ihrer Familie enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an einem Herzinfarkt, an Diabetes oder an Bluthochdruck erkrankt?	
2. Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als ½ Stunde (z.B. Spazieren, Sport, Radfahren, Tanzen)?	
3. Rauchen Sie?	
4. Sind Sie mit ihrem Körpergewicht unzufrieden?	
5. Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch oder Mundgeruch?	
6. Für viele leichtere Erkrankungen braucht man nicht unbedingt einen Arzt. Möchten Sie Beratung zum Umgang mit grippalen Infekten, Magen-Darm-Problemen oder Rückenschmerzen?	
7. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)?	
8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?	
9. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?	
10. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten? Oder haben Sie das Gefühl, dass Glücksspiel ein Problem für Sie ist?	
11. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?	
12. Sind Sie arbeitslos oder mit Ihrer Arbeit unzufrieden?	
13. Haben sie ernsthafte finanzielle Sorgen?	
14. Wenn Sie oder Ihre Eltern in einem anderen Land geboren sind: fühlen Sie sich deshalb benachteiligt?	
15. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner oder mit Ihren Kindern?	
16. Gibt es Angelegenheiten der Familienplanung/ Sexualität, über die Sie mit uns sprechen möchten?	
17. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?	
18. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	
19. Für Frauen: haben Sie noch nie oder lange nicht mehr an einer Krebsvorsorge-Untersuchung am Gebärmutterhals teilgenommen?	
20. Für Frauen: haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung?	

Gibt es noch ein weiteres Problem, das Sie ansprechen wollen?

Werkzeugkasten Vorsorgeuntersuchung

Inhalt

Inhalt	1
Vorwort.....	3
Kardiovaskuläres Risiko (KHK, Diabetes, Hypertonie).....	4
Bewegungsmangel/ Gewichtsproblem.....	6
Screening-Fragen Essstörungen nach der S3-LL Essstörungen	6
Rauchen.....	8
Die 5 As als minimale Intervention zur Unterstützung bei Abhängigkeitserkrankungen	9
Fagerströmtest zur Nikotinabhängigkeit	10
Motivation zum Rauchstopp	11
Zahnprobleme	12
Selbstaussfüller Fragebogen zur Zahngesundheit.....	13
Medikamente.....	15
Instrumente zur/ zum Medikamentenanamnese/-review	17
MAI- Medication appropriateness indicator.....	17
Alkoholkonsum.....	18
Instrumente zur Erfassung einer Alkoholkrankheit.....	19
Audit-C-Screening-Test.....	19
Andere Süchte (Computer, Internet, Glücksspiel, Drogen)	21
RAFFT-Drogen.....	22
1 Fragen Test zum Gebrauch illegaler Drogen	22
Fragebogen zur Abklärung einer Abhängigkeit von Computerspielen Computerspiel- Abhängigkeits-Skala KFN-CSAS-II.....	23

Salutogenese Fragebogen	25
Screening auf Zwangserkrankungen:	27
Familienplanung, Sexualität.....	28
Schlafstörung	29
Berliner Fragebogen.....	30
Patientenverfügung / Betreuungsvollmacht	32
Krebsfrüherkennung	33
Impfungen	34

Vorwort

Der AOK-Check 18+ bietet die Möglichkeit, systematisch nach bestimmten Auffälligkeiten oder Erkrankungen zu suchen. Aufgrund der geringen Häufigkeit vieler Erkrankungen ist ein systematisches Screening (bei dem alle untersucht/befragt werden) meist nicht sinnvoll. Vielmehr sollten insbesondere **Risikogruppen gezielt untersucht werden** (z.B. bei positiver Familienanamnese für Darmkrebs etc.).

Die Inhalte der neuen Gesundheitsuntersuchungen sollen durch die Patienten mittels Ausfüllen eines aus 20 Fragen bestehenden [Fragebogens](#) mitgestaltet werden. Durch diesen Fragebogen soll:

- gezielt nach möglicherweise vorliegenden Erkrankungen und Problemen gefahndet werden (z.B. Raucherstatus, psychosoziale Probleme, Alkoholabusus)
- Patienten die Möglichkeit gegeben werden, Probleme sehr niedrigschwellig anzusprechen

Möglicherweise möchten Sie aufgrund des Fragebogens nun eine Erkrankung weiter abklären oder benötigen Informationsangebote für Ihre Patienten.

Der vorliegende Werkzeugkasten enthält eine Sammlung von Instrumenten, die Ihnen hierzu eine Hilfestellung bieten können. Im Einzelnen besteht er aus:

Informationsangeboten für die Patienten	
Screeninginstrumenten, um einen Verdacht auf möglicherweise vorliegende Erkrankungen weiter abzuklären	
Risiko-Rechner, um bestimmte Gesundheitsrisiken gezielter eingrenzen und dies zugleich den Patienten demonstrieren zu können	
Hausärztlichen Leitlinien	
Konkreten (lokalen) Hilfs- und Beratungs-Angeboten für Patienten	
Literaturhinweisen für weiterführende Arbeiten	

In manchen Praxissoftwareprogrammen sind bereits einzelne Fragebögen hinterlegt. Diese Fragebögen können dadurch einfacher in der elektronischen Kartei erfasst werden (z.B. Turbomed bietet u.a. Geriatrisches Assessment, IPSS)

Die hier aufgeführten Informationen sind als Hyperlink hinterlegt – d.h. durch einfaches Klicken auf den Link öffnen sich automatisch die entsprechenden Internetseiten (eine bestehende Verbindung zum Internet vorausgesetzt). Eine Gesamtübersicht von weiterführenden Links finden Sie unter www.hausarzt-bw.de/vertragsunterlagen in Anlage 12 Anhang 9.3 des HZV-Vertrags.

Werkzeug Nr. 1 (AOK-Check 18+, Frage 1)	
Vorsorgethema	Kardiovaskuläres Risiko (KHK, Diabetes, Hypertonie)
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	ARRIBA: Diagnostisches Instrument zur Erhebung des kardiovaskulären Risikos, Darstellung der Effekte unterschiedlicher Behandlungsoptionen. In Papierform oder als Computerprogramm in der Praxis einsetzbar. http://www.arriba-hausarzt.de/material/aok-bw.html Ermittlung des individuellen Risikos für eine Diabeteserkrankung aufgrund von Alter, Gewicht, Blutfetten, Familienanamnese. http://diabetes-risiko.de/diabetes-risikotest.html Patienteninformation der DEGAM zu den Themen: Schlaganfall, Antikoagulation, ASS, Bewegung, Ernährung, HbA1c, Metformin, Cholesterin, Diabetes, Bluthochdruck, Gerinnungshemmer Gesundheitsangebote der AOK Baden-Württemberg zu Ernährung/Bewegung/Entspannung Gesundheitsinformationen des IQWiG: Kochsalz, Fette, Bluthochdruck
Leitlinien	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM): Schlaganfall Herzinsuffizienz Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention

	Nationale Versorgungsleitlinien: Diabetes mellitus KHK
Weiterführende Literatur	Engelsen C den, Koekkoek PS, Godefrooij MB, Spigt MG, Rutten GE. Screening for increased cardiometabolic risk in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract. Oktober 2014;64(627):e616–26.
Anhang	

Werkzeug Nr. 2 (Fragebogen AOK-Check 18+, Fragen 2 und 4)	
Vorsorgethema	Bewegungsmangel/ Gewichtsproblem
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	Kursangebote der AOK Baden-Württemberg zu Entspannung, Ernährung, Bewegung u.v.m. Weitere Programm und Angebote der AOK zu Bewegung und Ernährung: „AOK-Fitness Coach“, „Abnehmen mit Genuss“, „Laufend in Form“, Sportpartnerbörse Onlineangebot der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu den Themen: Ernährung/ Bewegung und Stressregulation (enthält auch Angebote für Kinder; Medienübersicht) 4 Tipps für gesundes Essen Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE Broschüren der AOK Baden-Württemberg zum Bewegung und Ernährung Linkübersicht Patienteninformationen: Bewegung, Ernährung, Übergewicht
Leitlinien	S3 Leitlinie Adipositas
Weiterführende Literatur	Löllgen, H; Leyk, D; Hansel, J 2010: Sportärztliche Vorsorge-untersuchung im Breiten- und Freizeitsport: Internistisch-kardiologische Aspekte. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(42): 742-9 S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie von Essstörungen
Anhang	Screeningfragen aus der S3 LL Essstörungen

Screening-Fragen Essstörungen nach der S3-LL Essstörungen

Verdachtskriterien

- Niedriges Körpergewicht

- Amenorrhö oder Infertilität
- Zahnschäden insbesondere bei jungen Patientinnen
- Sorgen über das Körpergewicht trotz Normalgewicht
- Erfolgreiche Gewichtsreduktionsmaßnahmen bei Übergewicht/Adipositas
- Gastroenterologische Störungen ohne eindeutige andere Ursache
- Kinder mit Wachstumsverzögerung
- Kinder, deren Eltern sich besorgt zeigen über ihr Gewicht und ihr Essverhalten

Screeningfragen

- Sind Sie mit Ihrem Essverhalten zufrieden?
- Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichts oder Ihrer Ernährung?
- Beeinflusst Ihr Gewicht Ihr Selbstwertgefühl?
- Machen Sie sich Gedanken wegen Ihrer Figur?
- Essen Sie heimlich?
- Übergeben Sie sich, wenn Sie sich unangenehm voll fühlen?
- Machen Sie sich Sorgen, weil Sie manchmal mit dem Essen nicht aufhören können?

Quelle: Herpertz, S et al (2011) Klinische Leitlinie- Diagnostik und Therapie der Essstörungen. In: DÄB 40/2011

Werkzeug Nr. 3 (Fragebogen AOK-Check 18+, Frage 3)	
Vorsorgethema	Rauchen
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	Ausstiegsprogramm der AOK „Ich-werde-Nichtraucher“ mit persönlicher E-Mail-Begleitung Internetbasiertes Ausstiegsprogramm BZgA „Rauchfrei“ Selbsttest zur Motivation und Abhängigkeit Startpaket der BZgA zum Ausstieg - Bestellung für die Praxis oder individuell möglich „Rauch-Rechner“ – Wissenswertes über Ihren Zigarettenkonsum! „Der Zigarettenrechner“ – Kosten Ihres Zigarettenkonsums ausrechnen Linkübersicht Patienteninformationen: Rauchen
Leitlinien	LL Hausärztliche Gesprächsführung S3 LL Tabakentwöhnung bei COPD
Weiterführende Literatur	Hettema J, Steele J, Miller WR: Motivational Interviewing. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1: 91–111. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD003289.
Anhang	Beratungsschema 5R, 5A Quantifizierung mit dem Fagerströmtest Motivation zum Rauchstop-Einfluss Lebenserwartung

Die 5 As als minimale Intervention zur Unterstützung bei Abhängigkeitserkrankungen

ASK	Erfrage und erfasse (Diagnose) systematisch Nikotinkonsum (seit wann er raucht, wie viel er raucht z.B: X pack/year)
ADVISE	Empfehl, das Rauchen aufzuhören. Biete dazu in einer kurzen und prägnanten Art einige gute Gründe an.
ASSESS	Evaluieren die Bereitschaft des Patienten, mit dem Rauchen aufzuhören. Stadium der Motivationsbereitschaft (Absichtslosigkeit¹, Absichtsbildung², Vorbereitung³, Aktion⁴) ¹ Absichtslosigkeit= nicht bereit, sich mit Rauchverhalten auseinanderzusetzen/ kein Problembewusstsein ² Absichtsbildung= sieht, dass sich Rauchen mit anderen Lebenszielen widerspricht, baut Absicht zum Rauchstopp auf ³ Vorbereitung= ist bereit sich mit Rauchstopp zu beschäftigen und hat erste Schritte in diese Richtung unternommen (Informationen eingeholt o.ä.) ⁴ Aktion/ Handlung= hat mit Rauchstopp begonnen, ist aber noch rückfallgefährdet (meist noch <6 Monate rauchfrei)
ASSIST	Wenn der Patient bereit ist aufzuhören, hilf ihm dabei. Erstelle mit ihm gemeinsam einen Managementplan, z.B.: Nahziele (was bis wann), Prävention von Rückfällen
ARRANGE	Vereinbare Follow-up Besuche bzw. weitere Kontakte.

In einem Programm haben australische Hausärzte den Einsatz der 5 A Methode für die häufigsten Risikofaktoren (Rauchen, Ernährung, Alkohol, Bewegung) zusammengefasst und mit vielen Beispielen erklärt. [SNAP Guide 2004](#)

Fagerströmtest zur Nikotinabhängigkeit

Wann nach dem Aufwachen rauche Sie Ihre erste Zigarette?

☐ innerhalb von fünf Minuten	3 Punkte
☐ innerhalb von 6 bis 30 Minuten	2 Punkte
☐ innerhalb von 31 bis 60 Minuten	1 Punkt
☐ es dauert länger als 60 Minuten	0 Punkte

Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. in der Kirche, in der Bibliothek, im Kino usw.) darauf zu verzichten?

☐ ja	1 Punkt
☐ nein	0 Punkte

Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

☐ Die erste am Morgen	1 Punkt
☐ andere	0 Punkte

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

☐ mehr als 30	3 Punkte
☐ 21-30	2 Punkte
☐ 11-20	1 Punkt
☐ 0-10	0 Punkte

Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen mehr als am Rest des Tages?

☐ ja	1 Punkt
☐ nein	0 Punkte

Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

☐ ja	1 Punkt
☐ nein	0 Punkte

0-2 Punkte: geringe Abhängigkeit

3-5 Punkte: mittlere Abhängigkeit

6-7 Punkte: starke Abhängigkeit

8-10 Punkte: sehr starke Abhängigkeit

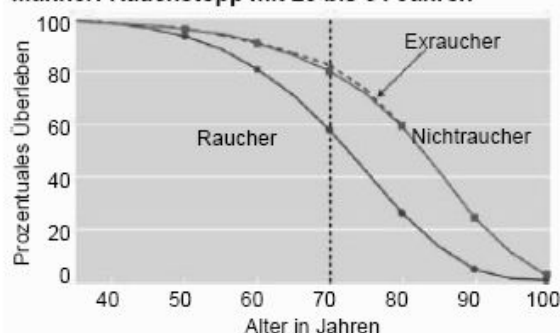
Übersetzung nach [Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC & Fagerström KO \(1991\)](#) The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addiction 86. Auswertung nach [Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT \(1991\)](#) Nicotine Addiction and Its Assessment. Ear, Nose and Throat Journal.

Motivation zum Rauchstopp

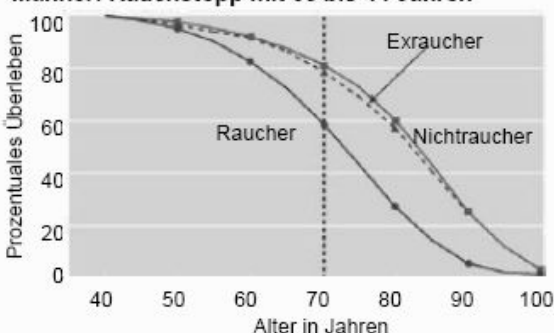
Das Rauchen aufzugeben lohnt sich immer – je früher, desto besser! Diese Botschaft sollten Ärzte auch ihren rauchenden Patienten vermitteln. Wie die »British doctors« Studie zeigt, haben Raucher, die bis zum **vierundvierzigsten Lebensjahr mit dem Rauchen aufhören, eine den Nichtrauchern vergleichbare Lebenserwartung**. Wer mit 60 Jahren zu rauchen aufhört, profitiert ebenfalls; zwar liegt die Lebenserwartung unter der eines Nichtrauchers, doch im Vergleich zu einem Raucher können drei Jahre an Lebenserwartung gewonnen werden. Wer mit 50, 40 oder 30 Jahren zu rauchen aufhört, gewinnt entsprechend 6, 9, oder 10 Jahre an Lebenserwartung.

Auswirkungen auf das Überleben (Gesamt mortalität) [nach 21]

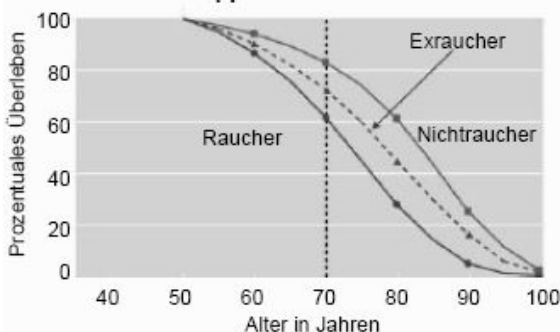
Männer: Rauchstopp mit 25 bis 34 Jahren



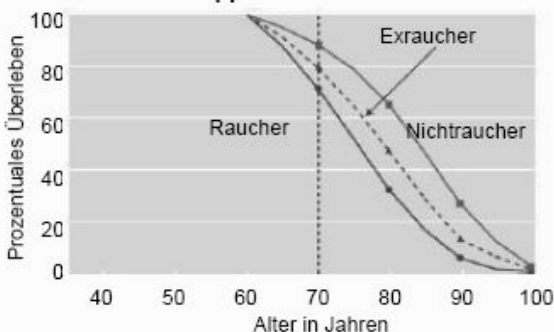
Männer: Rauchstopp mit 35 bis 44 Jahren



Männer: Rauchstopp mit 45 bis 54 Jahren



Männer: Rauchstopp mit 55 bis 64 Jahren



Quelle: KVH aktuell Juni 2011

Werkzeug Nr. 4 (Fragebogen AOK-Check 18+, Frage 5)	
Vorsorgethema	Zahnprobleme
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	Allgemeine Patientenberatung und Zweitmeinung sowie Gutachterkommission für Fragen zahnärztlicher Haftung der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg. Informationen der AOK Baden-Württemberg rund um die Zähne Patienteninformation der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zum Thema Parodontitis Patienteninformationen des IQWiG (von Kariesprophylaxe bis Weisheitszähnen) Zahnarztsuche Baden-Württemberg (Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg)
Leitlinien	LL der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften zur Zahngesundheit Entfernung von Weisheitszähnen Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe
Weiterführende Literatur	
Anhang	Selbstaussfüller Fragebogen zur Erfassung von Risikogruppen (aus der österreichischen Vorsorgeuntersuchung)

Selbstaussfüller Fragebogen zur Zahngesundheit

zur Erfassung von Risikogruppen (aus der [österreichischen Vorsorgeuntersuchung](#))

Der folgende Fragebogen kann helfen, eine vorhandene Zahnfleischproblematik zu erkennen. Zusätzlich sollte eine Inspektion der Mundhöhle erfolgen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder beim Essen harter Nahrung?
- ☐ Fühlt sich Ihr Zahnfleisch geschwollen oder empfindlich an?
- ☐ Hat sich Ihr Zahnfleisch zurückgezogen? Glauben Sie, dass Ihre Zähne länger geworden sind?
- ☐ Sind die Zwischenräume zwischen Ihren Zähnen größer geworden?
- ☐ Falls Sie eine Teilprothese tragen, hat sich die Passform verändert?
- ☐ Haben Sie oft Probleme mit Mundgeruch?

Werkzeug Nr.5 (Fragebogen AOK-Check 18+, Frage 6)	
Vorsorgethema	Gesundheitsinformationen
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	Patienteninformation zum Mitgeben. Ziel ist es, die Gesundheitskompetenz der Patienten zu stärken und sie dabei zu unterstützen, einfache gesundheitliche Probleme selber zu behandeln und ggfs., die Arztpraxis gar nicht aufzusuchen. Unabhängige Patienteninformationen des IQWiG zu vielen Erkrankungen und Behandlungen (von Atemwegen bis Zähne) www.gesundheitsinformation.de Kurzinformationen der Bundesärztekammer und KBV Patienteninformation der DEGAM zu den Themen: Brennen beim Wasserlassen, Müdigkeit, Husten, Nackenschmerzen, Halsschmerzen, Kreuzschmerzen Medizinische Informationen der AOK Baden-Württemberg Linkübersicht Patienteninformationen: Vorsorge
Leitlinien	Leitlinien der DEGAM: Brennen beim Wasserlassen, Müdigkeit, Husten, Ohrenschmerzen, Rhinosinusitis, Nackenschmerzen, Halsschmerzen, Kreuzschmerzen, chronische Schmerzen, Durchfall, NVL Rückenschmerzen
Weiterführende Literatur	
Anhang	

Werkzeug Nr.6 (Fragebogen AOK-Check 18+, Frage 7 und Frage 8)	
Vorsorgethema	Medikamente
Material	In dieser Rubrik finden Sie Informationen zur systematischen Medikamentenanamnese sowie Tipps zur Beurteilung umfangreicher Medikamentenpläne. Zur Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen ist bei vielen Medikamenten eine regelmäßige Kontrolle von Laborwerten oder die Bestimmung von Blutspiegeln erforderlich. Ein Vorschlag zum Monitoring häufig eingesetzter Medikamente findet sich im Anhang.
 Patienteninformation	Patienteninformation der Medizinischen Hochschule Hannover: Polypharmakotherapie Patienten können selbständig Verdachtsfälle auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)
Leitlinien	DEGAM-LL Medikamentenmonitoring LL Multimedikation
Material	Empfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zur Pharmakovigilanz Meldung unerwünschter Arzneimittelreaktionen Auch für Patienten ist eine Meldung möglich
Weiterführende Literatur	Lewis, T.: Using the NO TEARS tool for medication review, BMJ 2004; 329:434 Bloechlinger, E.: Die (zu) lange Medikamentenliste beim alten Patienten. Primary Care 2003: 1028-1029 Hanlon, JT et al.: A method for assessing drug therapy appropriateness, J Clin Epidemiol, 1992:Oct; 45 (10): 1045-51

	Holt et al. : Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen. Die PRISCUS-Liste, Deutsches Ärzteblatt, 2010 :107 (31-32) : 543-551
Anhang	Instrumente zur/ zum Medikamentenanamnese/-review

Instrumente zur/ zum Medikamentenanamnese/-review

Eine **Medikamentenanamnese** kann dazu beitragen, dass:

- der Behandler über alle eingenommenen (auch die frei verkäuflichen) Medikamente informiert ist
- mögliche Gefährdungen des Patienten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen / Interaktionen früher erkannt werden können

Eine solche Medikamentenanamnese kann dabei ungeplant bei einem akuten Kontakt stattfinden oder im Rahmen einer regelmäßigen z.B. jährlichen Medikamentenüberprüfung mit dem Patienten. Im Folgenden wird ein Instrument vorgestellt, das im Rahmen einer solchen Medikamentenüberprüfung benutzt werden kann.

MAI- Medication appropriatness indicator

1. Gibt es eine Indikation für das Medikament?
2. Ist das Medikament wirksam für die verordnete Indikation?
3. Stimmt die Dosierung?
4. Sind die Einnahmenvorschriften korrekt? (Applikationsmodus, Einnahmefrequenz, Einnahmezeit, Relation zu Mahlzeiten)
5. Gibt es klinisch relevante Interaktionen mit anderen Medikamenten?
6. Gibt es klinisch relevante Interaktionen mit anderen Krankheiten/Zuständen?
7. Sind die Anwendungsvorschriften für meinen Patienten / meine Patientin praktikabel?
8. Wurden unnötige Doppelverschreibungen vermieden?
9. Ist die Dauer der medikamentösen Therapie (seit wann verordnet) adäquat?
10. Wurde die kostengünstigste Alternative vergleichbarer Präparate ausgewählt?

[Hanlon 1992](#)

Werkzeug Nr. 7 (Fragebogen AOK-Check 18+, Frage 9)	
Vorsorgethema	Alkoholkonsum
Material	
Diagnose	Fragebögen zur genaueren Erfassung einer Alkoholabhängigkeit: Cage; Audit C (s. Anhang)
 Patienteninformation	Trinktagebuch Folgen des Alkoholkonsums Printmedien der BZgA zur Alkoholprävention Kampagne „Kenn dein Limit“ der BZgA: Promillerechner , Selbsthilfegruppen , Alkoholeinheitenrechner Linkübersicht Patienteninformationen: Alkohol
Leitlinien	Leitlinie des Projektes Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis: www.alkohol-leitlinie.de/?fldr=experten&menu=1-1-0 S3 LL Alkoholbezogene Störungen
Material	Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis - Materialsammlung für die Hausarztpraxis
Weiterführende Literatur	Bradley 2007 Effekt eines Gesprächsangebotes Dybek 2006 AUDIT in deutschen Hausarztpraxen Drummond C, Coulton S, James D , Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care. Br J Psychiatry. 2009 Dhalla S, Kopec JA 2007 , The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies(Review zum Cage Instrument)
Anhang	CAGE, AUDIT-C , s. auch Instrumente der Gesprächsführung Frage zum „Rauchen“

Instrumente zur Erfassung einer Alkoholkrankheit

Als Instrument in der Hausarztpraxis können die CAGE Fragen eingesetzt werden. Wenn auf mehr als eine Frage mit „Ja“ geantwortet wurde, ist ein schädlicher Alkoholgebrauch wahrscheinlich.

C = Cut down: „Haben Sie (erfolglos) versucht, Ihren Alkoholkonsum einzuschränken?“

A = Annoyed: „Haben andere Personen Ihr Trinkverhalten kritisiert und Sie damit verärgert?“

G = Guilty: „Hatten Sie schon Schuldgefühle wegen Ihres Alkoholkonsums?“

E = Eye Opener: „Haben Sie jemals schon gleich nach dem Aufstehen getrunken, um ‚in die Gänge zu kommen‘ oder sich zu beruhigen?“

Audit-C-Screening-Test

Wie oft trinken Sie Alkohol?

Nie	☐ 0 Punkte
1-mal im Monat oder seltener	☐ 1 Punkt
2- bis 4-mal im Monat	☐ 2 Punkte
2- bis 3-mal die Woche	☐ 3 Punkte
4-mal die Woche oder öfter	☐ 4 Punkte

Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?

(Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen)

1–2 Gläser pro Tag	☐ 0 Punkte
3–4 Gläser pro Tag	☐ 1 Punkt
5–6 Gläser pro Tag	☐ 2 Punkte
7–9 Gläser pro Tag	☐ 3 Punkte
10 oder mehr Gläser pro Tag	☐ 4 Punkte

Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z. B. beim

Abendessen, auf einer Party)? (Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen)

Nie	☐ 0 Punkte
Seltener als einmal im Monat	☐ 1 Punkt
Jeden Monat	☐ 2 Punkte
Jede Woche	☐ 3 Punkte
Jeden Tag oder fast jeden Tag	☐ 4 Punkte

AUDIT-C-Screening-Test, Auswertung

Bei einem Gesamtpunktwert von 4 und mehr bei Männern und 3 und mehr bei Frauen ist der Test positiv im Sinne eines erhöhten Risikos für alkoholbezogene Störungen (riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholkonsum)

Werkzeug Nr. 8 (Fragebogen AOK-Check 18+, Frage 10)	
Vorsorgethema	Andere Süchte (Computer, Internet, Glücksspiel, Drogen)
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	Suchtberatungsstellen Baden-Württemberg: Anschriftenliste der Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen/ Kontaktläden für Suchtgefährdete und Suchtkranke in Baden-Württemberg Informationsmaterial der BZGA zur Glücksspielsucht Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu unterschiedlichen Süchten Ein Handbuch zur Entwöhnungsbehandlung bei Benzodiazepinabhängigkeit (enthält detaillierte Schemata für unterschiedliche Wirkstoffe inklusive der Z-Medikamente)
Leitlinien	LL Hausärztliche Gesprächsführung (ÄZQ)
Weiterführende Literatur	Artikel zu Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter: http://www.aerzteblatt.de/pdf/104/28/a2061.pdf Smith Arch Intern Med 2010 – 1 Fragen Test zum Drogengebrauch
Anhang	Siehe Vorsorgethema Rauchen: Beratungsschema 5R, 5A RAFFT: Selbstbeurteilungsinstrument um eine Gefährdung auf Drogenabhängigkeit zu Erkennen – validiert für 12-18jährige 1 Fragen Test zum Gebrauch illegaler Drogen Fragebogen zur Abklärung einer Abhängigkeit von Computerspielen

RAFFT-Drogen

Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich entspannen oder du dich besser fühlen möchtest?

Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest?

Nimmt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal die Woche) illegale Drogen?

Nimmst du manchmal illegale Drogen, wenn du alleine bist?

Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit illegalen Drogen?

Hattest du jemals ernsthafte Schwierigkeiten wegen deines Konsums illegaler Drogen? (Zum Beispiel schlechte Zensuren, Ärger mit dem Gesetz oder den Eltern?)

Bei 2 und mehr Zustimmungen liegen bei 12- bis 18-Jährigen Hinweise auf eine Gefährdung (mögliche Entwicklung einer substanzbezogenen Störung) vor. Analog zu illegalen Drogen kann Alkoholkonsum abgefragt werden. RAFFT ist als Akronym aus relevanten Konsumkontexten gebildet: Relax, Alone, Friends, Familiy, Trouble [Stolle DÄB 2007](#)

1 Fragen Test zum Gebrauch illegaler Drogen

Möglicherweise ist auch ein weiterer 1 Fragen Test als Screeningfrage geeignet. Der von Smith et al. entwickelte Test wurde hausärztlichen Patienten erprobt. Die Screeningfrage lautete:

“How many times in the past year have you used an illegal drug or used a prescription medication for nonmedical reasons” – eine mögliche Übersetzung:

„Wie häufig haben sie in den letzten Jahren illegal Drogen oder verschreibungspflichtige Medikamente aus nichtmedizinischen Gründen eingenommen?“

Smith PC et al Arch Intern Med 2010; 170(13): 1155-1160

Fragebogen zur Abklärung einer Abhängigkeit von Computerspielen**Computerspiel-Abhängigkeits-Skala KFN-CSAS-II¹**

	Stimmt nicht 1	2	3	Stimmt genau 4
Einengung des Denkens und Verhaltens				
Ich beschäftige mich auch während der Zeit, in der ich nicht Computer und Video spiele, gedanklich sehr viel mit Spielen				
Meine Gedanken kreisen ständig um Computer- und Videospiele, auch wenn ich gar nicht spiele.				
Zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Situationen spiele ich eigentlich immer: Das ist fast zu einer Routine für mich geworden.				
Es kommt vor, dass ich eigentlich etwas ganz anderes tue und dann ohne zu überlegen ein Computerspiel starte.				
Negative Konsequenzen				
Meine Leistungen in der Schule leiden unter meinen Spielgewohnheiten				
Ich bin so häufig und intensiv mit Computer- und Videospiele beschäftigt, dass ich manchmal Probleme in der Schule bekomme.				
Mir wichtige Menschen beschweren sich, dass ich zu viel Zeit mit Spielen verbringe.				
Weil ich so viel spiele, unternehme ich weniger mit Anderen.				
Kontrollverlust				
Ich verbringe oft mehr Zeit mit Computer- und Videospiele, als ich mir vorgenommen habe.				
Ich habe das Gefühl, meine Spielsucht nicht kontrollieren zu können.				
Entzugerscheinungen				
Wenn ich nicht spielen kann, bin ich gereizt und unzufrieden.				
Wenn ich längere Zeit nicht spiele, werde ich unruhig und nervös.				
Toleranzentwicklung				
Ich habe das Gefühl, dass Computer- und Videospiele für mich immer wichtiger werden.				
Ich muss immer länger spielen, um zufrieden zu sein.				

Ab 35 Punkten Verdacht Abhängigkeitsgefährdung.

Ab 42 Punkten Verdacht auf Abhängigkeit

¹ Hanh A, Jerusalem M. Internet-Sucht: Validierung eines Instruments und explorative Hinweise auf personale Bedingungen in: Theobald A, Dreyer M, Starsetzki T, Hrsg. Handbuch zur Online-Marktforschung. Beiträge aus Wissenschaft und Praxis. Wiesbaden: Gabler: 2011m S. 213.233

Werkzeug Nr. 9 (Fragebogen AOK-Check 18+, Fragen 11-15 und 17-18)	
Material	Vorsorgethema: Psychosozial/ Finanzen/schwere Lebenssituation
Diagnose	PHQ-D ist ein Fragebogeninstrument zur Erfassung und Differenzialdiagnose von Depression/ Angst/ somatoformen Störung/ Essproblematik/ Alkoholproblemen: Patientenfragebogen; Kurzform des Patientenfragebogens). Siehe auch in ARRIBA: http://www.arriba-hausarzt.de/material/aok-bw.html Der SOC (sense of coherence) Fragebogen ist ein verlässliches Instrument zur Erhebung in welchem Ausmaß Menschen mit belastenden Situationen umgehen und dabei gesund bleiben (s. Anhang) V.a beim Vorliegen einer Zwangserkrankung kann der Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen eingesetzt werden (s. Anhang)
 Patienteninformation	Patientenleitlinie zum Thema Depression AOK-Programm „Stress im Griff“ Selbsthilfegruppen in der Region Broschüren der BZgA zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung Patienteninformation der DEGAM zum Thema: Müdigkeit Linkübersicht Patienteninformationen: Stress und Depression Online Selbsthilfeprogramm: moodgym
Leitlinien	Nationale Versorgungsleitlinie Depression S 3 Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden
Materialsammlung	Informationen zum Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg sowie die Ansprechpartner in den jeweiligen AOK Bezirksdirektionen Auswahl an Beratungsstellen und Angeboten in Baden-Württemberg für verschiedenste Notlagen.

Weiterführende Literatur	USPTF 2009 Ann Intern Med Gräfe 2004 PHQ-D Richardson 2010 PHQ zur Detektion einer Depression bei Jugendlichen Manea 2011 CMAJ (Validität des PHQ 9 zum Depressionsscreening)
Anhang	Screeningfragen für Zwangserkrankungen Salutogenesefragebogen – Fragebogen zur Aufdeckung persönlicher Ressourcen

Salutogenese Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

In unserer ersten Befragung haben wir gemeinsam mit Ihnen geschaut, wo Sie Probleme mit einem gesunden Leben haben. Gemeinsam haben wir diese Probleme in die für Sie richtige Rangfolge gebracht.

Nur darauf zu achten, was alles nicht gut läuft, kann einen Menschen aber auch krank machen. Nicht immer gibt es ja für die gefundenen Probleme eine Lösung. In diesem Fragebogen wollen wir ein Auge werfen, was alles in Leben gut läuft – und aus welchen Quellen Sie Kraft schöpfen können, um mit auftauchenden Problemen fertig zu werden.

Zuerst ein paar einfache „JA“-Fragen – wenn die Frage für Sie stimmt, einfach „Ja“ ankreuzen.	JA
1. Bewegen Sie sich gerne?	
2. Macht Ihnen Musik Freude?	
3. Sind Sie gerne in der Natur?	
4. Fühlen Sie sich im Freundeskreis aufgehoben?	
5. Für ältere Menschen: haben Sie Kontakt zur jungen Generation?	
6. Haben Sie ein oder mehrere Hobbies, die Ihnen Spaß machen?	

7. Haben Sie im Fall einer Krankheit Unterstützung?	
8. Würden Sie sagen: mein Leben hat einen Sinn?	

Nun einige Fragen mit einer offenen Antwort-Möglichkeit

9. In welchen Momenten fühlen Sie sich gut?

.....

.....

10. Auf welche Erfahrungen und Erinnerungen in ihrem Leben blicken Sie gerne zurück?

.....

.....

11. Womit, glauben Sie, können Sie Ihre Gesundheit erhalten?

.....

.....

12. Auf welchem Gebiet fühlen Sie sich „richtig gut“?

.....

.....

13. Wofür erfahren Sie Wertschätzung?

.....

.....

14. Wo fühlen Sie sich gebraucht?

.....

.....

15. Für ältere oder sehr kranke Menschen: Welchen Sinn haben Sie für die verbleibende Lebensspanne? Was haben Sie (noch) vor?

.....

.....

16. Welche Aktivitäten würden Sie sich wünschen?

.....
.....

17. Worüber würden Sie noch gerne sprechen?

.....
.....
.....

Screening auf Zwangserkrankungen:

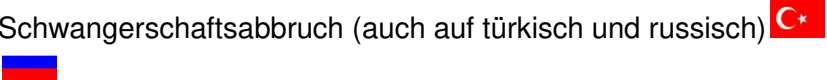
Es existieren derzeit keine validierten deutschsprachigen Screeninginstrumente.

Vielfersprechend erscheint aber das Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen (ZF-OCS; Fineberget al., 2003; vgl. Wahl et al., 2010).

Es umfasst 5 Fragen:

- (1) Waschen und putzen Sie sehr viel?
- (2) Kontrollieren Sie sehr viel?
- (3) Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten aber nicht können?
- (4) Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange?
- (5) Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?

Die Durchführung dieses Screenings ist sehr zeitökonomisch und weist in der englischen Originalversion eine Sensitivität von 94 % und eine Spezifität von 85 % auf. Die Erfahrung mit dem Screening im deutschsprachigen Raum weist auf eine deutlich geringere Spezifität hin.

Werkzeug Nr. 10 (Fragebogen AOK-Check 18+, Frage 16)	
Vorsorgethema	Familienplanung, Sexualität
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	Information des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg zu HIV oder andere sexuell übertragbare Krankheiten (STI) Informationen der AOK Baden-Württemberg zu Familienplanung und Partnerschaft & Sexualität Pro familia Baden-Württemberg: Über die Beratungsstellen und das Internetangebot ist sowohl eine persönliche Beratung als auch der Bezug vielfältiger Informationsmaterialien möglich: http://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/baden-wuerttemberg.html Publikationen pro familia Patientinneninformation zur Verhütung, Pille danach Schwangerschaftsabbruch (auch auf türkisch und russisch)  Patientinneninformation Zervix-Screening Seite der BZgA zum Thema Familienplanung
Leitlinien	Keine hausärztliche LL hinterlegt
Weiterführende Literatur	
Anhang	

Werkzeug Nr. 11 (Dieses Werkzeug ist keiner Frage zugeordnet, sondern steht für Sie als Informationsquelle zur Verfügung, falls der Patient von sich aus über dieses Thema sprechen möchte)	
Vorsorgethema	Schlafstörung
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	BerlinFragebogen Instrumente zur Abklärung bei Verdacht auf das Vorliegen einer Schlafapnoe Zur weiteren Diagnostik von Schlafstörungen kann die Führung eines Schlaftagebuches erste wichtige Hinweise liefern. Schlafraining Fragebogen zur Beurteilung der Schlafqualität (Pittsburg Schlafqualitätsindex)
Leitlinien	Keine hausärztliche LL hinterlegt
Material	
Weiterführende Literatur	Culpepper 2009 Netzer 1999 AnnInternMed Health technology assessment Bericht zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen Freyer ZFA 2005 Schlaftagebuch Buysse 2011 ArchInternMed – Verhaltenstherapie bei Schlafstörungen im Alter
Anhang	Berliner Fragebogen

Berliner Fragebogen

Der Berliner Fragebogen enthält neun Fragen und eine Unterfrage zu klinischen Symptomen von schlafbezogenen Atemstörungen (SBAS). Die Fragen gliedern sich in 3 Kategorien.

1. Atmungsstörungen (Schnarchen, Atemaussetzer während des Schlafes)
2. Tagesmüdigkeit
3. Risikofaktoren (Adipositas, Hypertonie).

Wenn zwei von drei Kategorien positiv bewertet worden sind, besteht der Verdacht auf eine SBAS. Kategorie eins und zwei sind ab 2 Punkten positiv, Kategorie 3 ab 1 Punkt.

Kategorie 1:

1. Haben Sie im letzten Jahr mehr als 5 kg Gewicht

☐ zugenommen ☐ abgenommen ☐ nicht geändert

2. Schnarchen Sie?

☐ Ja (1 Punkt) ☐ Nein ☐ Weiß nicht

Falls Sie schnarchen

3. Die Lautstärke Ihres Schnarchens ist

- ☐ nur wenig lauter als normale Atmungsgeräusche
☐ fast so laut wie normale Sprache
☐ lauter als normale Sprache (1 Punkt)
☐ extrem laut, kann sogar durch eine geschlossene Tür gehört werden (1 Punkt)

4. Wie häufig tritt Ihr Schnarchen auf?

- ☐ jeden Tag (1 Punkt) ☐ 3-4 mal pro Woche (1 Punkt)
☐ 1-2 mal pro Woche ☐ 1-2 mal pro Monat
☐ nie oder fast nie

5. Hat Ihr Schnarchen eine andere Person beim Schlafen gestört?

☐ Ja (1 Punkt) ☐ Nein

6. Sind bei Ihnen Atemstillstände während des Schlafes bemerkt worden?

- ☐ fast jeden Tag (2 Punkte) ☐ 3-4 mal pro Woche (2 Punkte)
☐ 1-2 mal pro Woche ☐ 1-2 mal pro Monat
☐ nie oder fast nie

Kategorie 2:

7. Wie oft fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen schon wie gerädert?

☐ fast jeden Tag (1 Punkt)	☐ 3-4 mal pro Woche
☐ 1-2 mal pro Woche	☐ 1-2 mal pro Monat
☐ nie oder fast nie	

8. Fühlen Sie sich müde, schlapp, abgespannt oder nicht voll leistungsfähig ?

☐ fast jeden Tag (1 Punkt)	☐ 3-4 mal pro Woche (1 Punkt)
☐ 1-2 mal pro Woche	☐ 1-2 mal pro Monat
☐ nie oder fast nie	

9. Sind Sie jemals ungewollt beim Autofahren eingenickt?

☐ Ja (1 Punkt)	☐ Nein

Falls ja, wie oft kommt das vor?

☐ fast jeden Tag (1 Punkt)	☐ 3-4 mal pro Woche (1 Punkt)
☐ 1-2 mal pro Woche	☐ 1-2 mal pro Monat
☐ nie oder fast nie	

Kategorie 3:

10. Haben Sie einen hohen Blutdruck?

☐ Ja (1 Punkt)	☐ Nein	☐ Weiß nicht

Werkzeug Nr. 12 (Dieses Werkzeug ist keiner Frage zugeordnet, sondern steht für Sie als Informationsquelle zur Verfügung, falls der Patient von sich aus über dieses Thema sprechen möchte)	
Vorsorgethema	Patientenverfügung / Betreuungsvollmacht
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	Informationen des Bundesministeriums für Justiz zu Betreuungsrecht, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht Informationen zur Betreuungs- und Vorsorgevollmacht sind auch auf türkisch  und russisch  erhältlich Informationsseite der gemeinnützigen Bundeszentralstelle Patientenverfügung Die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben stellt Materialien wie Patientenverfügungen bereit – für Mitglieder ist eine ehrenamtliche Beratung möglich Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg: Bieten eine kostenlose Beratung rund um das Thema Pflege. Sie dienen keinem kommerziellen Zweck und werden getragen von den Kranken und Pflegekassen sowie vom Land Bremen und von den Städten Bremen und Bremerhaven Informationen der AOK Baden-Württemberg zu Patientenverfügung, Pflege und Vollmachten
Leitlinien	
Material	
Weiterführende Literatur	
Anhang	

Werkzeug Nr. 13 (Fragebogen AOK-Check 18+, Frage 19 und 20)	
Vorsorgethema	Krebsfrüherkennung
Material	
 Diagnose/ Patienteninformation	Patientenentscheidungshilfen Informationen der AOK Baden-Württemberg zu Krebsvorsorge Patienteninformationen der KBV- BÄK Patienteninformationen des IQWiG Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen
Leitlinien	LL Hausärztliche Gesprächsführung S3 Leitlinie Prostatakarzinom
Material	
Weiterführende Literatur	
Anhang	s. auch Familienplanung/Sexualität s. auch Gesundheitsinformationen

Werkzeug Nr. 14 (Dieses Werkzeug ist keiner Frage zugeordnet, sondern steht für Sie als Informationsquelle zur Verfügung, falls der Patient von sich aus über dieses Thema sprechen möchte)

Vorsorgethema	Impfungen
Material	
 Impfempfehlungen/ Patienteninformation	Empfehlungen des Robert Koch Institutes zu einzelnen Erkrankungen/ Impfungen Schutzimpfungen – 20 Einwände und Antworten des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts Infoportal zu Reiseimpfungen Impfstelle für Auslandsreisende Baden-Württemberg Positionspapier der DEGAM zu Impfungen Bestellmöglichkeit für den Internationalen Impfausweis Deutsche Grüne Kreuz Patienteninformation des Bremer Hausärzteverbandes zu MMR, Hepatitis, TdPolio und anderen Mach den Impfcheck! Impf-Informationen der AOK Baden-Württemberg Impf-Informationen der BZgA HPV-Impfung Linkübersicht Patienteninformationen: Impfungen
Leitlinien	Keine hausärztliche LL hinterlegt
Material	
Weiterführende Literatur	
Anhang	

Patienteninformationen & -angebote

Patienteninformationen zu dem Thema Body Mass Index und Übergewicht	Text/Content
https://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheit/essen-trinken-schlemmerpost-149299.php	Anmeldung für kostenlosen Newsletter "Schlemmerpost"
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/alles-in-balance-167407.php	Alles in Balance
http://www.abnehmen-mit-genuss.de/content/startseite	AOK-Programm "Abnehmen mit Genuss"
https://www.aok.de/portale/bundesweit/wunschgericht/	GesundGenießen-App
http://www.aok.de/bundesweit/alles-in-balance/alles-in-balance-gesundes-schlemmen-35531.php	Gesundes Schlemmen
http://www.aok.de/bundesweit/leistungen-service/ratgeber-foren-ernaehrung-22391.php	Ratgeberforum Ernährung
http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/essen-trinken-ernaehrung-schwangere-8395.php	Ernährung Schwangere
http://familie.aok.de/de/familienphasen/schwangerschaft-und-geburt/gut-zu-wissen/ernaehrung/	Ihr persönlicher Schwangerschaftsratgeber
http://familie.aok.de/de/initiative-gesunde-kinder/	Gesunde Kinder – gesunde Zukunft
http://familie.aok.de/de/initiative-gesunde-kinder/unsere-aktionen/	AOK in Kindergärten und Schulen
https://gesundheitsmanager.aok.de/sport-und-freizeit/fitness-coach-ueberblick-5971.php	AOK-Fitness Coach
http://www.aok.de/laufend-in-form/	AOK-Programm "Laufend in Form"
http://gesundheitsmanager.aok.de/videos-partneruebungen-dehnung-kraeftigung-6025.php	Partnerübungen im Video
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheit/testen-sie-sich-694.php	Testen Sie sich
https://gesundheitsmanager.aok.de/sport-und-freizeit/forum-fitness-68.php	Forum Fitness
https://gesundheitsmanager.aok.de/essen-figur-58.php	Essen & Figur
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheit/gesundheits-interaktiv-206702.php	Gesundheit interaktiv
www.adipositas-gesellschaft.de	Übergewicht
www.a-g-a.de	Übergewicht
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de	Übergewicht
www.dge.de	Übergewicht
www.diabetikerbund.de	Übergewicht
www.dgem.de	Übergewicht
Patienteninformationen zu dem Thema Alkohol und Rauchen	Text/Content
http://www.kenn-dein-limit.info/einheitenrechner.html	Alkoholeinheitenrechner
http://www.kenn-dein-limit.de/selbst-tests/promillerechner/	Promillerechner
http://www.ich-werde-nichtraucher.de/	AOK-Programm "Ich werde Nichtraucher"
http://www.gesundheitsinformation.de/raucherentwöhnung.2080.de.html	Wissenswertes über Ihren Zigarettenkonsum!
http://www.zigaretten-rechner.de/	BZfG Rauchfrei-App: Kostenersparnisrechner
http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/nachsorge-und-selbsthilfe/beratungsstellen-und-selbsthilfegruppen/	Selbsthilfegruppe
http://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/	Broschüren zur Alkoholprävention
Patienteninformationen zu dem Thema Bewegung	Text/Content
https://gesundheitsmanager.aok.de/sport-und-freizeit/fitness-coach-ueberblick-5971.php	AOK-Fitness Coach
http://www.aok.de/laufend-in-form/	AOK-Programm "Laufend in Form"
http://www.aok.de/portale/bundesweit/sportpartner/html/	Sportpartnerbörse
http://www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de	Mit dem Rad zur Arbeit
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/aok-rueckenkonzept-28151.php	Ein kleines Basisprogramm zum warm werden!
http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/kalorienrechner-84725.php?cid=7	Kalorientabelle
https://gesundheitsmanager.aok.de/essen-und-figur/rechner-kalorienverbrauch-1570.php?currentPage=2	Kalorienverbrauch
http://gesundheitsmanager.aok.de/motivation-999.php	Motivation
http://www.dosb.de/?id=14041	Bewegung und Sport im Alltag
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Koerperliche_Aktivitaet.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Körperliche Aktivität
http://www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrung-bewegung-stressregulation/	Broschüren zu Ernährung - Bewegung - Stressbewältigung

Patienteninformationen & -angebote

Patienteninformationen zu dem Thema Ernährung	Text/Content
http://www.darmkrebs.de/ernaehrung-lebensstil/	Darmkrebs
https://www.aok.de/bundesweit/themenspezial/themen-spezial-diabetes-114733.php	Diabetes
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/aerzteteam-bluthochdruck-13252.php	Bluthochdruck
https://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/broschuerencenter-40380.php	AOK-Broschürencenter
http://www.dge.de/presse/pm/bewaehrt-seit-55-jahren-vollwertig-essen-und-trinken-nach-den-10-regeln-der-dge/	Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE
http://www.dge.de/	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
www.dgem.de	Übergewicht
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/Ernaehrung.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Ernährung
http://www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrung-bewegung-stressregulation/	Broschüren zu Ernährung - Bewegung - Stressbewältigung
Patienteninformationen zu dem Thema Impfstatus	Text/Content
www.mach-den-impfcheck.de	Impfung
www.rki.de/impfkalender	Impfkalender
http://www.aok-bv.de/gesundheitsvorsorge/impfen/	Impfung
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Bedeutung/Schutzimpfungen_20_Einwaende.htm	Einwände zum Thema Impfen
http://www.bzga.de/infomaterialien/impfungen-und-persoenerlicher-infektionsschutz/	Einwände zum Thema Impfen
Patienteninformationen welche sich mit dem Thema Rücken beschäftigen	Text/Content
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007p_S3_Kreuzschmerz_2013-08.pdf	Information für Patienten "Kreuzschmerz"
http://www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz/patienten	Patienteninformation Rückenschmerzen
http://www.gesundheitsinformation.de/kreuzschmerzen.2378.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0	Gesundheitsinformation Kreuzschmerz
https://gesundheitsmanager.aok.de/sport-und-freizeit/fitness/ttschuess-problemzonen-277.php	Bodystyler
https://gesundheitsmanager.aok.de/sport-und-freizeit/forum-fitness-68.php	Forum Fitness
Patienteninformationen welche sich mit dem Thema Stress und Depression beschäftigen	Text/Content
http://www.aok.de/bundesweit/alles-in-balance/balance-check-174250.php	Hinweis auf "Lebe Balance"
https://www.stress-im-griff.de/	AOK-Programm "Stress im Griff"
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/die-aok/208722.php	Selbsthilfenavigator
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/landesweites-hausarztprogramm-53350.php	Am AOK-HausarztProgramm teilnehmende Hausärzte
www.deutsche-depressionshilfe.de	Depressionshilfe
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005p_S3_Unipolare_Depression-Patientenversion_01.pdf	Patientenleitlinie Depression
http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/Patienteninformationen/Pat.info_Muedigkeit_2011.pdf	Patienteninformation Müdigkeit
http://www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrung-bewegung-stressregulation/	Broschüren zu Ernährung - Bewegung - Stressbewältigung
Patienteninformationen welche sich mit dem Thema Vorsorge beschäftigen	Text/Content
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheitsvorsorge-praevention-27165.php	AOK Vorsorge Programme
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Praevention/Praevention_node.html	Vorsorge Krebserkrankungen in Deutschland
http://www.gesundheitsinformation.de/index.de.html	Wertvolle unabhängige und geprüfte Informationen zu vielen Gesundheitsthemen und Informationen rund um den menschlichen Körper
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Fettstoffwechselstoerungen.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Fettstoffwechselstörungen
http://www.gesundheitsinformation.de/erhoehte-cholesterinwerte.2178.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0	Gesundheitsinformation Cholesterin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Diabetes_mellitus.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Diabetes
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Bluthochdruck.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Bluthochdruck
http://www.patientenleitlinien.de/Bluthochdruck/bluthochdruck.html	Patienteninformation Bluthochdruck
http://www.gesundheitsinformation.de/bluthochdruck.2083.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0	Gesundheitsinformation Bluthochdruck

Patienteninformationen & -angebote

Weitere Informationen zu Gesundheitsangeboten der AOK	Text/Content
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/facharztprogramm-orthopaedievertrag-225623.php	Facharztprogramm Orthopädie
http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/dmp/index.html	DMP-Programme
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/ratgeber-foren-695.php	Ratgeber der AOK
https://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheit/aok-kochwerkstatt-angebote-206703.php	AOK-Kochwerkstatt
http://www.aok-on.de/baden-wuerttemberg/functional-fitness.html	Functional Fitness
https://www.aok.de/baden-wuerttemberg/die-aok/gesundheitsangebote-vor-ort-67065.php	Gesundheitsangebote vor Ort
https://www.aok.de/baden-wuerttemberg/gesundheit/cardiofit-27171.php	Cardio Fit
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/aok-rueckenkonzept-28151.php	AOK-Rückenkonzept
https://www.aok-rueckenaktiv.de/	AOK-Rückenaktiv
https://www.aok.de/baden-wuerttemberg/aok-apps-197062.php	AOK-Apps
https://www.aok.de/baden-wuerttemberg/leistungen-service/leistungen-a-z-167450.php	Leistungen von A-Z
Weiterführende Links	Text/Content
http://www.gesundheitsinformation.de/	IQWiG - Gesundheitsinformationen
http://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html	Robert-Koch-Institut
http://www.bzga.de/	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
http://www.awmf.org/	Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
http://www.rheuma-liga-bw.de/	Rheuma-Liga in Baden-Württemberg
http://www.lsvbw.de/cms/iwebs/default.aspx	Landessportverband Baden-Württemberg
http://www.bbsbaden.de/	Badischer Behindertensportverband
http://www.wbrs-online.net/	Württembergischer Behindertensportverband
http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/index.php	AOK Baden-Württemberg

Ärzteinformationen

Ärzteinformationen	
Gebärmutterhalskrebs	Text/Content
http://www.gesundheitsinformation.de/gebaermutterhalskrebs.2109.de.html	Gesundheitsinformation Gebärmutterhalskrebs
http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/Patienteninformationen/DEGAM_Pat.info%20Gebarmutterhalskrebs_online_2014.pdf	Die Früherkennung von Krebs am Gebärmutterhals
Rückenschmerz	Text/Content
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0071_S3_Kreuzschmerz_2013-08.pdf	Leitlinie Kreuzschmerz
http://www.gesundheitsinformation.de/kreuzschmerzen.2378.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0	Gesundheitsinformation Kreuzschmerz
Stress	Text/Content
http://www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrung-bewegung-stressregulation/	Broschüren zu Ernährung - Bewegung - Stressbewältigung
http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-02_Muedigkeit_Langfassung_2011_2.pdf	Leitlinie Müdigkeit
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Seelische_Belastungen.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Seelische Belastung
Ernährung	Text/Content
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/Ernaehrung.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Ernährung
http://www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrung-bewegung-stressregulation/	Broschüren zu Ernährung - Bewegung - Stressbewältigung
Bewegung	Text/Content
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Koerperliche_Aktivitaet.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Körperliche Aktivität
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Sportliche_Aktivitaet.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Sportliche Aktivität
http://www.bzga.de/infomaterialien/ernaehrung-bewegung-stressregulation/	Broschüren zu Ernährung - Bewegung - Stressbewältigung
Rauchen	Text/Content
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2011_4_Rauchen.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Rauchen
http://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/	Broschüren zur Raucherentwöhnung
http://www.gesundheitsinformation.de/raucherentwoehnung.2080.de.html	Gesundheitsinformation Rauchen
Kardiovaskuläre Risikofaktoren	Text/Content
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Fettstoffwechselstoerungen.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Fettstoffwechselstörungen
http://www.gesundheitsinformation.de/erhoehte-cholesterinwerte.2178.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0	Gesundheitsinformation Cholesterin
http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-Anwenderversionen/DEGAM-NVL_Diabetes_Langversion_20131114_web.pdf	Leitlinie Diabetes
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Diabetes_mellitus.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Diabetes
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Bluthochdruck.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Bluthochdruck
http://www.gesundheitsinformation.de/bluthochdruck.2083.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_reports=0&overview=1&print=1&theme=0	Gesundheitsinformation Bluthochdruck
Sucht	Text/Content
http://www.bzga.de/infomaterialien/gluecksspielsucht/	Broschüren zur Spielsucht
Alkohol	Text/Content
http://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/	Broschüren zur Alkoholprävention
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Alkoholkonsumum.pdf?__blob=publicationFile	Faktenblatt Alkoholkonsum
Impfung	Text/Content
www.rki.de/impfkalender	Impfkalender
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Bedeutung/Schutzimpfungen_20_Einwaende.htm	Einwände zum Thema Impfen
http://www.bzga.de/infomaterialien/impfungen-und-persoenerlicher-infektionsschutz/	Einwände zum Thema Impfen
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Presse/Presse_node.html	Pressemitteilungen zum Thema

Beratungsschema - Tipps zur motivierenden Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung („Motivational Interviewing“, im Folgenden MI) ist eine klientenzentrierte, direkte Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Verhaltensänderung. MI zeichnet sich durch eine bestimmte Haltung und einen Gesprächsstil aus, der als ein besonderer „Kommunikationsstil des Geleitens“ beschrieben werden kann. Gespräche über die Lebensweise eines Patienten und Möglichkeiten zur Änderung des Lebensstils profitieren sehr von diesem Gesprächsstil. Wie Sie mit Patienten über deren Gesundheit reden, kann die persönliche Motivation der Betroffenen zu einer Verhaltensänderung stark beeinflussen.

1. Die innere Haltung beim MI zeichnet sich durch folgende Komponenten aus:

- **kollaborativ:** MI basiert auf einer von Zusammenarbeit geprägten Partnerschaft zwischen Arzt und Patient.
- **evokativ:** Es gilt Veränderungsbereitschaft herauszulocken, die ein Patient bereits in sich hat (durch Fördern von Diskrepanzwahrnehmung gesundheitsschädlichen Verhaltens zu persönlichen Lebenszielen und Werten).
- **Achtung der Autonomie:** Das Recht des Patienten für oder gegen Verhaltensänderungen wird respektiert (Nötigen und Drängen fördert Abwehr).

2. Die vier Grundprinzipien beim MI sind entsprechend dem engl. Akronym **RULE**:

- **Resist=** Widerstehe dem Reflex, den Patienten zu korrigieren
- **Understand=** Verstehe und erforsche die Motivation des Patienten
- **Listen=** Höre dem Patienten empathisch zu
- **Empower=** Befähige den Patienten und fördere bei ihm Hoffnung und Optimismus

Zentral ist das Auslösen von „Change Talk“: Fragen, Zuhören und Informieren sollten in einem Beratungsgespräch zur Verhaltensänderung so gemischt werden, dass „Change Talk“ wahrscheinlicher wird. „**Change Talk**“ (=Veränderungssprechen) meint Aussagen beim Patienten, die in Richtung positiver Veränderung gehen. (Prinzip: Menschen neigen dazu, das zu tun, was sie sich selbst sagen hören).

Eine Verhaltensänderung wird wahrscheinlicher, wenn Sie bei Patienten Aussagen hören wie: „Ich würde gerne...“, „Ich könnte ja ‘mal...“, „Ich würde mich wahrscheinlich besser fühlen, wenn...“.

Quelle: Rollnick S, Miller R, Butler C. Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. G P Probst, 2012

Verhaltensänderungen sind langwierige Prozesse! Sie beginnen im Kopf und setzen sich über Verhaltens- Absichten dann in konkretes Verhalten um.

Grundsätzlich sollten sich Beratungsgespräche an der Veränderungsbereitschaft eines Patienten orientieren, dann sind sie effektiver und zeitsparender. Die folgenden Strategien können für alle wichtige Lebensstilberatungen genutzt werden: Raucherentwöhnung, Alkoholreduktion, Förderung von Bewegung, Ernährungsumstellung u.v.m.

Beratungsstrategien	
Abwehrende oder ambivalente Patienten	Konstruktive Patienten mit Veränderungswunsch
<i>➤Ziel: Wunsch nach Verhaltensänderung wecken, Ambivalenz überwinden helfen</i>	<i>➤Ziel: Hilfe bei Umsetzung, Stärkung des Glaubens an sich selbst, Rückfälle verhindern</i>
Verhaltensbereich anhand eines „typischen Tags“ schildern lassen	Wege aufzeigen, wie Umsetzung möglich ist (Möglichkeiten der Gewichtsreduktion, Aktivitätsförderung, Rauchstopp-Programme u.ä.)
Kurze offene Fragen stellen in Bezug auf Sorgen, die mit Verhalten verbunden sind	Konkrete Pläne machen: Wann – wo – wie
Informationen anbieten nach Triple-I-Schema: Interesse wecken – Informieren – Integration anregen	Selbstwirksamkeit stärken: Was wurde schon erfolgreich geschafft?
Patienten schildern lassen, wie Informationen auf ihn wirken	Soziale Unterstützung gemeinsam suchen
Das Für und Wider einer Veränderung besprechen („Entscheidungswaage“)	Tipps zum Dranbleiben geben (Selbst-Belohnen, Stimuluskontrolle, Soziale Unterstützung)
Offene Fragen stellen, die Change Talk hervorrufen: nach Wünschen, Fähigkeiten, Gründen, Wichtigkeit	Hoch-Risikosituationen besprechen (z.B. schlechte Stimmung, Verführungssituationen zum Rauchen)
Reflektierendes Zuhören („Spiegeln“), ggf. Spiegeln des Widerstandes	

PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management)

Der Vergütung der im Rahmen des HZV-Vertrages zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Leistung „PraCMan“ liegen folgende Rahmenbedingungen zu Grunde:

I. Teilnahmevoraussetzungen HAUSARZT und VERAH®

Teilnehmen können alle am HZV-Hausarztprogramm der AOK teilnehmenden Ärzte, wenn sie mindestens eine ausgebildete und bei der HÄVG gemeldete VERAH in ihrer Praxis beschäftigen (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung).

- a) Voraussetzung für die Teilnahme ist der Besuch einer „PraCMan- Einsteigerschulung“ durch den HAUSARZT und die VERAH. Termine für die entsprechenden Schulungen sind unter www.hausarzt-bw.de zu finden.
- b) Eine weitere Voraussetzung ist die Teilnahme der VERAH an mind. zwei vom Deutschen Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V. organisierten MFA Qualitätszirkeln pro Jahr, die ein Modul zum Thema PraCMan beinhalten (bei unterjährigem Teilnahmebeginn eine Teilnahme pro Kalenderjahr). Sobald im Rahmen der MFA Qualitätszirkel ein Teil „Besprechung der PraCMan Feedback Bögen“ angeboten wird, ist dieser von der VERAH verpflichtend zu besuchen. Termine für MFA Qualitätszirkel sind unter www.hausarzt-bw.de zu finden.
- c) Teilnahmevoraussetzung ist zudem die Installation und Nutzung der „CareCockpit-Software (Modul PraCMan)“. Diese wird den teilnehmenden Praxen auf einem USB-Stick oder einer CD-ROM incl. Handbuch kostenfrei zur Verfügung gestellt.

II. Teilnahme der Praxis an PraCMan

Durch den Besuch einer „PraCMan-Einsteigerschulung“ und durch die Unterschrift auf der Teilnehmerliste erhält der HAUSARZT bzw. die VERAH automatisch die Möglichkeit zur Teilnahme an PraCMan. Eine zusätzliche Meldung an die HÄVG ist nicht erforderlich. Ist die Teilnahme an PraCMan nicht mehr gewünscht, ist eine Meldung an die HÄVG erforderlich.

Sobald aus einer Praxis (eine BSNR) ein HAUSARZT und eine VERAH das Merkmal PraCMan haben, ist die Erbringung und Abrechnung der Leistung unter Berücksichtigung des Absatz III. dieser Anlage möglich.

III. Einschreibung von Patienten

Es können nur Patienten im Rahmen von PraCMan behandelt werden, die von der AOK vorab dazu ermittelt wurden. Die AOK lässt PraCMan-fähigen Patienten, deren HZV-Betreuarztpraxis nach Abs. I. lit. a und Abs. II. an PraCMan teilnimmt, ein Informationsschreiben auf Grundlage von § 68b SGB V zukommen. Patienten, die dem HAUSARZT dieses Schreiben vorlegen, können grundsätzlich im Quartal, in dem das Schreiben versandt wurde, sowie in den drei Folgequartalen in PraCMan eingeschlossen werden. Der HAUSARZT entscheidet, ob bei dem Patienten eine PraCMan-Betreuung durch die Hausarztpraxis (medizinisch) sinnvoll ist und erfolgen sollte.

Des Weiteren ist die Betreuung über das PraCMan-Programm nur nach Einwilligung des Versicherten möglich. Diese ist vom betreuenden Hausarzt im Patientengespräch zu erfragen und in der Patientenakte zu dokumentieren. Die Erfassung des Patienten im CareCockpit (Modul PraCMan) dient zudem als zeitlicher Nachweis der Patienteneinwilligung.

Die Betreuung im Rahmen von PraCMan kann grundsätzlich unbefristet erfolgen. Sofern sich aus der wissenschaftlichen Evaluation Erkenntnisse ergeben, die für eine Befristung des Versorgungsmodells sprechen, stimmen sich die Vertragspartner erneut ab.

Wenn der HAUSARZT eine der folgenden Veränderungen im Krankheitsverlauf des Patienten feststellt, wird empfohlen, die PraCMan-Versorgung abubrechen und den Patienten nicht weiter über das PraCMan-Programm zu betreuen:

- Demenz (F00 – F04)
- Bösartige Neubildungen unter laufender Chemo- oder Radiotherapie
- Darüber hinaus prüft der HAUSARZT regelmäßig, ob eine Teilnahme weiterhin als sinnvoll angesehen wird (z.B. Mitwirkung des Patienten) und beendet die Teilnahme, soweit dies nicht mehr der Fall ist.

Wenn der HAUSARZT folgendes Ausschlusskriterium bei dem Patienten feststellt, ist die PraCMan-Betreuung zu beenden:

- Pflegeheimbewohner

Die Beendigung des Patienten aufgrund von Ausschlüssen ist in der CareCockpit-Software zu kennzeichnen.

The screenshot displays the PraCMan software interface. On the left is a dark blue sidebar with navigation options: 'Zielvereinbarung', 'Monitoring', and 'Beendet'. The main area is white and contains a form for patient data. The 'Beendet' section is highlighted in blue. It includes fields for 'Diabetes Mellitus', 'COPD', and 'Herzinsuffizienz', each with 'Ja' (Yes) and 'Nein' (No) radio buttons. Below these are text input fields for 'Telefon, privat', 'Telefon, dienstlich', 'Telefon, mobil', and 'Erreichbarkeit'. A large text area for 'Kommentar' is also present. The 'Beendet' section includes a 'Patient einblenden' checkbox (set to 'Nein'), a 'Patient bei Export berücksichtigen' checkbox (set to 'Ja'), and a 'Wann beendet?' date field (set to '03.03.2012'). A 'Warum beendet?' section contains several radio button options: 'Aus technischen Gründen (Fehl- / Doppelanlage)', 'Vom Arzt ausgelöste Gründe (Arzt stoppt PraCMan-Programm / verliert Voraussetzungen)', 'Vom Versicherten ausgelöste Gründe (Versicherte stoppt Kooperation / wechselt aus HzV)', 'Ausschluss' (selected), 'Tod', and 'Sonstige Gründe (nicht kategorisierte Fälle)'. At the bottom, there is a 'Pflichtfelder' section with '« Übersicht' and 'Speichern' buttons. The footer shows the date '29.09.2015 11:06:11 / 19.11.2015 16:41:59'.

IV. Abrechnung

Für die Betreuung der Patienten im Rahmen von PraCMan werden dem HAUSARZT 80,00 Euro pro Versicherten und Quartal vergütet. Die Vergütung erfolgt im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung des HZV-Vertrages mittels der Vertragssoftware.

Erweiterung des CareCockpits um ein Modul zum Telefonmonitoring von Risikopatienten mit COVID-19 in der Häuslichkeit

Um HAUSÄRZTE in der derzeitigen COVID-19 Krise optimal bei der ambulanten Versorgung bestimmter Risikogruppen zu unterstützen, wird das CareCockpit um das Modul CovidCare erweitert. Dadurch werden Hausarztpraxen in der Betreuung von Risikopatienten mit COVID-19 in der Häuslichkeit unterstützt.

I. Teilnahme Praxis

Zur Teilnahme und Verwendung des CovidCare Moduls im Rahmen des CareCockpits sind alle VERAHs (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) berechtigt, sofern sie die Durchführung einer Online-Schulung (Tutorial/E-Learning: Foliensatz zum Durcharbeiten, ggfs. mit Prüfungsfragen) zu CovidCare absolviert haben.

HAUSÄRZTE können an einer freiwilligen Online-Schulung teilnehmen.

Das CareCockpit mit dem CovidCare-Modul kann durch die Praxen über das Portal www.carecockpit.org nach einer entsprechenden Registrierung (Erstnutzer) downgeloadet bzw. als Update des CareCockpits (bei bereits bestehender Teilnahme an PraCMan) integriert werden. Nach absolviertem Tutorial/E-Learning kann das Modul über einen automatisch, durch das Universitätsklinikum Heidelberg, zugesandten Lizenzschlüssel freigeschaltet werden.

II. Teilnahme Patienten

Einschlusskriterien sind:

COVID-19 Patienten ab 18 Jahren (nach Definition Patienten mit Symptomen eines Infekts jeder Schwere und positiver PCR-Testung/ positiver Schnelltest auf SARS-CoV-2), die in der häuslichen Absonderung (Kontaktreduktion im häuslichen Umfeld) sind, mit mindestens einem weiteren Risiko*, die ein in der Frequenz individuell angepasstes Telefonmonitoring durch die Hausarztpraxis rechtfertigen.

*Zu den oben genannten Risiken zählen in Anlehnung an das RKI:

1. Alter ab 50 Jahren
2. Diabetes mellitus (Typ II), (Typ I)
3. Herz-Kreislauf-Erkrankung
 - a) art. Hypertonie,
 - b) KHK,
 - c) Herzinsuffizienz,
 - d) andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie z.B.: Vorhofflimmern (jede Form), pAVK oder z. n. Apoplex
4. Lungenerkrankung (COPD, Asthma bronchiale, andere)
5. Chronische Nierenerkrankung
6. Chronische Lebererkrankung z.B. Leberzirrhose
7. Immunschwäche aufgrund
 - e) einer malignen Grunderkrankung, hämatologischen Grunderkrankung (Leukämie/Lymphom) oder anderen aktiven Krebserkrankung mit Immunschwäche (ausgenommen z.B. lokal begrenzter Hautkrebs wie Plattenepithelkarzinom oder Basalzellkarzinom)
 - f) Z.n. Organ- oder Stammzelltransplantation
 - g) Leukozytopenie jeglicher Ursache
 - h) Medikamenteneinnahme (z.B. von Glukokortikoiden > 7,5 mg Prednisonäquivalent/Tag, Immunsuppressiva, Immunmodulatoren, Zytostatika)
8. Adipositas (BMI >30)
9. Down-Syndrom
10. Schwangerschaft

III. Durchführung

Das CovidCare Modul soll als Unterstützung für den niedergelassenen HAUSARZT dienen, in der derzeitigen Situation strukturiert und einheitlich vorzugehen. Dies beinhaltet das Anlegen von Patienten der Zielgruppe, Erfassung der Risikoerkrankungen und Dokumentation der Symptomverläufe.

1. Teil: Aufnahme des Patienten:

- Erfassen der Patientenstammdaten,
- Dokumentieren der Einverständniserklärung zur Durchführung des Monitorings,

- Erfassen der Einschlusskriterien und Risiken,
- Aktiv/Beendet (Anzeige des Patienten in der Terminübersicht, Patientenauswahllist, etc.)

Nimmt ein Versicherter bereits an PraCMan (bei bereits aktueller Nutzung des CareCockpit) teil, so müssen die Patientenstammdaten nicht erneut eingegeben werden, sondern können über die zentrale Verwaltung mit einem Klick dem CovidCare Modul hinzugefügt werden. Umgekehrt können Patientenstammdaten von CovidCare an PraCMan weitergegeben werden, falls der Patient nach einer gewissen Zeit dort weitergeführt werden soll und die für PraCMan geltenden Kriterien erfüllt sind.

2. Teil Assessment:

- Erfassen/Dokumentieren von Erkrankungen/Risikofaktoren (auch BMI, Raucherstatus)
- Berücksichtigung des aktuellen Medikamentenplan, Bedarfsmedikation mit dem Patienten abstimmen
- Status: Testung auf SARS-CoV-2, Patient und ggf. häusliches Umfeld, Beginn der Symptomatik
- Erfassung von Symptomen (Kurzatmigkeit, Husten, Fieber, Geschmacksverlust, Riechvermögen etc.) und Messergebnissen (RR, HF, AF und ggf. O2-Messung mittels Pulsoxymeter), Aushändigung einer Checkliste/Tagebuchvorlagen zum Selbstmanagement in der häuslichen Absonderung

Festlegen der individuell anpassbaren Telefonmonitoring-Frequenz, sowie der Messungen durch den Patienten/Angehörigen zu Hause. Das Ausmaß (= was wird überwacht) und die Zeitpunkte des Telefonmonitoring sind durch den HAUSARZT festzulegen. Es sollen mindestens 4 Monitoring-Kontakte stattfinden, das Assessment und das Abschlussmonitoring nach frühestens 3 Wochen zählen dabei mit. Nach der Festlegung des Krankheitsbeginns durch den HAUSARZT, wird ein individueller Zeitstrahl generiert. Generell gilt: Die Frequenz des Telefonmonitorings ist bei Warnsignalen nach ärztlicher Entscheidung zu erhöhen.

3. Teil Durchführung des Telefonmonitoring:

- Durchführung von Verlaufskontrollen (Symptome und Messergebnisse)
- Automatisierte Erstellung von patientenindividuellen Timelines (Symptombeginn, positives Testergebnis, Verlauf) und Grafiken zur besseren Wahrnehmung und Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands und dem frühestmöglichen Erkennen einer Verschlechterung.
- Automatisierte Erinnerungsstruktur via Terminübersicht (analog PraCMan), ermöglicht es der Praxis eine einheitliche Dokumentationsstruktur und ein systematisches Telefonmonitoring und wenn nötig Nachfassen.
- Das Monitoring wird beendet mit Heilung (Definition: Lebend, symptomfrei, nach 48 Std.), Krankenhausaufenthalt, Tod oder ca. 3 Wochen nach Beginn der Symptomatik mit einer kurzen Abschlussdokumentation.

IV. Abrechnung

Nach Registrierung über das Portal www.carecockpit.org (Angabe BSNR/LANR und MFA-ID), Download und Absolvierung der Online-Schulung erfolgt die Vergabe des Praxisstrukturmerkmals „CovidCare“. Diese Praxen sind zur Abrechnung der **Ziffer 56019 „CovidCare“ in Höhe von 40 Euro je Krankheitsfall berechtigt.**

V. Interventionsdauer

Der Interventionszeitraum erstreckt sich vom 30.04.2020 bis zum 30.06.2025.

IV. Forschung

Praxen, die das CovidCare-Modul nutzen, können für Patienten, die ihr Einverständnis schriftlich erklärt haben (ggf. auch nachträglich) aus dem CareCockpit der Praxis pseudonymisierte klinische Daten verschlüsselt über einen sicheren unidirektionalen Weg (ZeDaC-KTM) an die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg weiterleiten. Diese sollen zur Weiterentwicklung des Moduls und für wissenschaftliche Fragestellungen zur Bewältigung der Corona-Pandemie und ihren Folgen genutzt werden.

Die Weiterleitung erfolgt ausschließlich aktiv durch die Praxis („push-Funktion“). Die ZeDAC-KTM-Schnittstelle ("Zentraler Daten-Austausch-Container" / "Kryptographie- und Transfer-Modul") ist eine Software bzw. ein Verfahren zum flexiblen, universellen und sicheren Datenaustausch zwischen medizinischen Einrichtungen und deren Partnern (hier: Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg).

Die hybride Verschlüsselung (mit RSA (4096 Bit) und AES (256 Bit)) vereinigt Vorteile asymmetrischer (Public-Key-Verschlüsselungsverfahren, RSA) und symmetrischer (z.B. AES) Verschlüsselung. Die verwendete Schlüssellänge liegt über den Empfehlungen des BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik). Die Datenhaltung erfolgt auf einem separaten Server in der gesicherten IT-Umgebung des Universitätsklinikums Heidelberg.

ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, am Vertragsmodul zur Elektronischen Arztvernetzung im Rahmen der AOK BW Selektivverträge teilzunehmen und die Fachanwendungen zu nutzen. Die Teilnahme (siehe II) ist für den HAUSARZT freiwillig und kann entsprechend dieser Anlage gekündigt (siehe III) werden.

Ziel der Elektronischen Arztvernetzung ist der sichere und schnelle Austausch strukturierter Behandlungsdaten zwischen den an der Patientenbehandlung beteiligten HAUSÄRZTEN und FACHÄRZTEN sowie im Falle der eAU der elektronische Versand eines bundeseinheitlichen Formularmusters (Muster 1a) an die AOK BW.

Mit diesem Vernetzungsschritt bauen die Vertragspartner die Funktionalität der alternativen Regelversorgung für HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE sowie für am Haus- bzw. Facharztprogramm der AOK teilnehmende Versicherte weiter aus und sichern den digitalen Transformationsprozess in eigenständiger und unabhängiger Umsetzung. Dabei setzen sie weitestmöglich auf technische Standards, die eine rechtliche und ökonomische Anschlussfähigkeit an zentrale Entwicklungen im Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur) ermöglichen.

Die Elektronische Arztvernetzung umfasst die Fachanwendungen:

1. eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) gültig bis 30.06.2023, Umstellung auf eAU gemäß Anforderungen Telematik-Infrastruktur mit erweiterter Regelwerksprüfung ab 01.04.2023
2. eArztbrief
3. HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)
4. TeleScan-Dermatologie (telemedizinisches Konsil) definiert in Anhang 14.1 zu Anlage 12

Mit der Teilnahme am Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die HAUSÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen. Die Art und Weise der Nutzung der jeweiligen Fachanwendungen richtet sich nach der obligatorischen Anforderung und technischen Beschreibung gem. Anlage 10 des HZV-Vertrages (Aufnahme in den Anforderungskatalog Vertragssoftware).

I. Fachanwendungen

Die Elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

1. eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Der elektronische Versand des Musters 1a der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt im Rahmen des AOK BW HZV Vertrags und über die dort bereits verfügbaren Systeme und etablierten Infrastrukturen mit dem Ziel, weitestgehend papierersetzend zu sein. Hierzu wird ein neuer Prozess in der Arztpraxis etabliert, in dem die Übermittlung des Musters 1a an die AOK BW nicht mehr durch den Patienten, sondern durch die Arztpraxis direkt und digital erfolgt. Die Muster 1b und 1c müssen weiterhin in jedem Fall ausgedruckt werden.

Die papierersetzende elektronische Version des Musters 1a wird mit einer elektronischen Signatur eines an der IT-Vernetzung teilnehmenden Arztes signiert. Hierbei kann es z.B. durch Delegation an ärztliches Personal zu Abweichungen zwischen ausstellendem Arzt und signierendem Arzt kommen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass diese Abweichungen kein Sanktionsgrund, sondern durch den Praxisablauf begründet sind.

Die Details zur Verwendung der elektronischen Signatur sind Bestandteil des Anforderungskatalogs der Vertragssoftware (Anlage 10) sowie der Anforderungen an die zentrale Infrastruktur/Betreibergesellschaft.

Die Fachanwendung eAU ist gültig bis 30.06.2023. Die Umstellung der eAU auf die gesetzlichen Anforderungen der Telematik-Infrastruktur ist ab 01.04.2023 möglich. Mit dem Übergangsquartal Q2/2023 endet die Möglichkeit eAUs über die Infrastruktur der eAV an die AOK BW übermitteln zu können. Im Zuge dessen müssen die eAUs gem. der Regelungen innerhalb der Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung (Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke) Anlage 2b BMV-Ä übertragen werden. Ergänzend zu dem gesetzlichen Weg wird die erweiterte Regelwerksprüfung der eAU für alle HZV-Versicherten der AOK BW bei Ausstellung einer eAU verwendet.

2. eArztbrief

Mit dem elektronischen Arztbrief (eArztbrief) werden Daten, die für einen eArztbrief relevant sind, in strukturierter Form unter Zuhilfenahme eines offenen Standards elektronisch versendet, sodass der Empfänger des eArztbriefs die Möglichkeit hat, diese Daten elektronisch (weiter)-verarbeitbar in sein eigenes Praxisverwaltungssystem zu übernehmen. Zusätzlich können auch unstrukturierte Daten Teil des eArztbriefes sein.

Die Daten werden vor dem Versenden elektronisch signiert.

Die dann folgende Verschlüsselung ist so aufgebaut, dass nur der Empfänger in der Lage ist, die Daten zu entschlüsseln und zu lesen. Während des kompletten Transports des Briefes ist es keiner Stelle möglich, Zugriff auf das Dokument zu erhalten.

Der HAUSARZT erhält in seiner Vertragssoftware die Möglichkeit, einen eArztbrief zu erstellen. Das Praxisverwaltungssystem unterstützt ihn weitestmöglich durch die automatische Befüllung des eArztbriefes.

Grundsätzlich werden zwei Arten des Versands eines eArztbriefes unterschieden:

a) Adressierter Versand:

Dieser Versand dient dazu, einer bestimmten Einzelarztpraxis/einer BAG/einem MVZ einen eArztbrief zukommen zu lassen.

Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, über eine Suchmaske einen direkten Empfänger für seinen eArztbrief zu suchen. Hierfür stehen in der Suche verschiedene Merkmale zur Verfügung.

Wenn der HAUSARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

Abholung:

Der HAUSARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis, dass er einen neuen eArztbrief zugesendet bekommen hat. Er kann diesen dann aufrufen und weiterverarbeiten.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

b) Gerichteter Versand:

Dieser Versand dient dem HAUSARZT dazu, einer definierten Empfängergruppe (Empfängergruppe der Praxis) einen Brief zuzusenden, ohne dass beim Versand der Adressat namentlich bekannt ist. Näheres regelt die Beschreibung der Fachanwendung eArztbrief.

Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder HAUSARZT gibt bei seiner Einschreibung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Diabetologie).

Abholung:

Der HAUSARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis auf den Eingang eines gerichtet versendeten eArztbriefes, wenn die Karteikarte des betreffenden Patienten geöffnet wird und die Versichertenkarte des Patienten im aktuellen Quartal eingelesen wurde. Er kann sich dann entscheiden, diesen Arztbrief in sein System zu importieren.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

3. HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)

Bei HAUSKOMET handelt es sich um einen zentralen, durch den HAUSARZT gepflegten Medikationsspeicher zu einem Patienten mit AMTS-Funktionalität. FACHÄRZTE können lesend auf den Medikationsspeicher zugreifen und Ergänzungen in Form von Änderungsdatensätzen angeben. Haus- und Facharzt verantworten die Sicherheit der Pharmakotherapie gemeinsam, der HAUSARZT entscheidet im Sinne eines finalen Editors über die Änderungsdatensätze und übernimmt diese in den Medikationsspeicher. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden von den beteiligten Haus- und Fachärzten über ein AMTS-Modul geprüft. Der Arzt-zu-Arzt-Austausch von Medikationsinformationen auf elektronischen Weg wird berücksichtigt und fokussiert. HAUSKOMET ermöglicht die Schaffung einer Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

II. Teilnahme des HAUSARZTES

Die Teilnahme an der eAV ist gegenüber der Managementgesellschaft digital im Arztportal zu erklären (Teilnahmeerklärung elektronische Arztvernetzung). Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur Elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der Teilnahmemeldung des HAUSARZTES wird der HAUSARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur Elektronischen Arztvernetzung stimmt der HAUSARZT der Veröffentlichung seiner Teilnahme an der Elektronischen Arztvernetzung sowohl im Rahmen der Fachanwendungen als auch auf den Web-Angeboten der Vertragspartner zu.

III. Kündigung der Teilnahme des HAUSARZTES

Ein an der Vernetzung teilnehmender HAUSARZT kann seine Teilnahme an der Vernetzung mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderquartalsende via Arztportal kündigen. Mit dem Folgequartal wird der Arzt nicht mehr als Teilnehmer der Vernetzung geführt.

TeleScan-Dermatologie (telemedizinisches Konsil)

TeleScan-Dermatologie ermöglicht HAUSÄRZTEN eine telekonsiliarische Befundung von z.B. dermatoskopischen Aufnahmen durch FACHÄRZTE.

I. Allgemeines:

TeleScan ist eine Software zur Einholung eines ärztlichen Konsils, die in Bezug auf zunächst dermatologische Fragestellungen von HAUSÄRZTEN an FACHÄRZTE für Haut- und Geschlechtskrankheiten möglich macht. Dabei geht es um die Ergänzung der hausärztlichen Diagnostik bei unterschiedlichsten Hautläsionen durch FACHÄRZTE für Haut- und Geschlechtskrankheiten bei AOK-Versicherten. Dieses Konsil ist überweisungsersetzend. D.h. im Rahmen des Konsils findet weder ein telemedizinischer noch persönlicher FACHARZT-Patienten-Kontakt statt. Der Konsilauftrag und die Befundübermittlung erfolgen ausschließlich digital.

Die TeleScan-Software ist entweder Teil der eAV-Fachanwendungen und über den Praxisverwaltungssoftware-Hersteller zu beziehen oder es ist eine Stand-Alone-Software, die über die Firma Zollsoft GmbH (Informationen dazu veröffentlicht die HÄVG an geeigneter Stelle) zu beziehen ist und, falls gewünscht, mit einer GDT-Schnittstelle mit der aufrufenden Vertragssoftware verbunden werden kann.

Bei der freiwilligen Teilnahme des HAUSARZT an TeleScan-Dermatologie ist die von den Vertragspartnern zugelassene Software TeleScan (entweder als Integration in die Praxisverwaltungssoftware, Anbindung an die Praxisverwaltungssoftware oder als Stand-Alone-Software) zu verwenden. Mit einer spezifischen Hardware (z.B. Smartphone mit dermatoskopischem Aufsatz) können Bilder betroffener Hautläsionen aufgenommen werden. Neben Angaben zur Anamnese und der Fragestellung des HAUSARZTES sind je nach Hautläsion bis zu drei Aufnahmen (Nahaufnahme, Gesamtaufnahme und Dermatoskopie) erforderlich. Dem HAUSARZT steht darüber hinaus eine als Medizinprodukt zertifizierte Applikation (iOS App) zum Download im iOS App-Store zur Verfügung, mit der auch offline z.B. bei Haus- und Pflegeheimbesuchen Telekonsile mit dem Smartphone angelegt werden können. Diese App ist mit TeleScan-Dermatologie mit Anbindung an die Praxisverwaltungssoftware sowie der Stand-Alone-Software kompatibel. Bei TeleScan-Dermatologie mit Integration in die Praxisverwaltungssoftware besteht keine Kompatibilität mit der App.

Die am Facharztvertrag TeleDermatologie teilnehmenden FACHÄRZTE sind für den HAUSARZT in der TeleScan-Software ersichtlich und auf öffentlich gelistet.

Eine Schulung zur Bedienung der TeleScan-Software und TeleScan-App steht dem HAUSARZT unter www.telescan-software.de zur Verfügung.

II. Abrechnung

Die Vergütung in Höhe von 20 EUR je durchgeführtem Telekonsil erfolgt im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung des HZV-Vertrages mittels der Vertragssoftware bei Abrechnung der Ziffer 56090.

Mit Abrechnung der Ziffer 56090 bestätigt der HAUSARZT die Durchführung sowie Versand eines dermatologischen Telekonsils mithilfe von TeleScan. Die Leistung wird dem HAUSARZT, auch sofern keine Befundung durch den FACHARZT erfolgt oder erfolgen kann, vergütet.

Zur Beschaffung erforderlicher Aufsatzdermatoskope für das Smartphone oder Videodermatoskope wird den ersten 1.000 Ärzten, die TeleScan nutzen und ein Antragsformular unter www.hausarzt-bw.de/anschubfoerderung-tescan abgesendet haben, eine Anschubförderung in Höhe von je 300 Euro ausgezahlt.

III. TeleScan-Dermatologie mit Integration in bzw. Anbindung an eine Praxisverwaltungssoftware

Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, am Vertragsmodul zur Elektronischen Arztvernetzung (eAV) im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK BW teilzunehmen und die Fachanwendung TeleScan-Dermatologie darüber zu nutzen.

Teilnahme Patienten

Das Telekonsil kann bei AOK-HZV-Versicherten durchgeführt werden, sofern nach Einschätzung des HAUSARZT eine Ergänzung der hausärztlichen Diagnose bei Haut- und Geschlechtskrankheiten durch FACHÄRZTE medizinisch erforderlich ist. Eine explizite Einwilligung des Versicherten über die Teilnahme oder erklärte Teilnahme des Versicherten am FacharztProgramm hinaus, ist für die Telekonsile bei Nutzung von TeleScan mit Integration in bzw. Anbindung an die Praxisverwaltungssoftware nicht erforderlich.

Versand

Bei jeder Versandart ist eine Rückfrage durch den teilnehmenden FACHARZT über die Telekonsil-Software möglich. Mit dem Erhalt des Befundes und der Übermittlung der Information an den Patienten durch den HAUSARZT gilt das Telekonsil als abgeschlossen.

Die Telekonsilanfrage an den FACHARZT kann in zwei Formen des verschlüsselten Versands erfolgen, die nachfolgend beschrieben werden:

a) Adressierter Versand:

Im adressierten Versand wird die Telekonsilanfrage an einen durch den HAUSARZT ausgewählten FACHARZT (Dermatologie) versendet.

Abholung:

Das Telekonsil wird in der TeleScan-Software des FACHARZTES angezeigt, in der er das Telekonsil abrufen, bearbeiten und mit einem Befundbericht zurück an den HAUSARZT übermitteln kann.

Wird das Telekonsil nicht durch den FACHARZT im adressierten Versand nach Ablauf von drei Werkarbeitstagen abgerufen, wird das Telekonsil in ein gerichtet versendetes Telekonsil umgewandelt, sofern kein Widerspruch des HAUSARZTES (z.B. auf Wunsch des Versicherten) vorliegt. Das Telekonsil steht nach Umwandlung allen teilnehmenden FACHÄRZTEN zum Abruf und zur Befundung in der TeleScan-Software bereit. Nachdem das Telekonsil durch einen FACHARZT abgerufen wurde, kann es nicht mehr durch einen anderen FACHARZT abgerufen werden.

Sofern eine Umwandlung von einem adressierten zu einem gerichteten Versand wegen eines Widerspruchs ausgeschlossen ist und das Telekonsil nicht innerhalb von acht Werktagen durch den FACHARZT abgerufen wird, wird das Telekonsil unwiderruflich gelöscht.

b) Gerichteter Versand

Bei einem gerichteten Versand wird die Telekonsilanfrage an die Gruppe aller teilnehmenden FACHÄRZTE versendet.

Abholung:

Das Telekonsil steht allen teilnehmenden FACHÄRZTEN in der TeleScan-Software des FACHARZTES bereit und kann in chronologischer Reihenfolge abgerufen, bearbeitet und mit einem Befundbericht zurück an den HAUSARZT übermittelt werden.

Sofern das Telekonsil nicht innerhalb von acht Werktagen durch den FACHARZT abgerufen wird, wird das Telekonsil unwiderruflich gelöscht.

IV. TeleScan-Dermatologie ohne Integration in eine Praxisverwaltungssoftware (Stand-Alone-Version)

Um die Fachanwendung auch für HAUSÄRZTE zugänglich zu machen, deren Praxisverwaltungssoftware-Hersteller keine Implementierung von TeleScan vorgenommen hat, wurde eine Variante der TeleScan-Software (Stand-Alone-Version) entwickelt, die ohne Integration in die Praxissoftware nutzbar ist. Die Software TeleScan wird über die Firma zollsoft GmbH bereitgestellt. Der HAUSARZT kann einen Installations- bzw. Supportvertrag mit der Firma zollsoft GmbH schließen. Inverkehrbringer der Software ist die Firma Zollsoft GmbH.

Die Bereitstellung der Software (als Download) kann unter www.telescan-software.de angefordert werden.

Teilnahme Patienten

Das Telekonsil kann bei AOK-HZV-Versicherten durchgeführt werden, sofern nach Einschätzung des HAUSARZT eine Ergänzung der hausärztlichen Diagnose bei Haut- und Geschlechtskrankheiten durch FACHÄRZTE medizinisch erforderlich ist und der Patient dies wünscht. Eine explizite Einwilligung des Versicherten für Telekonsile ist nicht erforderlich bei AOK-Versicherten im FacharztProgramm bzw. solchen Patienten, die ihre Teilnahme am Facharztprogramm erklärt haben. Sofern dies nicht

vorliegt, muss eine datenschutzrechtliche Aufklärung des Patienten sowie eine Einwilligung des Patienten zur Durchführung und Versand des Telekonsils durch den HAUSARZT erfolgen und dies in der Patientenakte vermerkt und im Telekonsilformular bestätigt werden.

Versand

Eine Rückfrage durch den teilnehmenden FACHARZT ist über die Telekonsil-Software möglich. Mit dem Erhalt des Befundes und der Übermittlung der Information an den Patienten durch den HAUSARZT gilt das Telekonsil als abgeschlossen.

Die Telekonsilanfrage wird im adressierten Versand an einen durch den HAUSARZT ausgewählten FACHARZT (Dermatologie) versendet. Das Telekonsil wird in der TeleScan-Software des FACHARZTES angezeigt, in der er das Telekonsil abrufen, bearbeiten und mit einem Befundbericht zurück an den HAUSARZT übermitteln kann.

Messenger

Nicht besetzt

Klimaresiliente Versorgung

Inhalt

Präambel/Definition	2
§1 Ziele der klimaresilienten Versorgung	2
§2 Vergütung.....	2
§3 Versorgungsinhalte	3
I. Allgemeine Grundlagen zu Klimawandel & Gesundheit.....	3
II. Beispiele für die medizinische Versorgung im Praxisalltag	6
1. Temperaturextreme: Hitzeassoziierte sowie Kälteassoziierte Gesundheitsprobleme	6
2. Körperliche Aktivität fördern	13
3. Ernährung und Klimaschutz	14
4. Rauchstopp fördern	17
5. Prävention durch Impfschutz.....	18
6. Ansätze einer klimaresilienten Versorgung am Beispiel ausgewählter Krankheitsbilder	20
Literaturverzeichnis	22

Präambel/Definition

Bereits 2009 hat die Lancet Kommission zu Gesundheit und Klimawandel festgestellt, dass der Klimawandel die größte Bedrohung für die globale Gesundheit im 21. Jahrhundert darstellt (Costello et al. 2009).

Der Klimawandel ist somit nicht „nur“ ein Umweltphänomen, sondern bringt auch gravierende Folgen für die Gesundheit mit sich – ökologische Krisen werden gesundheitliche Krisen (Barrett et al. 2015).

2015 legte die Lancet Kommission dar, dass der Kampf gegen den Klimawandel aber auch die größte Chance für die globale Gesundheit im 21. Jahrhundert sein kann. (Watts et al. 2015a)

„Ein klimaresilientes Gesundheitssystem ist dazu fähig, klimabedingte Erschütterungen und Belastungen vorauszusehen, auf sie zu reagieren, mit ihnen umzugehen, sich von ihnen zu erholen und sich an sie anzupassen.

Damit sorgt ein solches Gesundheitssystem trotz instabiler klimatischer Bedingungen für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung.“ (WHO 2015)

§1

Ziele der klimaresilienten Versorgung

Die klimaresiliente Versorgung setzt den Fokus auf den biopsychosozialen Ansatz, Patienten in der Hausarztpraxis über die Zusammenhänge von Klima und Gesundheit verstärkt zu informieren und aufzuklären, v.a. Patienten mit erhöhter Klimavulnerabilität, z.B. Patienten mit chronischen Erkrankungen und Risikofaktoren zum Lebensstil.

HZV-Teilnehmer, insbesondere Patienten mit erhöhter Klimavulnerabilität (z.B. bei chronischen Erkrankungen) erhalten Informationen und Motivation zum Umgang mit ihrer Erkrankung und dem damit verbundenen Klima- und Gesundheitsschutz sowie zu Gesundheitskompetenz bei Temperaturextremen.

Daraus resultieren beispielsweise

- eine höhere Gesundheitskompetenz zum Thema Klima und Gesundheit;
- u.a. mehr biopsychosoziale Eigenkompetenz im Alltag, situativ z.B. Teilnahme an AOK-Angeboten zu Bewegung und Gesundheit, Präventionsberatung, Sozialer Dienst; digital wie analog;
- steigende Schutzimpfungen vor allem auch zu Influenza und Pneumokokken gemäß STIKO/RKI [www.rki.de] insbesondere auch bei Patienten, die in feinstaubbelasteten Regionen leben und entsprechende Risikofaktoren und Morbidität aufweisen.

§2

Vergütung

Die Leistung zur klimaresilienten Versorgung wird mit einem Zuschlag in Höhe von 8,00 Euro vergütet. Dieser wird automatisch einmal im Kalenderjahr auf P3 aufgeschlagen, sofern der HÄVG der Nachweis des HAUSARZT und eines Teammitglieds zu einer Schulung mit Schwerpunkt „Klima und Gesundheit“ vorliegt. Das Teammitglied muss mit einem Stundenumfang von mind. 19h pro Woche in der Hausarztpraxis angestellt sein.

§3 Versorgungsinhalte

I. Allgemeine Grundlagen zu Klimawandel & Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet den Klimawandel als „die größte Gesundheitsbedrohung für die Menschheit“. Der Klimawandel nimmt auf vielen Wegen Einfluss auf die Gesundheit – wie zum Beispiel durch veränderte Wetterbedingungen oder Extremwetterereignisse. Dadurch kann z.B. nicht nur das Risiko für Infektionskrankheiten steigen, sondern auch für nichtübertragbare chronische Erkrankungen.

Als Ursachen gelten überwiegend durch den Menschen herbeigeführte Umweltbelastungen, wie insbesondere die Emission von Kohlendioxid (CO₂) und anderen Treibhausgasen [RKI.de (1)].

Der Klimawandel führt nachweislich vermehrt zu extremer Hitze am Tag und in der Nacht [Umweltbundesamt.de (1)]

Seit etwa Mitte des vergangenen Jahrhunderts kommt es zu einem dramatischen Anstieg der Häufigkeit nicht übertragbaren chronischen Krankheiten.

Ursache dieser Entwicklung ist wesentlich auch das Zusammenspiel des sog. tödlichen Quartetts Fehlernährung, Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum in einer Gesellschaft des längeren Lebens, letzteres von Geburt an in den Industrienationen (Sachverständigenrat Medizin, 2009).

Nikotinabusus ist das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Neben den direkten gesundheitlichen Auswirkungen produziert die Tabakindustrie jährlich rund 84 Millionen Tonnen CO₂ [RKI.de (2)].

Ein Teil der Treibhausgase (ca. 8%) stammt aus der Landwirtschaft. Eine pflanzenbasierte (gegenüber tierbasierter) Ernährung wirkt sich positiv auf alle Treibhausgase und die Entwicklung nichtübertragbarer chronischer Erkrankungen aus [UN.org; WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease, 2021; Umweltbundesamt.de (2)]

Der Verkehr hat nach der Industrie und der Energieerzeugung mit rund 20% den drittgrößten Anteil an Treibhausgasen. Körperliche Aktivität demgegenüber, wie z.B. Radfahren und Laufen, vermindert nichtübertragbare chronische Erkrankungen und Treibhausgase (Radfahren statt Auto etc.) (Deutscher Bundestag, 2022); [WHO.int (2)]

Zu den primären Gesundheitsrisiken des Klimawandels zählen Risiken mit direkten Konsequenzen für die menschliche Gesundheit (Gislason, 2015; Haines u. Ebi, 2019). Solche unmittelbaren Schädigungen werden hervorgerufen durch

- extreme Temperaturen (Hitze, Kälte),
- Extremwetterereignisse (Starkregen, Fluten, Stürme, Brände, Dürren),
- Luftverschmutzungen im Innen- und Außenbereich sowie ultraviolette Strahlung.

Ökosystemvermittelte Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit umfassen biologische, physikalische und ökologische Veränderungen. Dazu gehören verminderte landwirtschaftliche Erträge, Verdünnungen von Nährstoffen in wichtigen Nahrungspflanzen,

erschwerter Zugang zu sauberem Wasser und die Verstärkung von Vektorübertragenen Infektionskrankheiten.

Diese Folgen für die menschliche Gesundheit können sowohl durch die abrupten Phänomene des Klimawandels als auch durch Langzeitfolgen hervorgerufen werden (McMichael u. Anthony, 2013). (Siehe auch Abbildung 1).

Die Zusammenhänge zwischen Wetter, Klima und Gesundheit werden durch die Umgebung, in der die Menschen leben, noch verstärkt. Wenn Maßnahmen umgesetzt werden, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, steckt gerade im urbanen Setting eine starke transformative Kraft, denn Klima-, Gesundheits- und ökonomische Ziele verstärken sich gegenseitig (Triple-win-Situation). (Günster et al, 2021)

In dieser kritischen Phase nimmt der Gesundheitssektor eine zentrale Rolle ein (Bobbert 2020). Ärzte und anderes Gesundheitspersonal können die Risiken des Klimawandels für die menschliche Gesundheit kommunizieren und damit ein Gefühl der Betroffenheit erzeugen, das Grundlage für ein verstärktes Klimaschutzengagement werden kann.

Es besteht weiterhin deutlicher Informationsbedarf zu den gesundheitlichen Risiken des Klimawandels in der Gesellschaft, insbesondere mit Blick auf Präventions- und Anpassungsmöglichkeiten des Einzelnen. (Günster et al, 2021)

Befähigung von Gesundheitspersonal im Bereich Klimawandel und Gesundheit, z.B. durch Integration in Aus- und Weiterbildung wird als eine Komponente von klimaresilienten Gesundheitssystemen angesehen. (WHO, 2015)

Tab. 1 Auswahl gesundheitlicher Auswirkungen des Klimawandels (Pop-Jordanova u. Grigorova 2015, Creative Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0)

Klimaereignis	Auswirkungen der Klimaereignisse	Gesundheits-Outcomes
Hitzewellen	Zunahme des Ozons auf Bodenhöhe, Pollen	Hitzestress, kardiovaskuläre, metabolische und respiratorische Morbidität (z.B. Schlaganfall, Exazerbation von Atemwegserkrankungen)
erhöhte Durchschnittstemperatur	vermehrt günstige Bedingungen für Krankheitsüberträger (z.B. Mücken, Zecken) vermehrt günstige Bedingungen für Infektionskrankheitserreger (z.B. Bakterien)	Vektorübertragene Krankheiten (z.B. Borreliose, Malaria, Dengue), Lebensmittelvergiftungen, Infektionskrankheiten (z.B. Cholera)
Ozonabbau	UV-Strahlung	Haut- und Augenkrankheiten
Dürre	Wasser-/Nahrungsmittelknappheit, verminderte Wassersicherheit	Dehydrierung, Malnutrition, über das Wasser übertragene Krankheiten
extreme Wetterereignisse	Bevölkerungsbewegung, verminderte Lebensmittel- und Wassersicherheit	Verletzungen, Ertrinken, Konflikte, über das Wasser übertragene Krankheiten, Malnutrition
Anstieg des Meeresspiegels	Bevölkerungsbewegung, Wasser-/Bodenversalzung	Verletzungen, Ertrinken, Konflikte, Dehydrierung, Malnutrition
allgemeine Folgen des Klimawandels	Stress	psychische Gesundheit

Abbildung 1: Auszug aus dem Wido Klimareport, S. 178 (Günster et al, 2021)

Nichtübertragbare chronische Erkrankungen und das Klima

Chronische Krankheiten zählen heute in den Industriestaaten, zunehmend jedoch auch in den weniger wohlhabenden Ländern, zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen.

Insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen und Diabetes mellitus sind weit verbreitet und beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit.

Im Zuge des medizinischen Fortschritts und des demographischen Wandels treten zunehmend Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) auf, insbesondere im höheren Alter [RKI.de (3)].

Insgesamt machen nichtübertragbare Krankheiten weltweit 71% aller Todesfälle aus, in Deutschland sind es sogar über 90%.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus stehen hier im Vordergrund.

Aktuelle Daten der Global Burden of Disease Studie zeigen, dass noch andere Krankheiten wie z.B. psychische Störungen und Suchterkrankungen relevant sind, wenn sowohl durch Tod verlorene Lebensjahre als auch in gesundheitlicher Einschränkung verbrachte Lebensjahre berücksichtigt werden [RKI.de (4)].

Deutschland ist unter den Top 5 der OECD-Staaten bezüglich der Ausgaben für Gesundheit. Bei den Health Outcomes hat Deutschland jedoch gemischte Ergebnisse (siehe Abbildung 2).

- Bei der Lebenserwartung (81,1 Jahre) und den vermeidbaren Sterbefällen ist Deutschland etwas besser als der OECD-Schnitt. Deutschland liegt diesbezüglich jedoch hinter vielen anderen westeuropäischen Staaten.
- Die Risikofaktoren Rauchen, Alkoholkonsum und Übergewicht/Adipositas liegen über dem OECD Schnitt.
- Vermeidbare Krankenhauseinweisungen für chronische Erkrankungen, die effektiv in der Primärversorgung behandelt werden sollten, liegen im oberen Drittel der OECD Staaten.
- Die jüngst verfügbaren Daten zeigen, dass 60% der deutschen Erwachsenen übergewichtig oder adipös sind – ein Anteil, der leicht über dem Schnitt der OECD-Staaten liegt (56%). Dieser Anteil ist im letzten Jahrzehnt angestiegen. (OECD, Health at a glance: 2019)

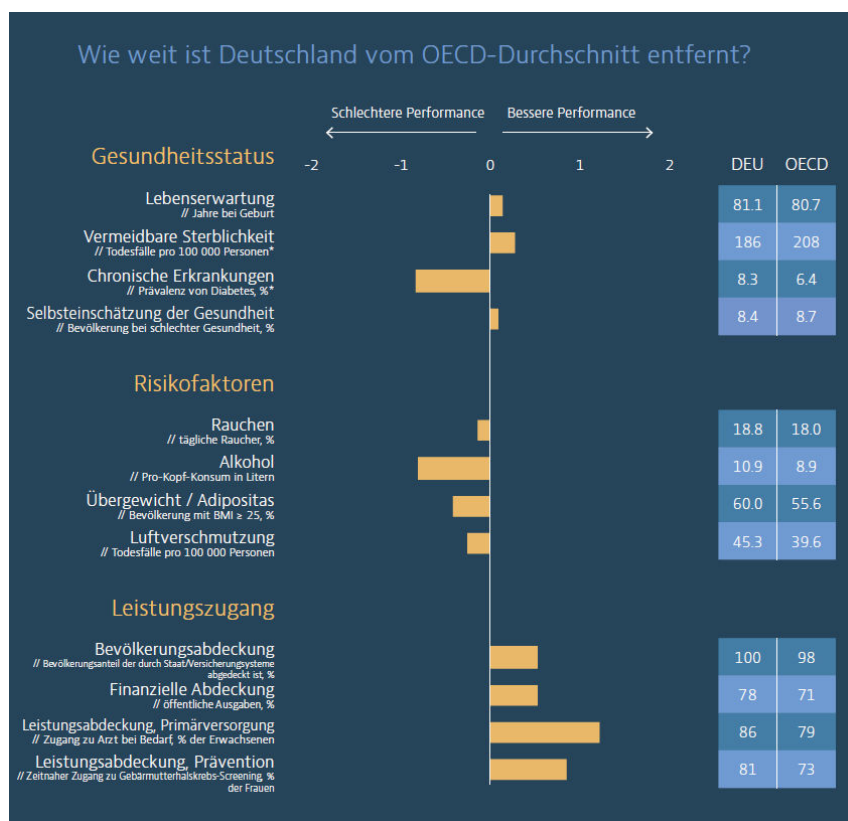


Abbildung 2: Auszug aus OECD Health at a glance

Potenzielle Inhalte der klimaresilienten Versorgung werden nachfolgend aufgelistet:

Die Klimakrise hat vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit, welche in der folgenden Grafik dargestellt sind:

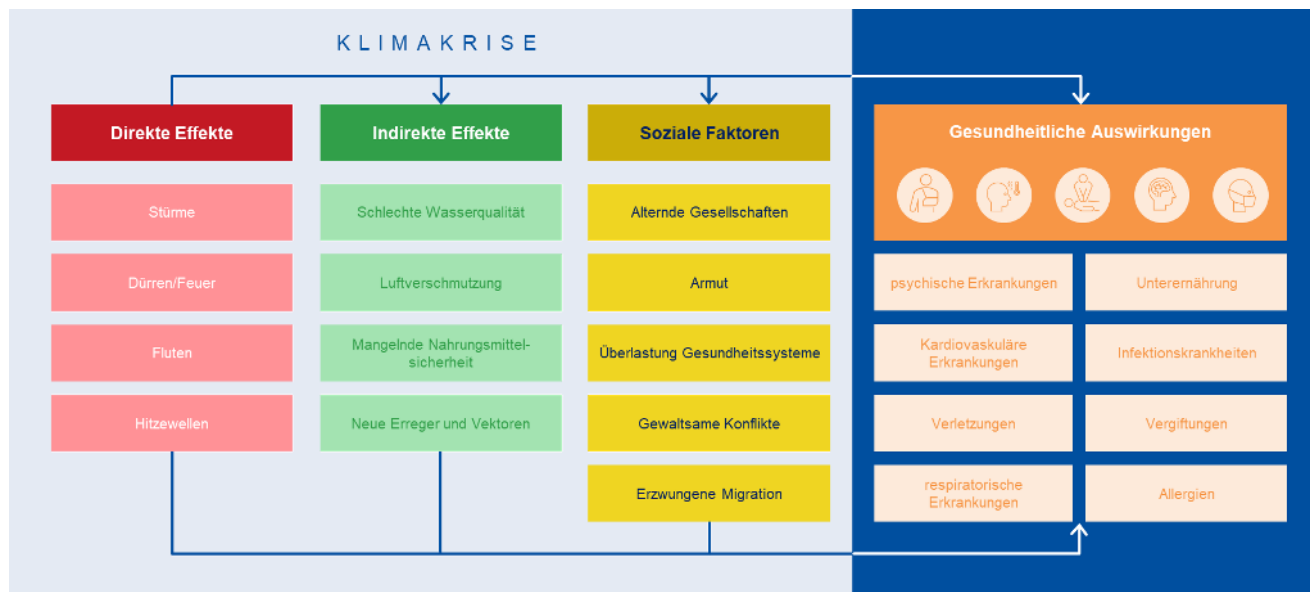


Abbildung 3: adaptiert nach Watts et al. 2015a.

Lebensstilveränderungen im Bereich Ernährung, Mobilität und Wohnen können bei jedem Einzelnen direkt zu gesundheitlichen Vorteilen führen (Günster et al, 2021).

Im Folgenden werden beispielhaft vier Schwerpunkte (Temperaturextreme, körperliche Aktivität, Ernährung und Rauchstopp) für die klimaresiliente Versorgung sowie eine Übersicht über verschiedene Erkrankungen und die möglichen Beratungs- und Leistungsinhalte vorgestellt.

II. Beispiele für die medizinische Versorgung im Praxisalltag

1. Temperaturextreme: Hitzeassoziierte sowie Kälteassoziierte Gesundheitsprobleme

Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass sowohl hohe als auch niedrige Umgebungstemperaturen mit einer erhöhten Sterblichkeit der Bevölkerung verbunden sind (Robert Koch Institut (RKI), 2010)

Bei fortschreitendem Klimawandel ist für die Zukunft zu erwarten, dass in Deutschland häufigere, längere und stärkere Hitzewellen auftreten.

Für ein moderates Szenario, das einen Anstieg der globalen Mitteltemperatur von etwa 3°C bis Ende des Jahrhunderts vorhersieht, kommt eine Studie unter Federführung des Deutschen Wetterdienstes zu dem Schluss, dass Hitzewellen dreimal häufiger auftreten, 25% länger andauern und etwa 1°C wärmer ausfallen werden (Zacharias et al., 2015). Eine andere Studie findet, dass sich die Anzahl der Hitzewellentage in Deutschland schon bis Mitte des Jahrhunderts (2021–2050) verdrei- bis versechsfachen könnte und dass Hitzewellen zum Ende des Jahrhunderts 3°C bis 4°C wärmer ausfallen könnten (Fischer u. Schär, 2010).

Eine Zunahme und Verstärkung von Hitzewellen dieser Größenordnung stellt ein signifikantes Gesundheitsrisiko dar, insbesondere in Bezug auf die mögliche Erhöhung von hitzebedingter Morbidität und Mortalität. (Günster et al, 2021)

1.1 Hitzeassoziierte Gesundheitsprobleme

Physiologische Mechanismen und epidemiologische Evidenz belegen den Zusammenhang von extremen Temperaturen und einer erhöhten Mortalität, der sich mit der demografischen Alterung der Gesellschaft weiter verschärfen wird. (Günster et al, 2021)

Einige Untersucher haben erhöhte Mortalitäts-Risiken in Bezug auf kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen festgestellt. Auch bei anderen Grunderkrankungen, wie Diabetes, bei Fettleibigkeit und Bluthochdruck und bei vorbestehenden psychiatrischen Störungen, bestehen erhöhte Mortalitätsrisiken nach Hitzebelastungen. Im Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen stehen – unter den Bedingungen zusätzlicher Hitzebelastungen – die Todesursachen Herzinfarkt, ischämische Herzkrankheit und kongestive Herzinsuffizienz im Vordergrund. (Robert Koch Institut (RKI), 2010)

Die höchsten Risiken wurden in der Gruppe der über 90-Jährigen, der über 85-Jährigen, über 75-Jährigen, 70-Jährigen oder über 65-Jährigen ermittelt. Aber auch für andere Altersgruppen, wie Kinder unter 15 Jahren, Kinder die fünf Jahre und jünger waren und auch für Kleinkinder im Alter von einem Jahr und darunter wurden erhöhte Mortalitätsrisiken nach Hitzestress nachgewiesen. In Europa sind in der Regel Frauen stärker von der Wärmebelastung betroffen als Männer. (Robert Koch Institut (RKI), 2010)

Hitzebedingte Erkrankungen wie den Hitzeausschlag, Hitzeödeme, Hitzeohnmacht, Hitzekrämpfe, Hitzeerschöpfung bis zum Hitzschlag können jeden treffen, unabhängig ob gesund, krank, jung oder alt. Innerhalb der klimaresilienten Versorgung sollte eine Aufklärung zu den verschiedenen Krankheitsbildern und ihrer Prävention erfolgen.

Des Weiteren wirkt sich Hitze auf bereits bestehende akute oder chronische Erkrankungen aus, beispielsweise kann Hitze eine Herz- oder Niereninsuffizienz verschlechtern oder auch zur Dekompensation führen. Andererseits können Erkrankungen auch die Anpassungsfähigkeit des Einzelnen an die Hitze einschränken.

Es gibt große Unterschiede in der regionalen Anfälligkeit gegenüber gesundheitlichen Hitzeschäden, was im Rahmen von lokalen Anpassungsstrategien und Schutzprogrammen berücksichtigt werden muss. Hochrechnungen zeigen, dass ein ungebremster Temperaturanstieg bis 2100 einen deutlichen Anstieg der hitzebedingten Hospitalisierungen erwarten lässt. (Günster et al, 2021). So stellen Hitzetage mit Temperaturen von mindestens 30°C für etwa ein Viertel der AOK-Versicherten über 65 Jahre ein erhöhtes Risiko einer Hospitalisierung dar. (Günster et al, 2021)

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten akuten Erkrankungen erhöhen beispielsweise durch verminderte Fähigkeit zur Regulierung der Körpertemperatur oder durch vermehrten Flüssigkeitsverlust das Risiko für hitzebedingte Gesundheitsschäden.

Bei den aufgeführten chronischen Erkrankungen kann die Steigerung der Hautdurchblutung zur Wärmeabgabe behindert sein oder die Fähigkeit des Körpers, die Gefäßweite zu regulieren (Herrmann et al., 2019), eingeschränkt sein. Dadurch kann der Körper die Wärme schlechter abgeben.

Morbidität: Negative Auswirkungen/Gefahren von Hitze:

- auf Herzinfarktmorbidität und -mortalität, aber auch auf Schlaganfallhäufigkeit und andere Akutmanifestationen von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**. Besonders gefährdet sind Patienten in höherem Lebensalter und mit vorbestehenden Komorbiditäten
- Die Ergebnisse zeigen, dass Hitzetage für etwa ein Viertel der über 65-Jährigen ein deutlich **erhöhtes Risiko einer Hospitalisierung** darstellen. Die besonders vulnerablen Versicherten sind im Durchschnitt häufiger männlich und leiden neben anderen chronischen Vorerkrankungen verstärkt unter Demenz und Alzheimer
- Bei Temperaturen über 30°C zeigte sich ein **erhöhtes Mortalitätsrisiko** in Pflegestufe 2 und 3 im Pflegeheim sowie in Pflegestufe 3 bei zuhause lebenden Älteren
- Es ist vorstellbar, dass es zu Interaktionen und Synergien von Lufttemperatur und Luftschadstoffen kommt
- Die Zahl der Allergiker:innen in Deutschland und Mitteleuropa steigt stetig. Diese Entwicklung wird durch den Klimawandel noch verstärkt. Durch den Klimawandel verändern sich Verbreitung, Menge und Allergenität der Pollen. Die Zunahme extremer Wetterereignisse könnte zu vermehrten Komplikationen für Asthmatiker:innen führen. Diese können in erster Linie durch die Inanspruchnahme einer Therapie der Verschlimmerung ihrer Erkrankung vorbeugen, aber auch selbst Maßnahmen zur Anpassung an klimabedingte Veränderungen ergreifen (Günster et al, 2021)
- Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Hitze ist mit steigenden Zahlen von psychiatrischen Notfällen und Aufnahmen in psychiatrische Kliniken assoziiert. Die psychische Morbidität während Hitzewellen ist um 6,4% erhöht (Walinski et al, 2023)

Tab. 1 Risikogruppen und Risikofaktoren für Dehydration bei Hitze (in Anlehnung an BMUB 2017)

Personengruppe	Risikofaktor Hitze
ältere Menschen	verringerte Fähigkeit des Körpers zur Hitzeregulierung und verringertes Durstgefühl
isoliert lebende Menschen	Fehlen von sozialer Kontrolle und Hilfsangeboten
pflegebedürftige Menschen	gesundheitliche Beeinträchtigungen, die Handlungsmöglichkeiten einschränken; teilweise erhöhtes Risiko durch Erkrankungen
Personen mit starkem Übergewicht	zusätzliche Belastung des Körpers bei Hitze durch das Übergewicht
Menschen mit chronischen Erkrankungen	Schwierigkeit des Körpers, extreme Situationen zusätzlich zu meistern
Menschen mit fieberhaften Erkrankungen	Hitzeabgabe des Körpers bei Hitze im Zimmer schwieriger
Menschen mit Demenz	adäquate Reaktion auf extreme Situationen nicht möglich; Aufnahme von genügend Flüssigkeit insbesondere schwierig
Menschen, die bestimmte Medikamente einnehmen	Veränderung der Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten (eine Anpassung kann sinnvoll sein)
Personen, die thermophysiologische Anpassungsprobleme haben	unterschiedliche Reaktion auf Hitze von einzelnen Menschen
Säuglinge und Kleinkinder	hohe Empfindlichkeit; Maßnahmen für Hitze- und UV-Schutz sind durch Aufsichtspersonen erforderlich

Abbildung 4: Auszug aus dem Wido Klimareport S. 195 (Hochschule für Pflegewissenschaft; Günster et al, 2021)

Personen höheren Alters leiden häufiger an chronischen Krankheiten und ihre Anpassungsfähigkeit an hohe Temperaturen ist vermindert. Dadurch kann es bei dieser Personengruppe zu einer Entgleisung von nur grenzwertig kompensierten Störungen der Körperfunktionen kommen. (Becker et al, 2019) Die geringere altersbedingte Anpassungsfähigkeit des älteren Menschen an Hitze ist beispielsweise bedingt durch eine schlechtere Hautdurchblutung zur Wärmeabgabe oder auch eine verminderte Fähigkeit zu schwitzen. Bei den älteren Personen sind besonders alleinlebende Personen in hohem und sehr hohem Alter gefährdet (WHO, 2019).

Folgend eine Übersicht zu den Risikofaktoren:

Risikofaktoren für hitzebedingte Gesundheitsschäden	Risikofaktoren
Vorerkrankung	• Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz) • Chronische Lungenerkrankungen (z.B. COPD, Asthma, Lungenfibrose) • Diabetes mellitus • Chronische Nierenerkrankungen • Neurologische Erkrankungen (z.B. Morbus Parkinson, Demenz) • Psychiatrische Erkrankungen (insbesondere bei Medikamenteneinnahme und Betreuungsbedarf) • Höhergradige Adipositas • Suchterkrankungen • Vorangehende Krankenhausaufenthalte
Einnahme von Medikamenten oder anderen Substanzen	• Medikamente wie z.B. Diuretika, ACE-Hemmer oder Angiotensin-II-Rezeptor-Blocker, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Antipsychotika, Anticholinergika, transkutan (z.B. Opioidpflaster) oder sub-kutan (z.B. Insulin) verabreichte Arzneistoffe • Alkohol und andere Suchtmittel
Funktionelle Einschränkungen	• Schwierigkeiten, das Haus zu verlassen • Pflegebedürftigkeit • Bettlägerigkeit • Allgemein geringere körperliche Leistungsfähigkeit • Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten mit Verlust der Risikoabschätzung
Sozioökonomische Faktoren	• Niedriger sozioökonomischer Status (Armut, niedriges Einkommen, niedriger Bildungsgrad) • Soziale Isolation • Alleinlebend • Kein täglicher Ausgang • Obdachlosigkeit
Wohnsituation	• In einer städtischen Wärmeinsel lebend (u. a. hohe Flächenverdichtung) • Schlafzimmer unter dem Dach oder Dachwohnung • Kein Zugang zu kühlen Räumen, keine Klimaanlage • Falsche Belüftungsgewohnheiten • Haus mit thermisch schlecht isolierter Bausubstanz
Arbeitsumfeld	• (Körperliche) Tätigkeiten im Freien, z. B. Haus- und Straßenbau, Feldarbeit

Folgende Handlungsfelder existieren, in denen das Praxisteam möglicherweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsrisiken beitragen kann:

- Kommunikation von (individuellen) Risiken und Präventionsmaßnahmen, Erstellen von (individuellen) Notfallplänen / Notfallnetzen
- Anpassung der Medikation bei Hitzewellen
- Anpassung von Praxisabläufen (z.B. Häufigkeit notwendiger Laborkontrollen, Maßnahmen zur Prävention in der Häuslichkeit, Anpassung der Sprechzeiten)
- Mitwirkung bei der Erstellung von Hitzeaktionsplänen

1.1.1 Kommunikation von Risiken und Präventionsmaßnahmen

Aufgabe des Arztes ist es, gefährdete Personen und deren Angehörige für die Risiken durch Hitze zu sensibilisieren und schützende Verhaltensmaßnahmen zu vermitteln, z.B. über Gespräche, die idealerweise vor den Sommermonaten stattfinden und durch Informationsmaterial unterstützt werden. Schützende Verhaltensmaßnahmen bestehen beispielsweise in einer kontrollierten Flüssigkeitszufuhr, Senkung der Raumtemperatur durch nächtliches bzw. frühmorgendliches Lüften, Aufhängen kalter Tücher oder in dem Tragen einer der Witterung angepassten Bekleidung.

Empfehlungen zu Verhaltensanpassungen bei Hitze	Empfehlung
Kontrollierte Flüssigkeits- und Essenzufuhr	• Mindestens 1,5-2 l über den Tag verteilt, bei Flüssigkeitsrestriktion entsprechend der täglichen Gewichtskontrolle anpassen • Trinkplan zur Selbstkontrolle führen • Bei Inkontinenzproblemen: abends weniger trinken • Alkohol, zu viel Koffein und Zucker vermeiden [WHO.int (3)] • Eher Mineralwasser als Leitungswasser trinken, ggf. Brühe (Ausgleich von Salzverlusten) • Eher lauwarme als sehr kalte Getränke • Zusätzlich wasserreiches Obst und Gemüse essen (Melone, Gurke, Tomate) • Kleinere, dafür häufigere Mahlzeiten • Vermeidung von proteinreicher Nahrung, da sich der Körper bei der Verarbeitung von Proteinen zusätzlich aufheizt (Thermogenese) [WHO.int (3)]
Körper kühl halten	• Kühl duschen und baden • Kalte Arm- und Fußbäder • Nutzung feuchter Tücher, Kältepacks und Wasserspray
Wohnung kühl halten	• Temperaturen in Aufenthaltsräumen z.B. um 8, 10, 13 und 22 Uhr überwachen (idealerweise tagsüber unter 32°C, nachts unter 24°C) [WHO.int(3)] • Tagsüber für Schatten sorgen und evtl. Ventilatoren benutzen; nachts lüften (Vorsicht: Ventilatoren können eine Dehydrierung verursachen) • Klimaanlage nur nutzen, wenn unbedingt erforderlich (Achtung: Erkältungsgefahr) • Elektronische Geräte zur Verringerung der Hitzebelastung möglichst ausschalten (nicht den Kühlschrank) • Feuchte Tücher aufhängen (Verdunstungskälte) • Rückzug in kühlere Räume (Nordseite, Souterrain) insb. nachts • Rückzug in kühleres Umfeld für 2-3 Stunden täglich, sofern die Wohnung nicht kühl gehalten werden kann (z.B. gekühlte öffentliche Gebäude) [WHO.int(3)]
Verhalten anpassen	• Körperliche Anstrengungen vermeiden • Mittagsruhe • Verlagerung der anstrengenden körperlichen Aktivitäten in die kältesten Morgen- und Abendstunden [WHO.int(3)] • Zur heißesten Zeit des Tages nicht nach außen gehen • Kopfbedeckung, Sonnenbrille, leichte Kleidung sowie leichte Nacht- und Bettwäsche aus natürlichem Material [WHO.int (3)] • Leichte Kost: viel Obst und Gemüse, wenig Fett und Fleisch • Schattenplätze aufsuchen[WHO.int(3)] • Kinder und Tiere nicht in geparkten Fahrzeugen lassen [WHO.int

	(3)] • Kälteste Stelle daheim, v.a. in der Nacht, aufsuchen [WHO.int(3)] • Falls das heim nicht kühl gehalten werden kann, verbringe 2-3 Stunden täglich in einem kühlen Umfeld (z.B. gekühlte öffentliche Gebäude) [WHO.int (3)]
Gespräch in der Hausarztpraxis	• Eventuell Medikamente bei Hitze anpassen • Helfernetzwerk organisieren
Aufmerksamkeit bzgl. der eigenen Gesundheit und der des Umfeldes	• Hitzekrämpfe sind Muskelkrämpfe, die zustande kommen, wenn viele Elektrolyte durch Schwitzen verloren gehen. Sofortiges Ausruhen an einem kühlen Platz ist dann erforderlich. Dauern die Krämpfe mehr als eine Stunde ist medizinische Unterstützung erforderlich. [WHO.int (3)] • Wenn Menschen im Umfeld trockene heiße Haut bekommen und verwirrt/desorientiert wirken (Delirium): Beim Kühlen helfen und Krankenwagen rufen [WHO.int (3)] • Keine Paracetamol oder ACC geben [WHO.int (3)]

Wichtig ist die Identifikation und Beratung nicht nur von morbiditätsbedingten Risikopatienten, sondern auch von Risikopatienten, die in ihrer Wärmeregulation und/oder Verhaltensanpassung eingeschränkt sind, z.B. mit ungünstigen Wohnverhältnissen (städtische Wärmeinsel, Dachwohnung etc.). (Günster et al, 2021)

1.1.2 Anpassung der Medikation

Die Vermittlung von Wissen über gefährliche Arzneimittelnebenwirkungen ist – neben dem Aussprechen von und Sensibilisieren für Hitzeschutzmaßnahmen – eine der wichtigsten unmittelbaren Maßnahmen zur Abwendung von hitzebedingten Gesundheitsschäden. Entsprechende Maßnahmen richten sich an alle Angehörige von Gesundheitsfachberufen, insbesondere an Ärzte, aber auch an Pflegekräfte und Risikopatienten selbst. Da Arzneimittel durch hohe Temperaturen ihre Wirksamkeit verlieren können, sind zudem auch Hinweise auf die empfohlene Lagerungstemperatur (maximal 25°C) bedeutsam (Günster et al, 2021).

Es gibt unterschiedliche Auswirkungen von Hitzewellen auf den Menschen und notwendige Medikamentenanpassungen, die zu beachten sind. Einerseits kann beispielsweise die Wirkung der Medikamente selbst bei Hitzewellen verändert sein, andererseits wird die Anpassungsfähigkeit eines Menschen an die Hitze durch die Einnahme bestimmter Medikamente ungünstig beeinflusst. Das Hausarztpraxisteam sollte die Medikation des Patienten kritisch daraufhin prüfen, ob und welche Medikamente bei Hitze Risiken darstellen können. Diese kritischen Arzneimittel sind ggf. rechtzeitig abzusetzen oder in der Dosis zu reduzieren. Eine Übersicht zu Arzneien mit potenziellem Einfluss bei Hitze stellt die nachfolgende Tabelle dar:

Stoffklasse	Mögliche Maßnahmen zur Risikominimierung	Erwartete (un)erwünschte Arzneimittelwirkungen									Referenz
		Einfluss auf zentrale Temperaturregulation	Einfluss auf kutane Vasodilatation	Reduziertes Schwitzen	Reduzierter Durst	Verminderte Aufmerksamkeit	Dehydrierung	Hyponatriämie	Verstärkte AM-Wirkung durch rasches Anfluten	Verstärkte AM-Wirkung durch red. Elimination	
Diuretika	Gewichtsmonitoring, ausreichende Flüssigkeits- und ggf. Elektrolytzufuhr		?	?						22, 33	
Laxanzien	Gewichtsmonitoring, ausreichende Flüssigkeits- und ggf. Elektrolytzufuhr			?						2	
Histamin-H ₂ -Antagonisten der ersten Generation (z.B. Clemastin, Cyproheptadin, Dimetinden, Diphenhydramin, Doxylamin, Hydroxycyn, Promethazin)	Wechsel auf H ₂ -Antagonisten höherer Generationen erwägen										
Insulin (rasch freisetzend)	Intensiviertes Blutzuckermonitoring, ggf. Dosisanpassung									24, 39	
Neuroleptika (insbesondere Phenothiazine, aber auch Olanzapin und Quetiapin sowie Butyrophenone)	Enges UAW-Monitoring und ggf. Dosisanpassung									7, 23, 27, 29, 31	
Andere Antipsychotika (insbesondere Risperidon, Pimozid)	Enges UAW-Monitoring und ggf. Dosisanpassung									31	
Opiode als transdermale therapeutische Systeme (Pflaster)	UAW-Monitoring und ggf. Dosisanpassung									1, 7, 21, 34, 44	
Pflaster: Organische Nitrate, Testosteron, Nicotin										15, 17, 21	
Parasympatholytika (Atropin, Bornaprin, Scopolamin)	Möglichst vermeiden									28, 37	
(überwiegend) renal eliminierte Arzneimittel (Q _a -Wert < 0.3)	Dosisanpassung									40	

Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Deutschland

Stand 15.09.2020

Walter E. Haefeli, David Czock

1.1.3 Anpassung der Praxisabläufe

Bei Hitze ist es gut, die Praxis kühl zu halten und Getränke anzubieten. Für gefährdete Patienten sollten Sprechzeiten zu kühleren Tageszeiten am Morgen oder am Abend möglich sein. An einem Tag mit Hitzewarnung sollte möglichst auf anstrengende diagnostische und therapeutische Maßnahmen, wie z.B. ein Belastungs-EKG, verzichtet werden. Insbesondere ist auf Dehydratationszeichen, erhöhten oder erniedrigten Blutdruck bzw. erhöhte Körpertemperatur zu achten, ggf. sind Elektrolyte und Nierenwerte zu kontrollieren. Gefährdete Patienten, die allein leben, können evtl. von präventiven Hausbesuchen (durch die VERAH/MFA) profitieren. Hier kann eine Kontrolle relevanter Vitalparameter sowie eine Überprüfung von Exsikkosezeichen erfolgen und eine Beratung zu präventiven Maßnahmen stattfinden.

1.2 Kälteassoziierte Gesundheitsprobleme

Hauptauslöser für die Influenza sind Viren, die durch günstige Bedingungen in ihrer Vermehrung und Verbreitung gefördert werden. Bei Grippeviren sind dies äußerliche Umstände wie ein Temperaturabfall unter 13 Grad Celsius oder auch verschmutzte Luft.

In der Studie von Rittweger et al., 2022 zeigte sich eine deutliche saisonale Schwankung bei der Inzidenz von Influenza, welche sich auch durch Temperatureffekte und Feinstaub erklären lassen.

Hochrechnungen ergeben ein etwa 8-fach größeres Risiko zur Infizierung bei den niedrigsten beobachteten Temperaturen. Neben dem wichtigsten Faktor Temperatur begünstigt Feinstaub die Entstehung akuter Erkrankungen wie der Grippe.

Nach sehr speziellen Hochrechnungen ist Feinstaub mitverantwortlich für geschätzt bis zu 27 Prozent aller Grippefälle im Land.

Gemäß den Hochrechnungen in der Studie ist das Risiko an Grippe zu erkranken, in Regionen mit der höchsten beobachteten Feinstaubbelastung in etwa doppelt so hoch wie in Regionen mit den niedrigsten Feinstaubwerten. Das Risiko ist in Regionen höher, in denen es besonders kalt und in denen die Feinstaub-Konzentration besonders hoch ist. Allerdings ist die saisonale Abhängigkeit deutlich größer als die regional-geografische.

Das einmalige Studiendesign erlaubt eine starke Regionalisierung der Ergebnisse. Dadurch können Versicherten vor Ort passgenaue Versorgungs- und Präventionsmaßnahmen angeboten werden. Mittelfristig könnten die Daten daher für ein individualisiertes Risiko-Management, Empfehlungen zur

Gesundheitsversorgung und -prävention sowie zum Schutz vulnerabler Gruppen vor den Auswirkungen des Klimawandels genutzt werden. (Rittweger et al., 2022)

Hieraus lässt sich ableiten, dass die Impfquoten insbesondere für Risikogruppen und in feinstaubbelasteten Regionen zu erhöhen sind, auch entsprechend der STIKO Empfehlungen. Siehe in diesem Kontext auch Kapitel 6 zu Prävention durch Impfschutz.

2. Körperliche Aktivität fördern

Zu Fuß gehen, Radfahren – aktiv etwas gegen die Klimakrise tun und dabei auch noch gesund bleiben!

Körperliche Aktivität durch aktive Mobilität, also die Nutzung des Fahrrads oder das Gehen statt der Nutzung des Autos, schützt die Gesundheit schon bei kurzen Strecken (Quam et al. 2017).

2.1 Mobilität in der Klimakrise

Der Verkehrssektor ist einer der größten Verursacher von Treibhausgasen in Deutschland und trägt mit ca. 20 Prozent der Treibhausgasemissionen (THG-Emissionen) bei. Der relative Anteil ist seit 1990 um sieben Prozent gestiegen. Damit ist der Verkehr der einzige Sektor, der in den vergangenen Jahrzehnten seine Treibhausgasemissionen nicht mindern konnte.

Aus Sicht des Umweltbundesamtes sollte eine Minderung der Treibhausgasemissionen in Deutschland bis 2030 um mindestens 70 Prozent und bis 2040 um mindestens 90 Prozent gegenüber 1990 erreicht werden. (Umweltbundesamt, 2022 (1)) Trotz dessen, dass die spezifischen Emissionen an Schadstoffen und des Treibhausgases CO₂ pro Personenkilometer gegenüber 1995 gesunken sind (durch verschärfte Abgasvorschriften und verbesserte Qualität des Kraftstoffes) hebt das Mehr an Pkw-Verkehr die Verbesserungen im Klima- und Umweltschutz zum Teil wieder auf. (Umweltbundesamt, 2022 (2))

Das liegt unter anderem daran, dass die Mobilität zunimmt. Die Wegstrecken von und zur Arbeit oder für Geschäftszwecke sind gegenüber 2008 um 13 Prozent angestiegen, davon am stärksten die dienstlich veranlassten Wegstrecken – mit 56 Prozent zählt z.B. der Verkehr von Handwerkern, Pflegediensten und nicht zuletzt von Kurier- und Paketdiensten. (Bundesministerium für Digitales und Verkehr, 2022)

Nur 30 Prozent der innerörtlichen Wege werden zu Fuß erledigt. Jeder zwanzigste Weg, der in Deutschland mit dem Auto gefahren wird, ist maximal einen Kilometer lang. Wenn nur 30 Prozent dieser kurzen Autofahrten zu Fuß oder mit dem Rad zurückzulegen, könnten damit allein 2,5 Millionen Tonnen CO₂ eingespart werden. (Verbraucherzentrale Bayern, 2010)

Nicht-motorisierte Bewegung verhindert die meisten tödlichen Verkehrsunfälle und reduziert Luftschadstoffe. Gemessen an den EU-Grenzwerten sind in Deutschland insbesondere die Konzentrationen von Stickstoffdioxid und Feinstaub noch immer zu hoch. Eine langfristige Exposition gegenüber Feinstaub kann zu Arteriosklerose führen, Geburten beeinträchtigen und Atemwegserkrankungen bei Kindern auslösen. (World Health Organization, 2013)

2.2 Positive Effekte von Bewegung auf den Organismus

Durch Bewegung schüttet der Körper vermehrt verschiedene Botenstoffe aus.

Interleukin 6 mobilisiert im Zusammenspiel mit Adrenalin die Immunabwehr. Auch die Produktion von Serotonin nimmt zu. Dies wirkt ebenfalls positiv auf das Immunsystem. Die Konzentration von Brain-derived neurotropic factor (BDNF) im Gehirn nimmt zu. Das kann zu einer Verbesserung von Depressionen beitragen. Durch Krafttraining werden Myokine in der Muskulatur produziert, die Stoffwechselvorgänge aktivieren (Fettabbau) oder hemmen (Entzündungsreaktionen).

Weiterhin modifiziert regelmäßiges Training viele Gene. Das könnte erklären, warum sportliche Aktivität die Veranlagung für Krankheiten abmildern kann.

Bereits zehn Minuten rasches Gehen am Tag reduzieren das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 20 Prozent. Empfohlen werden 20 bis 30 Minuten mindestens dreimal die Woche. Die Regeneration nach Herzinfarkt und Schlaganfall verbessert sich, der obere Blutdruck-Wert kann um 10 bis 15 mmHg gesenkt werden, der untere Blutdruck-Wert um 5 bis 8 mmHg. (IQWiG, 2010)

Studien zeigen außerdem deutliche Risikosenkungen für Darm-, Gebärmutter- und Brustkrebs. Es wird angenommen, dass rund 9 Prozent aller Brustkrebsfälle und 10 Prozent aller Darmkrebsfälle in Europa auf unzureichende Bewegung zurückgehen. Schwächere Wirkungen zeigen sich auch bei Lungenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Eierstockkrebs, Prostatakrebs, Nierenkrebs und Magenkrebs. Als Gründe werden Auswirkungen körperlicher Aktivität auf Steroidhormone, den Insulinstoffwechsel, Wachstumsfaktoren, Adipokine (Signalmoleküle im Fettgewebe) und das Immunsystem diskutiert. (Krebsgesellschaft, 2022)

Durch Bewegung verbessert sich das Ansprechen der Zellen auf Insulin, so dass der Blutzuckerspiegel stabilisiert wird.

Gemäß WHO können vor allem Radfahren und Zufußgehen dazu beitragen, Bewegungsmangel und Luftverschmutzung zu verringern, Menschenleben zu retten und das Klima zu schützen [WHO.int (2)]:

- schon 30 Minuten Zufußgehen oder 20 Minuten Radfahren an mehreren Tagen pro Woche können das Sterberisiko um mindestens 10% senken;
- ein aktiver Schul- oder Arbeitsweg sind mit einem um rund 10% reduzierten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einem um 30% reduzierten Risiko für Typ-2-Diabetes verbunden; und
- die Sterblichkeit aufgrund von Krebs ist bei einem Fahrradpendler um 30% niedriger.

3. Ernährung und Klimaschutz

3.1 Ernährung und Umwelt

Ein Drittel aller vorzeitigen Sterbefälle sind auf ungesunde Ernährung zurückzuführen. Gleichzeitig belastet die Ernährung massiv die Umwelt und führt zu globalen und regionalen Umweltveränderungen, die zunehmend Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit haben.

Die Folgen sind Klimakrise und Artensterben, welche einen großen Einfluss auf die Ernährungssicherheit haben. Ernteausfälle durch Erderwärmung und verminderte Nahrungsqualität werden zur ernsthaften Bedrohung.

Während drei Milliarden Menschen weltweit keinen Zugang zu gesunder Nahrung haben und über 800 Millionen Menschen unterernährt sind, werden in Ländern mit durchschnittlich mittleren und hohen Einkommen zunehmend stark verarbeitete und ein hoher Anteil tierischer Lebensmittel verzehrt.

Die Folgen sind verstärktes Übergewicht bei Erwachsenen und Kindern, die Zunahme von Diabetes mellitus, Lungen- und Herz-Kreislauferkrankungen sowie Krebserkrankungen. Neben Leid und vorzeitigen Todesfällen sind hohe Kosten für das Gesundheitssystem die Folge. (KLUG, 2022)

Massive Auswirkungen haben die konventionellen Ernährungsgewohnheiten auch auf die Umwelt. Sie steht durch die Nahrungsmittelproduktion zunehmend unter Druck, denn das Ernährungssystem verursacht bis zu 37 Prozent aller THG- Emissionen und ist somit ein wichtiger Treiber der Klimakrise. (WWF, 2022) Die Expansion von Agrarflächen für die Lebensmittelproduktion ist für den größten Teil der Zerstörung noch intakter Wälder und anderer Lebensräume zurückzuführen.

Dabei spielt die Tierhaltung eine große Rolle, denn tierische Produkte haben im Vergleich zu pflanzlichen Produkten sehr viel größere Auswirkungen auf die Umwelt, was vor allem auch daran liegt, dass der Anbau von Tiernahrung große Agrarflächen benötigt. Um Lebensmittel mit dem gleichen Nährwert zu erzeugen, werden daher zum Beispiel für Fleisch mehr Quadratmeter gebraucht als für Getreide. Wenn stattdessen Lebensmittel für Menschen angebaut werden würde, wäre das viel besser

für Umwelt und Klima. (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, 2022)

Gleichzeitig sind 66 Prozent der Treibhausgas-Emissionen (THG-Emissionen) der Landwirtschaft und knapp fünf Prozent an den Gesamtemissionen Deutschlands allein auf die direkte Tierhaltung zurückzuführen. Den größten Anteil an THG-Emissionen innerhalb des Landwirtschaftssektors machen die Methan-Emissionen mit 56,4 Prozent aus, welche zu 76 Prozent der Methan-Emissionen aus Fermentation von Rinder- und Milchkuhhaltung zurückzuführen sind. (Umweltbundesamt, 2022 (3))

Mit 15 Prozent THG-Emissionen pro Kopf liegen die Emissionen der Ernährung gleichauf mit den Emissionen für Heizung. Lediglich Konsum (zum Beispiel Bekleidung, Haushaltsgeräte, Freizeitaktivitäten) und Verkehr haben mit 38 Prozent beziehungsweise 18 Prozent höhere Anteile. (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, 2022)

Nachhaltiger Lebensmittelkonsum ist essentiell, um die Umwelt und das Klima zu schonen, und haben geringe Aufwände bei der Umsetzung. Dazu gehört die Reduktion von Lebensmittelabfällen, nachhaltiger Lebensmitteleinkauf saisonal, regional und Transparent, der Verzehr von Bio-Obst und Bio-Gemüse, Vermeidung von unnötigem Verpackungsmüll und mehr pflanzliche, anstatt tierische Lebensmittel zu konsumieren. (Bundeszentrum für Ernährung, 2020)

Moderne Ernährungsweisen sind aufgrund von Viehhaltung, starker Verarbeitung und Verpackung von Produkten sowie oft weiter Transportwege mit hohen Treibhausgasemissionen verbunden. Insbesondere eine Limitierung des globalen Verzehrs von rotem Fleisch und Milchprodukten wird bei wachsender Welt Bevölkerung entscheidend sein, um die Erwärmung auf unter 2°C zu begrenzen. Der reduzierte Konsum von verarbeitetem Fleisch und vermutlich auch von rotem Fleisch geht mit einem reduzierten Risiko für Darmkrebs einher. Ersetzt man gesättigte Fettsäuren aus tierischen Produkten durch ungesättigte Fettsäuren aus pflanzlichen Produkten, führt dies zudem zu einer besseren kardiovaskulären Gesundheit. (Günster et al, 2021)

3.2 Pflanzenbasierte Ernährung

Die WHO empfiehlt eine pflanzenbasierte Ernährung mit wenig Salz, gesättigten Fettsäuren und zugesetztem Zucker als Teil einer gesunden Lebensweise. Bei dieser Form wird der Konsum von rotem und verarbeitetem Fleisch reduziert. Dies schützt vor nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen. Neben dem Gesundheitsaspekt hat eine solch pflanzenbasierte Ernährungsweise auch das Potenzial, Umwelteinflüsse, welche sonst mit einer tierbasierten Ernährung einhergehen, zu reduzieren. Eine solche pflanzenbasierte Ernährung produziert also im Vergleich weniger Treibhausgase. Nahrungsmittel, welche die größten Treibhausgasemissionen produzieren, sind mit den größten Erkrankungsrisiken assoziiert, z.B. rotes und verarbeitetes Fleisch [WHO.int (4)]

Empfehlenswert ist hierzu auch die bekannte Mediterrane Kost. Bestehend aus viel Gemüse, Obst, Salat, wenig tierischem Fett, dafür fischreich, Nüssen und Olivenöl erfüllt sie die genannten Kriterien der WHO. Sie wirkt sich sowohl positiv auf das Klima wie auch auf die nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen aus und vermindert u.a. das Herzinfarktrisiko um 50% (Herold (Hrsg.), 2023; Castaldi et al, 2022 ; Schlimpert, 2022; Deutsche Herzstiftung, 2017)

Planetary Health Diet

Die Planetary Health Diet wurde 2019 als erstes globales- und wissenschaftliches Ernährungskonzept von der EAT-Lancet-Kommission, bestehend aus 37 Wissenschaftlern aus verschiedenen Fachbereichen und 16 Ländern, welche im Verlauf von drei Jahren bestehende wissenschaftliche Daten zu Gesundheit, Ernährung und Umwelt ausgewertet haben, zum Wohle der menschlichen Gesundheit, als auch des Planeten entwickelt. Sie umfasst soziale, ökonomische und ökologische Aspekte und steht im direkten Zusammenhang der nachhaltigen Ziele.

Dabei zeigt die EAT-Lancet-Kommission auf, wie die zukünftige Weltbevölkerung von 10 Milliarden Menschen im Jahr 2050 trotz knapper ökologischer Ressourcen und Belastungsgrenzen mit einer gesundheitsfördernden Ernährung versorgt werden kann. Neben der Deckung des Energie- und Nährstoffbedarfs liegt auch die Bekämpfung von ernährungsbedingten Krankheiten im Fokus, sowie die Verringerung der Gesamtsterblichkeit aufgrund ungesunder Ernährungsweisen und daraus resultierender Erkrankungen. (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2023)

Maßgeblich ist hier vor allem der Fokus auf pflanzlicher Ernährung, wie Gemüse, sättigendes (Vollkorn-)Getreide, Hülsenfrüchte, Nüsse und Obst, sowie die Reduktion der Aufnahme tierischer Produkte, wie Milchprodukte, Eier und vor allem Fleisch und Fisch.

Auf raffiniertes Getreide, stark verarbeitete Lebensmittel und zugesetzten Zucker wird, soweit möglich, verzichtet. Ungesättigte Fettsäuren sollen gesättigten Fettsäuren bevorzugt werden.

Dabei werden folgende Richtwerte (2.500Kcal/Tag) empfohlen:

Empfohlene Menge in Gramm pro Tag (möglicher Spielraum)		Beispielportionen
Fleisch	Rind/Schwein: 15 (0-30) Geflügel: 30 (0-60)	1 Steak + 2 Hähnchenschenkel in 14 Tagen
Fisch	30 (0-100)	1 Fischgericht pro Woche
Eier	13 (0-25)	1 Ei pro Woche
Milch	250 (0-500)	1 Glas Milch pro Tag oder 1 St. Käse pro Woche
Getreide	230	1 Teller Nudeln + 2 Scheiben Brot pro Tag
Kartoffeln	50 (0-100)	1 Kartoffelgericht pro Woche
Obst	200 (100-300)	1 Apfel + 1 Hand voll Beeren pro Tag
Gemüse	300 (200-600)	1 Salatteller pro Tag
Hülsenfrüchte	75 (0-100)	1 Teller Linsensuppe od. 1 Liter Sojamilch pro Tag
Nüsse/Samen	50 (0-75)	Etwa 1 Hand voll Nüsse / Samen pro Tag
Fett/Öl	Gesättigt: 12 (0-12) Ungesättigt: 40 (20-80)	2 EL Pflanzenöl + 5 Walnüsse + 5 St. Schokolade pro Tag
Zucker	30 (0-30)	1 Glas Saft oder 4 Schokokekse pro Tag

https://klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2022/12/2022_Planetary-Health-Diet-fuer-die-Hosentasche_Helen.jpg

Bei der Planetary Health Diet geht es nicht um Verzicht oder strenge Einhaltung von Referenzwerten, sondern vielmehr darum, einen Referenz-Speiseplan zur Verfügung zu stellen, der für jede Ernährungsform auf der ganzen Welt angepasst werden kann und soll.

Dabei stimmen die Planetary Health Diet und die DGE-Ernährungsempfehlung weitestgehend überein. Beide umfassen eine flexible, anpassbare Ernährungsweise. Sie sind pflanzenbetont und bevorzugen Vollkornprodukte und Öle mit ungesättigten Fettsäuren, während ein geringerer Verzehr von tierischen und hoch verarbeiteten Lebensmitteln, gesättigten Fettsäuren und Zucker empfohlen wird. Unterschiede ergeben sich aus der globalen versus der deutschlandspezifischen Betrachtung und bei der Ableitung der Lebensmittelmengen, vor allem bei Milch und Milchprodukten. Während die Planetary Health 500 g Milchäquivalente am Tag empfiehlt, liegen die Orientierungswerte der DGE nach Umrechnung mit 596-728g/Tag deutlich höher.

Auch die empfohlene Kalorienzufuhr ist mit der empfohlenen Menge von 2.500 kcal bei der Planetary Health Diet deutlich höher als die der DGE, welche von 1.600-2.400 kcal als Tagesbedarf ausgeht.

Diese sind durch die unterschiedlichen Schwerpunkte und Differenzierungen zu erklären, da die Planetary Health Diet verstärkt auf ökologische Nachhaltigkeit achtet, während die DGE eine ausreichende Nährstoffversorgung differenziert nach Altersgruppen und Geschlechtern zum Ziel hat. (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2022)

4. Rauchstopp fördern

Nikotinabusus ist das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Neben den direkten gesundheitlichen Auswirkungen produziert die Tabakindustrie jährlich rund 84 Millionen Tonnen CO₂. [RKI.de (2); WHO.int (1)]

Zu den Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt auftreten, gehören beispielsweise Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen (Schauder, 2006)

Zudem ist die Luftverschmutzung durch das Rauchen ein gravierendes Umwelt- und Gesundheitsproblem. Bis 2050 dürfte Luftverschmutzung zur wichtigsten umweltbedingten Ursache dafür werden, dass Menschen vorzeitig sterben [OECD.org].

Zigarettenrauchen stellt eine gesundheitsschädliche Feinstaubquelle dar. So werden in Raucherhaushalten Werte von 200 bis 600 µg/m³ Luft gemessen, das ist das Vier- bis Zwölfwache des EU-Grenzwertes [BMK.gov.at].

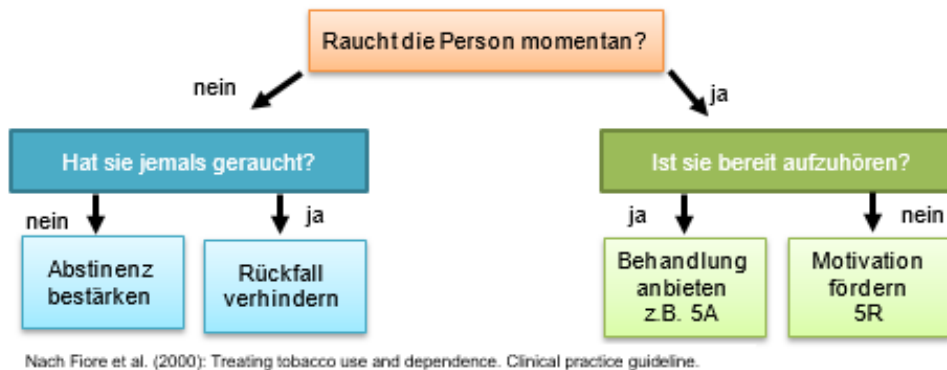
Zu den Atemwegserkrankungen, die durch Luftschadstoffe hervorgerufen oder verstärkt werden können gehören die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma bronchiale, Atemwegsinfekte, Bronchitis und Pneumonie. Selbst bei Gesunden haben Luftschadstoffe negative Auswirkungen auf die Lungengesundheit, indem sie, häufig vom Einzelnen noch unbemerkt, die Lungenfunktion verschlechtern (Günster et al, 2021).

Durchschnittlich sterben in Deutschland jedes Jahr mehr als 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens (Deutsches Ärzteblatt, 2015). Hinzu kommen Erkrankungen, Arbeitsunfähigkeit, Gesundheitsbeschwerden, Produktivitätsverlust und vorzeitige Todesfälle, die durch regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden [RKI.de (2)] Passivrauchen weist dieselben gesundheitlichen Konsequenzen auf wie das aktive Rauchen, wenn auch in geringerem Ausmaß. Langfristige Folgen, die durch die regelmäßige Passivrauchbelastung entstehen oder verstärkt werden können, sind beispielsweise verschiedene Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma und die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung [RKI.de (5)]

Im Jahr 2003 wurde das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ beschlossen. Damals lag der Anteil der Raucherinnen und Raucher bei fast 35% der Erwachsenen und 23% bei den 12-17-jährigen Jugendlichen. Auch am Arbeitsplatz und in der Freizeit waren viele Menschen einer erheblichen Belastung durch Passivrauchen ausgesetzt. Mittlerweile ist die Raucherquote bei Jugendlichen auf unter 10 Prozent und bei Erwachsenen auf 25% gesunken. Rauchfreiheit ist im

öffentlichen Raum, laut dem Bundesministerium für Gesundheit, praktisch überall zur Normalität geworden [BMG.de] Raucher sollten im Rahmen von Routinebefragungen angesprochen werden. Der Rauchstatus sollte regelmäßig dokumentiert werden. Zur Dokumentation des Rauchverhaltens wird ein klinisches Erfassungs-/Erinnerungssystem (z. B. Marker, Sticker auf Karteikarten, elektronische Patientenakten etc.) empfohlen. Um den Grad der Abhängigkeit zu bestimmen, eignet sich z. B. der Fagerström Test (FTCD) oder die daraus abgeleitete Kurzform der Heaviness-of-Smoking-Index (HSI).

Als effektiv wurden die ärztliche Minimalintervention (< 3 Minuten ABC-Ansatz) sowie die Kurzintervention (< 10 Minuten 5A/5R) in Metaanalysen belegt. Die Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung bilden die Basis (GOLD Guidelines, 2018) [BZGA.de]



5. Prävention durch Impfschutz

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen [RKI.de (6)].

Sie zählen erwiesenermaßen zu den effektivsten und sicheren Methoden, um Infektionen und die daraus resultierenden Folgeerkrankungen zu verhindern.

Die Bereitschaft der Bevölkerung, sich impfen zu lassen, wird von vielen Faktoren beeinflusst. Dabei ist Vertrauen in die Wirksamkeit und Sicherheit der Impfungen vielleicht der wichtigste Punkt.

Zu den wesentlichen Herausforderungen gehört der informierte Konsens: Die Entscheidung der Menschen für das Impfen soll auf bestmöglicher Abwägung von Nutzen und Risiken erfolgen. Dazu ist ein neues Verständnis über Impfkommunikation bei Ärzten und anderen Beteiligten notwendig, das unserer modernen und freiheitlichen Gesellschaft entspricht. Auch qualitätsgesicherte Informationsangebote im Internet werden benötigt. Es gibt also enge Bezüge zum Thema Gesundheitskompetenz (Health Literacy) (Hildt et al, 2019)

Im Vergleich zu den vorpandemischen Jahren haben sich 2020 und 2021 die Impfquoten mehrerer von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für Erwachsene empfohlenen Impfungen weiter erhöht. Insbesondere bei Impfungen gegen Influenza, Pneumokokken und Masern ist die erhöhte Inanspruchnahme zu beobachten. (RKI, 2022)

Insgesamt erscheint die Nutzung von Impfstoffen im Erwachsenenalter jedoch weiterhin verbesserungswürdig: Die Impfquoten der meisten von der STIKO im Erwachsenenalter empfohlenen Impfungen liegen unter 50 %. Insbesondere jüngere Risikogruppen sind kaum entsprechend den STIKO-Empfehlungen geimpft. So sind beispielsweise 18–49-jährige Risikopatientinnen und -patienten zu weniger als 20 % gegen Influenza oder Pneumokokken geimpft, Schwangere zu weniger als 20 % gegen Influenza. (RKI, 2022)

Auch wurde das von der Europäischen Kommission und der Weltgesundheitsversammlung erklärte Ziel, eine Influenzaimpfquote von mindestens 75 % unter Seniorinnen und Senioren zu erreichen, mit 43 % deutlich verfehlt. (RKI, 2022)

Das Potenzial von Impfungen zur Verhinderung schwerer Krankheitsverläufe, von Krankenhausbehandlungen und Tod wird damit bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Die hier präsentierten Daten zeigen, dass es mehr Anstrengungen und Maßnahmen bedarf, um Erwachsenen-Risikogruppen gezielt über ihr erhöhtes Erkrankungsrisiko aufgrund des Alters, einer bestehenden Schwangerschaft oder relevanter Grunderkrankungen aufzuklären sowie über den Nutzen der empfohlenen Impfungen zu informieren. Insbesondere der Arztbesuch sollte genutzt werden, um den Impfstatus zu prüfen, Nachholimpfungen durchzuführen und somit zumindest einen Teil der Barrieren bei der Inanspruchnahme von Impfungen abzubauen. (RKI, 2022). Insbesondere zum Thema Impfen kursieren eine Vielzahl von Falschinformationen. Personen, die dem Impfen ohnehin kritisch gegenüberstehen oder noch unentschlossen sind, können durch Falschinformationen weiter verunsichert werden. Medizinisches Personal kann dann eine wichtige Rolle dabei spielen, mit verunsicherten Patient:innen über Impfungen ins Gespräch zu kommen und ihre Fragen zu beantworten.

Um die impfende Ärzteschaft in dieser Arbeit zu unterstützen, hat das Robert Koch-Institut sogenannte „Faktensandwiches“ zu einigen häufig vorkommenden Falschinformationen zu Impfungen entwickelt.



Hierbei wird zunächst der Fakt angeführt, dann die Falschinformation als solche benannt und anschließend erklärt, woher die Falschinformation kommt und wieso es sich um eine Falschinformation handelt. Abschließend wird der Fakt wiederholt (nach Lewandowsky et al. 2020). Darauf zahlen auch die Qualitätsindikatoren von QiSA im Kontext Prävention mit den Indikatoren „Versicherte mit überprüftem Impfstatus“ und „Influenza-Impfquote der Versicherten ab Jahren“ ein (Miksch et al 2021).

Durch Impfung vermeidbare Krankheiten stellen weltweit eine relevante Ursache für Mortalität und Morbidität dar. Klimafaktoren haben sich als wichtige Faktoren für die Übertragung von durch Impfung vermeidbaren Atemwegserkrankungen, durch Wasser übertragenen Darmkrankheiten und durch Mücken übertragenen Krankheiten erwiesen. Das Klima ist eine wichtige Triebkraft für die Dynamik vieler Infektionskrankheiten, einschließlich derer, die durch Impfung vermeidbar sind (Mahmud et al, 2020).

Aufgrund längerer und wärmerer Sommer kann sich auch die geografische Ausbreitung von Mücken und Zecken verändern. Außerdem halten sich die Menschen bei warmen Temperaturen häufiger und länger im Freien auf. So steigt die Wahrscheinlichkeit, von Mücken oder Zecken gestochen zu werden. Damit steigt auch das Risiko, sich mit Erregern zu infizieren, die durch Mücken oder Zecken übertragen werden (BZGA.de (2)).

So sind für das häufigere Auftreten der Frühsommer-Meningoenzephalitis mit dem FSME-Virus infizierte Zecken verantwortlich. Zecken sind ab einer Temperatur von etwa 8 Grad aktiv. Abhängig von Art und Stadium kann man Zecken das ganze Jahr hinüber finden. FSME tritt in Abhängigkeit von der Aktivität der virustragenden Zecken bevorzugt im Frühjahr, Sommer und Herbst auf. Da sich die Menschen in sonnenreichen und warmen Sommern häufiger und länger im Freien aufhalten, steigt in FSME-Risikogebieten folglich auch das Risiko einer Ansteckung mit dem FSME-Erreger (BZGA (2)).

6. Ansätze einer klimaresilienten Versorgung am Beispiel ausgewählter Krankheitsbilder

Die Anlässe einer klimaresilienten Versorgung sind vielfältig. Als präventiver Ansatz dient sie allen Patienten und berät hinsichtlich einer klimafreundlichen und gesunden Lebensweise, welche dem Klimaschutz (Mitigation) dient.

Als Maßnahme der Klimafolgeanpassung (Adaption) beinhaltet sie die Aufklärung über Risiken, Prävention und Zusammenhänge klimasensibler Krankheiten, z.B. Hitze, Luftverschmutzung, Allergien, insbesondere bei vulnerablen Patientengruppen.

Am Beispiel ausgewählter Krankheitsbilder können folgende Ansätze, Inhalte und Maßnahmen Teil einer klimasensiblen Gesundheitsberatung sein:

Krankheitsbilder	Inhalte/ Maßnahmen Klimasensibilisierung und Klimafolgeanpassung	
Kardiovaskuläre- und Gefäßerkrankungen		
	Krankheitsspezifische Ansätze:	Krankheitsübergreifende Ansätze:
Herzinsuffizienz (Rechts,- Links-, Globale)	Trinkmengenanpassung und /oder Ausscheidungskontrolle Anpassung Diuretika, Blutdrucksenker	Einfluss hoher Temperaturen und veränderter Luftqualität auf die Gesundheit und das Herz- Kreislaufsystem (RR-Werte) und die krankheitsbedingten Begleiterkrankungen. Einfluss Sonneneinstrahlung auf den Kopf und notwendige Schutzmaßnahmen Auswirkung Gewicht/Ernährungsstil (Planetary Health Diet), Tabakentwöhnung, Mobilität und Bewegung auf Umwelt und Klima sowie eigene Gesundheit
(Art. Hypertonie	Anpassung Diuretika, Blutdrucksenker	
(Z.n.) Schlaganfall	Anpassung Diuretika, Blutdrucksenker	
(Z.n.) Herzinfarkt/ KHK	Anpassung Diuretika, Blutdrucksenker, Information über mögliche Zunahme und Umgang mit AP-Beschwerden	
Niereninsuffizienz	Trinkmengenanpassung und /oder Ausscheidungskontrolle	
Venöse Insuffizienz, Lymphödem	Anpassung/ Ansatz Diuretika, Lymphdrainage Erhöhte Ödembildung und Kompressionsmaßnahmen	
Atemwegserkrankungen		
	Krankheitsspezifische Ansätze:	Krankheitsübergreifende Ansätze:
COPD, Asthma	Anpassung/ Ansatz Medikation / Inhalation Umstellung umweltfreundliche Inhalatoren	Einfluss hoher Temperaturen und veränderter Luftqualität und lungenbelastender Schadstoffe auf die Gesundheit und das Herz- Kreislaufsystem (RR-Werte) und die krankheitsbedingten Begleiterkrankungen. Auswirkung Gewicht/Ernährungsstil (Planetary Health Diet), Tabakentwöhnung, Mobilität und Bewegung auf Umwelt und Klima sowie eigene Gesundheit

Endokrinologische Erkrankungen und Stoffwechselstörungen		
	Krankheitsspezifische Ansätze:	Krankheitsübergreifende Ansätze:
Adipositas (Stoffwechselbedingt)		Auswirkung Gewicht/Ernährungsstil (Planetary Health Diet, Tabakentwöhnung, Mobilität und Bewegung auf Umwelt und Klima sowie eigene Gesundheit Einfluss hoher Temperaturen und veränderter Luftqualität und lungenbelastender Schadstoffe auf die Gesundheit und das Herz-Kreislaufsystem (RR-Werte), die krankheitsbedingten Begleiterkrankungen und Psyche und Krankheitssymptomatik UV-Belastung.
Diabetes	Trinkmengenanpassung /-steigerung, Blutzuckermessungen, Medikationsanpassung (Diuretika)	
Multifaktoriell bedingte und generalisierte Krankheiten		
	Krankheitsspezifische Ansätze:	Krankheitsübergreifende Ansätze:
Harninkontinenz	Trinkmengenanpassung- / steigerung trotz Inkontinenz Ansprache über Inkontinenzrezepte	Einfluss hoher Temperaturen und veränderter Luftqualität und lungenbelastender Schadstoffe auf die Gesundheit und das Herz-Kreislaufsystem (RR-Werte), die krankheitsbedingten Begleiterkrankungen und Psyche und Krankheitssymptomatik Auswirkung Gewicht/Ernährungsstil (Planetary Health Diet), Tabakentwöhnung, Mobilität und Bewegung auf Umwelt und Klima sowie eigene Gesundheit UV-Belastung.
Tumorpatienten	Nierenfunktion unter Therapie und Trinkmengenanpassung Medikationscheck Ernährungszustand Auswirkungen Therapie auf Nierenfunktion und Lichtempfindlichkeit der Haut	
Adipositas		
Psychische Erkrankungen		
Parkinson/Demenz	Trinkenmengenanpassung und /oder Ausscheidungskontrolle Exsikkosegefahr (ggf. Einbezug Pflegepersonal)	
Chronische Hauterkrankungen unter Therapie (Psoriasis, Neurodermitis)		
geistigen Behinderungen	Trinkmengenanpassung und /oder Ausscheidungskontrolle Exsikkosegefahr (ggf. Einbezug Pflegepersonal)	
Allergiker	Verlängerte Allergiesaison, Kreuzallergene, „neue“ Allergene, Anpassung auf Pulverinhalatoren	Präventive Aufklärung über Zusammenhang von Klima und Gesundheit und dessen Einfluss aufgrund unseres Lifestyles
Muskuloskelettale Erkrankungen	Vermeidung diclofenac-haltiger Externa	

Literaturverzeichnis

Barrett et al, 2015. Barrett B, Charles JW, Temte JL. Climate change, human health, and epidemiological transition. Preventive medicine 2015; 70:69–75. <https://doi.org10.1016/j.ypmed.2014.11.013>.

Becker et al, 2019. Becker C., Herrmann, A., Haefeli, W., Rapp, K., & Lindemann, U. (2019). Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 62(5): 5. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 62(5): 5.

BMG.de.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Tabakkonsum_reduzieren.pdf. (Stand 14.03.2023).

BMK.gv.at. https://www.bmk.gv.at/themen/klima_umwelt/luft/luftguete/feinstaub.html (Stand 14.03.2023).

Bobbert P, 2020. Klimawandel ist Thema der Ärzteschaft. Deutsches Arzteblatt 2020;117(33–34):A1560.

Bundesministerium für Digitales und Verkehr., 2022. Mobilität in Deutschland (MiD). <https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Artikel/G/mobilitaet-in-deutschland.html> (Stand 14. 11.2022)

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, 2022. BMUV. Mein Essen, die Umwelt und das Klima: <https://www.bmu.de/jugend/wissen/details/mein-essen-die-umwelt-und-das-klima> (Stand 23. 012023)

Bundeszentrum für Ernährung, 2020. Bundeszentrum für Ernährung. Ernährung und Klimaschutz: <https://www.bzfe.de/nachhaltiger-konsum/orientierung-beim-einkauf/ernaehrung-und-klimaschutz/> (Stand19. 012023)

BZgA.de. Leitfaden zur Kurzintervention Rauchstopp in der Arztpraxis <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/foerderung-des-nichtrauchens-informationsmaterial-fuer-multiplikatoren/leitfaden-zur-kurzintervention-bei-raucherinnen-und-rauchern/> (Stand 14.03.2023).

BZgA.de (2). Die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit | BZgA - Klima - Mensch - Gesundheit (Stand 14.03.2023).

Castaldi et al, 2022. Castaldi, S., Dembska, K., Antonelli, M. et al. The positive climate impact of the Mediterranean diet and current divergence of Mediterranean countries towards less climate sustainable food consumption patterns. <https://www.nature.com/articles/s41598-022-12916-9>.

Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R., Patterson C (2009). Managing the health effects of climate change. The Lancet, 373(9676), 1693–1733. doi:10.1016/S0140-6736(09) 60935-1

Deutscher Bundestag, 2022. Sachstand: Auswirkungen von Geschwindigkeitsbegrenzungen im Straßenverkehr auf die Treibhausgasemissionen. Bundestag WD 063/22 <https://www.bundestag.de/resource/blob/921316/4c93b48f865c540df7bd657b490ec6ac/WD-8-063-22-pdf-data.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2023. Planetary Health Diet. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.: <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/nachhaltige-ernaehrung/planetary-health-diet/> (Stand 19. 012023)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2023. DGE-Stellungnahme zur Einordnung der Planetary Health Diet. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.: <https://www.dge.de/presse/pm/dge-stellungnahme-zur-einordnung-der-planetary-health-diet/> (Stand 21. 012023)

Deutsche Herztiftung, 2017. Länger leben durch Mittelmeerküche Traum oder Wirklichkeit? <https://www.herztiftung.de/system/files/2020-06/SD38-Laenger-leben-durch-2017.pdf>; <https://fet-ev.eu/mediterrane-ernaehrung/>

Deutsches Aerzteblatt, 2015. Tabakatlas: 121 000 Rauchertote jährlich in Deutschland <https://www.aerzteblatt.de/archiv/172961/Tabakatlas-121-000-Rauchertote-jaehrlich-in-Deutschland>

Fischer EM, Schär C, 2010. Consistent geographical patterns of changes in high-impact European heatwaves. Nat Geosci 3:398–403. doi: 10.1038/ngeo866

Gislason, Maya K., 2015. Climate change, health and infectious disease. Virulence 6 (6):539–542.

GOLD Guidelines, 2018. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

Günster et al, 2021. Günster, C., Klauber, J., Robra, B.-P., Schmuker, C. and Schneider, A.. Versorgungs-Report: Klima und Gesundheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. DOI: <https://doi.org/10.32745/9783954666270>

Haines A, Ebi K, 2019. The Imperative for Climate Action to Protect Health. N Engl J Med, 380(3), 263–273. doi:10.1056/NEJMr1807873

Herold G. (Hrsg.), 2023. Innere Medizin

Herrmann et al, 2019. Herrmann, A., Haefeli, W., Lindemann, U., Rapp, K., Roigk, P., & Becker, C. Epidemiologie und Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden älterer Menschen. Z Gerontol Geriatr 52(5): 487-502.

Hildt et al, 2019. Eberhard Hildt, Maria-Sabine Ludwig, Joseph Kuhn..Impfen neu denken: Ansatzpunkte und Perspektiven einer modernen Impfstrategie (springer.com)

IQWiG, 2010. Nutzenbewertung nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien bei Patienten mit essenzieller Hypertonie: Steigerung der körperlichen Aktivität. Rapid Report A0r-21D. IQWiG: www.iqwig.de/download/a05-21d_rapid-report_nichtmedikamentoeser_behandlungsstrategien_bei_hypertonie_steigerung_der_koerperlichen_aktivitaet.pdf Abgerufen am (Satnd 19.032023)

KLUG, 2022. klimawandel-gesundheit.de/planetary-health/ernaehrung/. Abgerufen am 24. Januar 2023 von ERNÄHRUNG IM KONTEXT VON PLANETARY HEALTH: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/planetary-health/ernaehrung/>

Krebsgesellschaft, 2022. Onko Internetportal. Durch Bewegung Krebs vorbeugen: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/bewusst-leben/basis-informationen-krebs-bewusst-leben-bewegung/durch-bewegung-kreb.html> (Stand 14. 112022)

Lewandowsky et al. 2020. The Debunking Handbook. DOI: 10.17910/b7.1182. Auf Deutsch [hier](#) verfügbar; Informationsmaterial „Faktensandwiches für wirksame Aufklärung“ des Robert Koch Instituts https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfmythen/Sicherheit_Nebenwirkungen_Download.pdf?__blob=publicationFile; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfmythen/Wirksamkeit_Impfschutz.html

.Mahmud et al, 2020. The Impact of Climate Change on Vaccine-Preventable Diseases: Insights From Current Research and New Directions | SpringerLink

McMichael AJ, 2013. Globalization, climate change, and human health. The New England Journal of Medicine 368 (14):1335.

Miksch A, Andres E, Stegbauer C, Szecsenyi J: Prävention – Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band E1, Version 2.0, KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin 2021. https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/QISA/Downloads/qisa_teil_e1_v2_0_web.pdf

OECD, 2019. Health at a glance . www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm (Stand 14.03.2023).

OECD.org. Better Life Index: Umwelt. <https://www.oecdbetterlifeindex.org/de/topics/environment-de/> (Stand 14.03.2023).

Quam et al 2017. Quam VG, Rocklöv J, Quam M, Lucas RA. Assessing greenhouse gas emissions and health co-benefits: a structured review of lifestyle-related climate change mitigation strategies. International journal of environmental research and public health, 14(5), 468.

Rittweger et al., 2022. Temperature and particulate matter as environmental factors associated with seasonality of influenza incidence – A novel approach using Earth observation-based modeling in a health insurance cohort study from Baden-Württemberg (Germany). Environ Health. 2022; 21: 131.

RKI.de (1).

https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/K/Klimawandel_Gesundheit/Klimawandel_Gesundheit_node.html (Stand 14.03.2023).

RKI.de (2).

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Rauchen/Rauchen_node.html (Stand 14.03.2023, bzw. Stand 31.08.2018)

RKI.de (3).

https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/C/Chron_Erkrankungen/Chron_Erkrankungen_node.html (Stand 14.03.2023).

RKI.de (4). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/NCD-Surveillance/NCD-Surveillance_inhalt.html (Stand 14.03.2023).

RKI.de (5).

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_02_2018_Passivrauchbelastung_Erwachsene.pdf;jsessionid=B04EA3EBDADEB4420FFDEFC7B9296789.1_cid381?__blob=publicationFile (Stand 31.08.2018).

RKI.de (6). [RKI - Impfen](#) (Stand 28.03.2023)

RKI (7).

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_02_2018_Passivrauchbelastung_Erwachsene.pdf;jsessionid=B04EA3EBDADEB4420FFDEFC7B9296789.1_cid381?__blob=publicationFile (Stand 31.08.2018)

Robert Koch Institut (RKI), 2010. Klimawandel und Gesundheit - Ein Sachstandsbericht.

RKI, 2022. Epidemiologisches Bulletin 49/2022. Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance. Epidemiologisches Bulletin 49/2022 (rki.de)

Sachverständigenrat Medizin, 2009. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. www.svr-gesundheit.de „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009“).

Schauder, 2006. Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker

Schlimpert, 2022. <https://www.kardiologie.org/ischaemische-herzerkrankungen-koronare-herzkrankheit--khh/stoffwechselkrankheiten-und-ernaehrung/welche-ernaehrung-ist-besser-fuer-khk-patienten--mediterran-oder/20377712>

UN.org. <https://www.un.org/en/climatechange/science/climate-issues/food> (Stand 14.03.2023),

Umweltbundesamt, 2022 (1). Klimaschutz im Verkehr. Umweltbundesamt: <https://www.umweltbundesamt.de/themen/verkehr-laerm/klimaschutz-im-verkehr#ziele> (Stand 24.01.2023)

Umweltbundesamt, 2022 (2). Spezifische Emissionen des Straßenverkehrs Umweltbundesamt: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/verkehr/emissionen-des-verkehrs> (Stand 24.01.2023)

Umweltbundesamt, 2022 (3). Beitrag der Landwirtschaft zu den Treibhausgas-Emissionen. Umweltbundesamt: Beitrag der Landwirtschaft zu den Treibhausgas-Emissionen. <https://www.umweltbundesamt.de/daten/land-forstwirtschaft/beitrag-der-landwirtschaft-zu-den-treibhausgas#treibhausgas-emissionen-aus-der-landwirtschaft> (Stand 26.04.2023)

Umweltbundesamt.de (1). <https://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/gesundheitsrisiken-durch-hitze> (Stand 14.03.2023)

Umweltbundesamt.de (2). <https://www.umweltbundesamt.de/daten/klima/treibhausgas-emissionen-in-deutschland#emissionsentwicklung> (Stand 14.03.2023).

Verbraucherzentrale Bayern, 2010. Verkehrsmittel im Umwelt-, Zeit- und Kostenvergleich. https://www.verbraucherzentrale-bayern.de/sites/default/files/migration_files/media221043A.pdf (Stand 14. 11. 2022)

Walinski, A. et al: Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 117-24; DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0403

Watts et al, 2015a. Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W, Costello A Health and climate change: policy responses to protect public health. The Lancet, 386(10006), 1861–1914. doi:10.1016/s0140-6736(15)60854-6

Watts et al, 2015b. Watts N, Campbell-Lendrum D, Maiero M, Fernandez Montoya L, Lao K Strengthening Health Resilience to Climate Change – Technical Briefing for the World Health Organization Conference on Health and Climate. Geneva: United Nations, World Health Organization

WHO. int (1). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051287> (Stand 14.03.2023).

WHO.int (2). <https://www.who.int/europe/news/item/07-06-2022-cycling-and-walking-can-help-reduce-physical-inactivity-and-air-pollution--save-lives-and-mitigate-climate-change> (Stand 14.03.2023).

WHO.int (3). <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/heatwaves-how-to-stay-cool> (Stand 24.02.23).

WHO.int (4). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349086>. (Stand 14.03.2023).

World Health Organization, 2022. Tobacco: poisoning our planet. [9789240051287-eng.pdf](https://www.who.int/publications/i/item/9789240051287-eng.pdf)

World Health Organization, 2020. WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-001222-6

World Health Organization, 2019. Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden. Neue und aktualisierte Hinweise. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation. Heatwaves: How to stay cool. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/heatwaves-how-to-stay-cool> (Stand 24.02.23)

World Health Organization, 2015. Operational framework for building climate resilient health systems (ISBN 9 978 92 4 156507 3). Retrieved from Geneva, Switzerland

World Health Organization, 2013. review-of-evidence-on-health-aspects-of-air-pollution-revihaapinterim-report. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/air-quality/publications/2013/review-of-evidence-on-health-aspects-of-air-pollution-revihaapinterim-report> (Stand 24. 012023)

WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2021. Plant-based diets and their impact on health, sustainability and the environment: a review of the evidence: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349086>

WWF, 2022. Essen wir das Klima auf. WWF Themen und Projekte: <https://www.wwf.de/themen-projekte/landwirtschaft/ernaehrung-konsum/essen-wir-das-klima-auf> (Stand 24. 01.2023)

Zacharias et al, 2015. Zacharias S, Koppe C, Mücke H, Climate Change Effects on Heat Waves and Future Heat Wave-Associated IHD Mortality in Germany. Climate 100–117. doi: 10.3390/cli3010100

Annex zu Anlage 12 Anhang 16 des HZV-Vertrags mit der AOK Baden-Württemberg: Unterstützung bei der praktischen Umsetzung der klimaresilienten Versorgung

Inhalt

Materialien und Links allgemein zum Thema klimaresiliente Versorgung	1
Materialien und Links zu den Schwerpunktthemen der klimaresilienten Versorgung	2
Evidenz zum Thema klimaresiliente Versorgung, inklusive Aus-, Fort- und Weiterbildung .	3

Die Risiken des Klimawandels für die menschliche Gesundheit können Hausärzte und das Praxisteam durch Aufklärung über Gesundheitsrisiken auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene kommunizieren. Themen sind insbesondere:

- Risiko- und Schutzfaktoren
 - biopsychosoziale Verhaltensänderungen zu einem nachhaltigeren, klimaschonenden und gleichzeitig gesundheitsfördernden Lebensstil (v.a. Mobilität, Ernährung, Rauchstopp) besonders bei chronischen nichtübertragbaren Erkrankungen
- Maßnahmen für mehr Gesundheits- und Klimakompetenz im Rahmen einer intersektoralen und multiprofessionellen Zusammenarbeit (z.B. Hausarzt- und Facharztpraxis)

Materialien und Links allgemein zum Thema klimaresiliente Versorgung

Angebote der AOK:

- Der Soziale Dienst der AOK Baden-Württemberg unterstützt und berät bei sozialen, beruflichen und familiären Belastungen, die in Verbindung mit Krankheit oder Pflege auftreten. Kontaktaufnahme via Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg (zu finden in der Praxisverwaltungssoftware).
www.aok.de/pk/bw/mensch-sozialer-dienst/
Ansprechpartner:
www.medi-verbund.de/wp-content/uploads/2021/01/2023-01-Adressliste-SD_FaV.pdf
- Die AOK Präventionsberater: kompetente präventive Beratung, individuelle Empfehlungen und zielgerichtete Navigation/Koordination zur Lebensstilberatung. Vermittlung mit "grünem Rezept"/ärztlicher Empfehlung
www.pro-gruenes-rezept.de
Kontakte z.B.: www.medi-verbund.de/wp-content/uploads/2022/06/Die-AOK-Präventionsberater_2022.pdf
- AOK Gesundheitsangebote vor Ort und digital zu Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Suchtmittel
- AOK Kurse vor Ort: www.aok.de/pk/gesundheitskurse/
- AOK Online Kurse: www.aok.de/pk/gesundheitskurse/online/suche/
- AOK liveonline Kurse u.a. zur Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Rauchstopp: www.liveonlinecoaching.com/aok-liveonline/
- AOK Rückrufservice – u.a. Beratung zu Ernährung, Bewegung und Entspannung: www.aok.de/pk/bw/rueckrufservice-beratung-ernaehrung-bewegung-entspannung/

Weitere Informationsquellen:

- Motivationale Gesprächsführung: siehe Anlage 17 des FAV Orthopädie www.medi-verbund.de/wp-content/uploads/2021/04/2018-01-01_OV-Rh_An1_17_171214_reduziert.pdf
- Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. KLUG: www.klimawandel-gesundheit.de/
- Portal Klima und Gesundheit www.klima-mensch-gesundheit.de/

Materialien und Links zu den Schwerpunktthemen der klimaresilienten Versorgung

Siehe auch bei den allgemeinen Materialien und Links

1. Temperaturextreme: Hitzeassoziierte sowie Kälteassoziierte Gesundheitsprobleme
 - www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/heatwaves-how-to-stay-cool
 - Umweltbundesamt: Kostenlose und werbefreie App, u.a. zur Feinstaubbelastung: www.umweltbundesamt.de/themen/luft/luftqualitaet/app-luftqualitaet
 - Klimaatlas des Deutschen Wetterdiensts: www.dwd.de/DE/klimaumwelt/klimaatlas/klimaatlas_node.html
 - Nationale Expertenkommission „Stechmücken als Überträger von Krankheitserregern: www.fli.de/de/kommissionen/nationale-expertenkommission-stechmuecken-als-uebertraeger-von-krankheitserregern/
2. Körperliche Aktivität fördern
 - WHO Bewegungsempfehlung: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
 - Nationale Empfehlungen für Bewegung des Bundesministeriums für Gesundheit: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bewegungsempfehlungen.html
 - AOK Kurse im Rahmen der DMPs (Curaplan) nach Region: www.aok.de/pk/bw/curaplan-gesundheitskurse/
3. Ernährung und Klimaschutz
 - Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz: www.bmu.de/jugend/wissen/details/mein-essen-die-umwelt-und-das-klima
 - Bundeszentrum für Ernährung mit Tipps für den Klimaschutz: www.bzfe.de/nachhaltiger-konsum/orientierung-beim-einkauf/ernaehrung-und-klimaschutz/
 - WHO Pflanzenbasierte Ernährung (auf Englisch): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349086>
 - Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) – 10 Regeln: www.dge.de/gesunde-ernaehrung/dge-ernaehrungsempfehlungen/10-regeln/
 - AOK - Individuelle indikationsbezogene Ernährungsberatung & Ernährungskurse
 - AOK – Ernährungskurse: www.aok.de/pk/gesundheitskurse/ernaehrung/
4. Rauchstopp fördern
 - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA): www.rauchfrei-info.de/informieren/
 - Broschüre unter: <https://rauchfrei-info.de/aufhoeren/unterstuetzung-beim-rauchstopp/broschueren/>
 - Printmedien zur Förderung des Nichtrauchens mit Möglichkeit der Online-Bestellung: <https://shop.bzga.de/alle-kategorien/suchtvorbeugung/foerderung-des-nichtrauchens/>
 - BZgA Rauchentwöhnung Telefonberatung: 0 800 8 31 31 31

- BZgA und DKFZ Anbietersuche www.anbieter-raucherberatung.de
 - AOK Nichtraucher werden/AOK Curaplan (DMP) Persönliche Raucherberatung: www.aok.de/pk/gesundheitskurse/suchtmittel/nichtraucher-werden/
 - AOK Live-Online Kurs Rauchfrei in 3 Schritten: www.liveonlinecoaching.com/aok-liveonline/
 - Pneumologievertrag Rauchstoppkonzept: www.medi-verbund.de/wp-content/uploads/2021/02/2021-02-26_An1_17-Anhang-1a_Pneumo.pdf
 - Online-Schulungen/Gesundheitsapps u.a. z. B. www.nichtraucherhelden.de
 - Zertifizierte Rauchfrei Kurse (IFT www.rauchfrei-programm.de / BÄK www.bundesaerztekammer.de / BDP www.pneumologenverband.de)
(Kursteilnahme im Rahmen Selektivvertrag für Patienten kostenfrei)
5. Prävention durch Impfschutz (siehe auch 1. Zur Risikoabschätzung)
- RKI-Impfkalender in 21 Sprachen: www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfkalender_mehrsprachig_Uebersicht
 - RKI - Impfmythen: Falschinformation wirksam aufklären: www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfmythen/Impfmythen_inhalt.html
 - WHO – Informationsblatt für Eltern zu impfpräventablen Erkrankungen in Deutsch, Englisch, Französisch und Russisch: www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_inhalt.html
 - BZgA - Mediendatenbank, auch in leichter Sprache und Fremdsprachen: www.impfen-info.de/mediathek/mediendatenbank/

Evidenz zum Thema klimaresiliente Versorgung, inklusive Aus-, Fort- und Weiterbildung

Inhaltliche Ausgangsbasis zur bestverfügbaren Evidenz für die Best Practice ist auch der Kongress für Evidenzbasierte Medizin explizit: „**Gesundheit und Klima - EbM für die Zukunft**“ vom EbM-Netzwerk: www.ebm-netzwerk.de

- 24. Jahrestagung 2023, Abstracts der Präsentationen sowie Keynotes unter: www.ebm-netzwerk.de/de/veranstaltungen/vergangene-jahrestagungen/24-jahrestagung
- „Leitfaden für Lehrangebote zu planetarer Gesundheit“: www.klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2022/01/Leitfaden-Planetary-Health-Lehre-2022_01.pdf

Pilotprojekt zur Prävention in der HZV „AOK-MehrVomLeben“

§ 1 Ziel

Das Pilotprojekt „AOK-MehrVomLeben“ fördert Strukturen und Rahmenbedingungen in der ambulant-ärztlichen Versorgung, die das Arbeiten in Zeiten des Fachkräftemangels unterstützen und neue Formen der Zusammenarbeit in der Prävention ermöglichen sollen. Es ist ein Angebot an HZV-Praxen, die bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten noch stärker auf die Prävention setzen möchten. Ziel ist es, somit ein zukunftsorientiertes, berufsübergreifendes Versorgungsangebot zu schaffen, das sich sowohl durch die kontinuierliche hausärztliche Koordination als auch durch die Ermöglichung von Präventionsmaßnahmen, die auf eine langfristige Verhaltensänderungen und damit auch auf mehr gesunde Lebensjahre ausgerichtet sind, auszeichnet. Durch den zielgerichteten Einsatz von ärztlichen und nicht-ärztlichen Ressourcen im Rahmen des Pilotprojektes „AOK-MehrVomLeben“ soll damit auch eine Entlastung der Hausarztpraxen erreicht und ein Beitrag zur Gewährleistung der Sicherstellung geleistet werden. Konkretes Ziel des Pilotprojektes „AOK-MehrVomLeben“ ist die Optimierung der Versorgungskette in der Prävention, über die HZV-Versicherte mit lebensstilbedingten Risikofaktoren und ersten Erkrankungszeichen einer chronischen Erkrankung über die HAUSÄRZTE/Hausarztpraxen gezielt erreicht und in der Prävention auf ihrem Weg zu einem gesunden Lebensstil erfolgreich und nachhaltig begleitet werden.

„AOK-MehrVomLeben“ startet als Pilotprojekt und wird im Rahmen einer Überlegenheitsstudie mit drei Untersuchungsarmen unterschiedlicher Interventionsstärke (High, Medium, Light - mit je 250 HZV-Versicherten je Untersuchungsarm) evaluiert. Hierzu erfolgt eine Begrenzung auf einzelne Modellregionen, woraus auch eine Begrenzung der Teilnehmezahl der HZV-Ärzte sowie der HZV-Versicherten resultiert. Die Durchführung der Evaluation wird in §5 näher beschrieben.

§ 2 Teilnahme HAUSARZT

- (1) Am Pilotprojekt „AOK-MehrVomLeben“ teilnehmen können am HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg teilnehmende HAUSÄRZTE, die in einem Stadt-/Landkreis eines ebenso am Pilotprojekt teilnehmenden AOK-Gesundheitszentrums niedergelassen sind. Die jeweiligen Stadt-/Landkreise der Gesundheitszentren, die am Pilotprojekt „AOK-MehrVomLeben“ mitwirken, sowie die je Standort geplante Anzahl an HAUSÄRZTEN sind in Anhang III aufgeführt.
- (2) Eine aktive Teilnahme besteht, wenn der HAUSARZT mindestens 15 HZV-Versicherte in der Rekrutierungsphase gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 mittels Präventionsempfehlung (§ 4 Abs. 1 Ziff. 2b) einsteuert und im Anschluss im Rahmen des Pilotprojektes gemäß den nachfolgenden Bestimmungen begleitet. Dabei ist mindestens die Erhebung der Biomarker und des Feedbacks zu drei Messzeitpunkten (t0 und zwei weitere Messzeitpunkte) erforderlich.
- (3) Die am HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg teilnehmenden HAUSÄRZTE erklären ihre Bereitschaft zur Teilnahme am Pilotprojekt „AOK-MehrVomLeben“ gegenüber der HÄVG. Berücksichtigt und zugelassen werden die ersten 75 HAUSÄRZTE, entsprechend verteilt auf die je Standort geplante Anzahl an HAUSÄRZTEN gem. Abs. 1, die ihre Teilnahme gegenüber der HÄVG verbindlich erklärt haben. Durch diese Begrenzung entsteht kein automatischer Anspruch auf Teilnahme. Die HÄVG benennt der AOK die am Pilotprojekt „AOK-MehrVomLeben“ teilnehmenden HAUSÄRZTE.
- (4) Für die erfolgreiche Durchführung des Vorhabens ist die aktive Teilnahme von 75 HAUSÄRZTEN - inkl. Verteilung der HAUSÄRZTE auf die einzelnen Standorte gemäß

Abs. 1 letzter Satz - erforderlich. Die HZV-Vertragspartner stimmen sich zum weiteren Vorgehen ab, sofern die Anzahl von 75 teilnehmenden HAUSÄRZTEN über- bzw. unterschritten wird. Eine Erhöhung der Anzahl teilnehmender HAUSÄRZTE kann beispielsweise gerechtfertigt sein, wenn die für die Evaluation erforderliche Anzahl von teilnehmenden HZV-Versicherten nicht erreicht wird.

- (5) Alle an dem Pilotprojekt „AOK-MehrVomLeben“ teilnehmenden HAUSÄRZTE verpflichten sich mit Teilnahme, an der Evaluation nach §5 teilzunehmen.

§ 3 Teilnahme HZV-Versicherte

- (1) Die Zielgruppe des Projektes sind HZV-Versicherte entsprechend der Kriterien nach Abs. 2 und 3. Die Teilnahme der HZV-Versicherten ist auf die Dauer dieses Pilotprojektes begrenzt.

- (2) Es gelten folgende Einschlusskriterien:

1. HZV-Teilnahme
2. Mindestalter 18 Jahre
3. Vorliegen von
 - a. mindestens einer der folgenden lebensstilbedingten Risikofaktoren:
 - Körperliche Inaktivität
 - Ungesundes Ernährungsverhalten
 - Rauchen
 - Übergewicht

und

- b. mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Biomarker ist auffällig:
 - Nüchternblutzucker
 - HbA1c
 - Blutdruck
 - Cholesterin
 - Triglyceride

oder

- c. Vorliegen der Kriterien nach Ziffer 3a und mindestens eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen (ICD-10-Schlüssel – gesicherte Diagnose):
 - Übergewicht/Adipositas: (E65, E66)
 - Arthrose: (M16, M17)
 - (Prae)Diabetes: (E11, E14)
 - Essentielle Hypertonie: (I10)
 - Kardiovaskuläre Erkrankungen: (I70) (Arteriosklerose), (I25) (Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit)
 - Osteoporose: (M81)
 - Lipidstoffwechselstörungen: (E78)
 - Rückenschmerzen: (M40-M54)

- (3) Es gelten folgende Ausschlusskriterien:

1. Keine ausreichende körperliche Belastbarkeit - folgende Belastungen und Trainingsformen sind nicht möglich, nicht gegeben:
 - Bewegungs-/Kraft-/Ausdauertraining
 - 20 Minuten Gehen
 - Training an Trainingsmaschinen
 - Sporttauglichkeit (PAR-Q Fragebogen ergänzt um orthopädische Fragen) auch nach Rücksprache mit der Hausarztpraxis (siehe Anhang I).
2. BMI > 34,9
3. Mind. einer der folgenden Endorganschäden liegt vor:
 - I25.3 Herz-(Wand-)Aneurysma
 - I25.4 Koronararterienaneurysma
 - I25.6 Stumme Myokardischämie
 - I25.8 Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit
 - I25.9 Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
4. Unzureichende sprachliche Kompetenz für die Studienfragen, für das Verständnis der mündlichen Anweisungen und schriftlichen Übungsbeschreibungen und Interventionsmaterialien.

§ 4 Aufgaben Hausarztpraxis

- (1) Die Hausarztpraxis erbringt in Zusammenhang mit der Teilnahme der Versicherten in das Pilotprojekt „AOK-MehrVomLeben“ folgende Leistungen:
 1. Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien gemäß § 3
 2. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen:
 - a. Beratung und Aufklärung zum Pilotprojekt „AOK-MehrVomLeben“
 - b. Ausstellen einer Präventionsempfehlung gemäß Anhang II an den HZV-Versicherten oder ggfs. digital mittels KIM nach mündlicher Einwilligung des Patienten. (vgl. §8).
 - c. Dokumentation der mündlichen Einwilligung des Patienten in der Patientenakte des HAUSARZTES.
- (2) Die Hausarztpraxis erhebt für den an dem Pilotprojekt teilnehmenden HZV-Versicherten und (aus Praktikabilitätsgründen) auch für die gemäß § 7 Abs. 2b außerhalb der Evaluation teilnehmenden HZV-Versicherten zu folgenden 6 Messzeitpunkten
 - Beginn Teilnahme HZV-Versicherte (Monat 0)
 - Monat 3 (+/- 1 Woche)
 - Monat 6 (+/- 1 Woche)

- Monat 12 (+/- 1 Woche)
- Monat 18 (+/- 1 Woche)
- Monat 24 (+/- 1 Woche)

die Biomarker

- Nüchternblutzucker,
- HbA1c,
- Triglyceride,
- Cholesterin gesamt,
- HDL,
- LDL und
- Blutdruck,

stellt die Ergebnisse dem HZV-Versicherten zur Verfügung und führt beim HZV-Versicherten auf Grundlage dieser Ergebnisse eine motivationale Beratung in einem persönlichen/telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (nach Anlage 12 Abschnitt III, Ziffer II Abs. 5 lit a oder b) durch. Soweit dazu der Hausarztpraxis durch den HZV-Versicherten ein von der AOK erstellter Präventionsbericht - mit aktuellen Informationen zum Verlauf der durch die Präventionsmaßnahmen erreichten Lebensstiländerungen (Bewegungs-, Ernährungs-, Rauchverhalten u.a.) - vorgelegt wird, wird dieser bei der motivationalen Beratung mitberücksichtigt.

§ 5 Evaluation

- (1) Die AOK führt zusammen mit Wissenschaftler/-innen eine Evaluation des Pilotprojektes "AOK-MehrVomLeben" durch. Es handelt sich um eine Überlegenheitsstudie mit drei Untersuchungsarmen unterschiedlicher Interventionsstärke (High, Medium, Light - mit je 250 HZV-Versicherten je Untersuchungsarm).

1. Untersuchungsarm Light (Interventionsdauer 3 Monate / 250 HZV-Versicherte)
 - a. 12 Stunden Präventionsprogramm standard
2. Untersuchungsarm Medium (Interventionsdauer 6 Monate / 250 HZV-Versicherte)
 - a. 36 Stunden Präventionsprogramm individuell
 - b. 2 Beratungen durch den AOK-Gesundheitscoach
3. Untersuchungsarm High (Interventionsdauer 24 Monate / 250 HZV-Versicherte)
 - a. 36 Stunden Präventionsprogramm individuell
 - b. 6 Beratungen durch den AOK-Gesundheitscoach

c. 18 Austauschgruppentermine

- (2) Aktiv teilnehmende Hausarztpraxen gemäß § 2 Abs. 2 werden in einem Kurzfragebogen (max. 15 Fragen) befragt zu ihrer Einschätzung des Programms u.a. hinsichtlich technischer Praktikabilität, Integrationsfähigkeit in den Praxisalltag, Unterstützung der Behandlung, Akzeptanz bei den Patient/-innen, Zusammenarbeit mit der AOK innerhalb des Programms und Verbesserungspotentiale.
- (3) Die Befragung erfolgt einmalig schriftlich ein Jahr nach Beendigung der Rekrutierungsphase. Der Kurzfragebogen (Bewertungen über Likert Skala, zwei offene Fragen) ist vollständig innerhalb von vier Wochen zu beantworten.

§ 6 Vergütung

- (1) Die Aufwände, die sich durch die in §§ 4 und 5 definierten Aufgaben der Hausarztpraxen ergeben, werden - begrenzt auf die Dauer der Projektlaufzeit (01.10.2025 bis 31.03.2028) - mit einer sog. Evaluationspauschale „AOK-MehrVomLeben“ vergütet. Voraussetzung für die Abrechnung der Evaluationspauschale „AOK-MehrVomLeben“ ist die tatsächliche Erhebung der Biomarker inkl. Feedback / Motivationaler Beratung durch die am Pilotprojekt teilnehmende Hausarztpraxis. Diese Evaluationspauschale „AOK-MehrVomLeben“ kann je am Pilotprojekt teilnehmendem HZV-Versicherten und je am Pilotprojekt teilnehmender Hausarztpraxis über die gesamte Projektdauer insgesamt maximal 6 Mal zu den gemäß § 4 Abs. (2) vorgegebenen Messzeitpunkten abgerechnet werden. Die Höhe der Evaluationspauschale beträgt 25 Euro.
- (2) Wird die Teilnahme am Projekt seitens des HAUSARZTES oder des HZV-Versicherten während der Projektlaufzeit beendet, erhält der HAUSARZT die bis dahin erbrachten Leistungen vergütet.

§ 7 Dauer des Pilotprojektes „AOK-MehrVomLeben“

- (1) Das Pilotprojekt startet zum 01.10.2025 und endet am 31.03.2028.
- (2) Im Rahmen der Evaluation werden die HZV-Versicherten in allen 3 Untersuchungsarmen vom 01.10.2025 bis 31.03.2026 in das Pilotprojekt eingeschlossen. Außerhalb der Evaluation gilt:
 - a. In dem Untersuchungsarm Light endet die Aufnahme von HZV-Versicherten in das Pilotprojekt zum 31.03.2026.
 - b. In den Untersuchungsarmen Medium und High ist - in Abhängigkeit von den Kapazitäten bei den AOK-Gesundheitscoaches – sowohl eine Aufnahme von HZV-Versicherten nach 31.03.2026 als auch eine Teilnahme am Pilotprojekt bis 31.03.2028 grundsätzlich möglich.

- (3) Mit Ende des Pilotprojektes endet auch die Gültigkeit dieses Anhangs 17 zu Anlage 12, ohne dass es einer Kündigung seitens der teilnehmenden HAUSÄRZTE oder der Vertragspartner des HZV-Vertrages bedarf; eine Kündigung aus wichtigem Grund ist mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende möglich.

§8 Verfahren zur digitalen Weiterleitung

- (1) Die HZV-Vertragspartner sind sich darüber einig, dass im Sinne einer Digitalisierung und Vereinfachung der Prozesse eine Anpassung vorgenommen werden kann.
- (2) Die konkrete Prozessausgestaltung obliegt den HZV-Vertragspartnern
- (3) Der abgestimmte und vereinbarte digitale Prozess soll als Anlage IV „Verfahren zur direkten Weiterleitung der Präventionsempfehlung von der Hausarztpraxis an die AOK digital gemäß KIM“ dem Vertrag hinzugefügt werden.
- (4) Im Sinne der Vereinfachung und der digitalen Prozesse soll für diese Änderung als Ausnahmeregelung eine beiderseitige Bestätigung per Textform (E-Mail) ausreichend sein.

Anhänge:

Anhang I: PAR-Q Fragebogen (ergänzt um orthopädische Fragen)

Anhang II: Präventionsempfehlung

Anhang III: Übersicht der Standorte und der Anzahl der HAUSÄRZTE je Standort

HÄPPI –

Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung interprofessionell

I. Ziel:

HÄPPI, das "Hausärztliche Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell", zielt darauf ab, die hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und effizient zu gestalten und die hohe Versorgungsqualität und -verlässlichkeit der HZV der AOK BW auch für die Zukunft zu sichern und zu steigern. Das Konzept setzt auf interprofessionelle Zusammenarbeit in Teampraxen, wobei akademische nichtärztliche Gesundheitsberufe eingebunden werden, um eine ganzheitliche Betreuung auch in Zukunft zu ermöglichen und den bedarfsgerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sichern. Ein weiteres Ziel ist die Stärkung der Patientenzentrierung durch die Einführung von Patient-Reported-Outcomes (PROs) bzw. Patient-Reported Experiences Measures (PREMs), die es Patienten ermöglichen, Rückmeldungen zu geben. HÄPPI strebt zudem eine verbesserte Steuerung durch Gatekeeping und Vernetzung im Gesundheitswesen an, um Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden sowie zeitgleich die Verbindlichkeit für den bedarfsgerechten Zugang zur hausärztlichen Versorgung für die an der HZV der AOK BW teilnehmenden Patienten sicherzustellen.

II. Teilnahmevoraussetzung:

Um als HÄPPI (Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell) anerkannt zu werden, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Im HÄPPI muss mind. ein akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberuf mit einem Stellenumfang von mindestens 0,5 VZK (Vollzeitkraft) eingesetzt werden, um bei hausärztlichen Leistungen sowie bei Verwaltungs- und Organisationsaufgaben zu unterstützen. Beispiele für akademische nichtärztliche Gesundheitsberufe sind Primary Care Manager, Physician Assistant oder akademisierte Pflegekraft.
2. Durch Delegation auf verschiedenen Ebenen schafft HÄPPI mehr Versorgungszeit für die Arbeit mit den Patient:innen, indem das akademische nichtärztliche Gesundheitsberufler wie z. B. Primary Care Manager (PCM) oder Physician Assistant (PA) regelhaft und konkret verantwortungsvolle Tätigkeiten übernimmt. Dazu zählt die Ausschöpfung der Delegationspotenziale gemäß Anlage 1 HÄPPI-Workbook „Schritt für Schritt zum HÄPPI - ein Leitfaden für Hausarztpraxen“ und Anlage 2 HÄPPI Konzeptpapier bezüglich der abgebildeten Wirkungsfelder, diese sollen je nach Qualifikation des akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberuflers insbesondere sein:
 - Regelmäßig stattfindende Informations- und Beratungsgespräche mit Patienten, bspw. Durchführung Infektsprechstunde / DMP
 - Versorgungstätigkeiten in der Prävention und Rehabilitation
 - Sektorenübergreifendes Case- und Schnittstellenmanagement insbesondere mit der AOK-Baden-Württemberg (Sozialer Dienst, Präventionsberater)

3. Die Implementierung von Patientenbefragungen mittels Patient-Reported Outcomes (PROs) und/oder Patient-Reported Experience Measures (PREMs) ist verpflichtend.
 4. Der Einsatz digitaler Tools ist verpflichtend. Dazu gehören (Stand 01.10.2025):
 - a. ein Online-Terminkalender,
 - b. Videosprechstunden und
 - c. ein Messenger-System
 - d. AMTS-Software
 - e. Recallsystem für Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen
 5. Kooperationen sind ein wesentlicher Bestandteil des HÄPPI-Konzepts. Die Kooperation mit Pflegeheimen, Fachärzten, die an den Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V teilnehmen (AOK FacharztProgramm) und der AOK Baden-Württemberg sind verpflichtend. Zusammenarbeit mit Pflegeheimen: Die Teilnahme am Vertrag nach § 140a SGB V Integrierte Versorgung Pflegeheim oder, sofern kein Vertrag zwischen HAUSARZT/BETREUTEAM und Pflegeheim zustande kommt, die Erfüllung der Anforderungen des im Vertrag nach § 140a SGB V Integrierte Versorgung Pflegeheim. Explizit erfüllt werden muss:
 - festgelegte Erreichbarkeits- und Versorgungszeiten während der Sprechstunden und außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten, sowie während Urlaubszeiten,
 - Festlegung eines festen Ansprechpartners auf beiden Seiten (Pflegeheim und Praxis) sowie
 - regelmäßige Visiten.
 - a. Unterstützung der Facharztverträge nach § 140a SGB V aufgrund abgestimmter Kommunikations- und Kooperationsstrukturen und Versorgungspfade zwischen HAUSARZT / BETREUTEAM und FACHARZTPRAXIS.
 - b. Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst und den Präventionsberatern der AOK Baden-Württemberg gemäß Schnittstellenbeschreibung
- Im Rahmen von HÄPPI werden Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern nach SGB V (z.B. Apotheken) angestrebt.
6. Eine Weiterbildungsbefugnis im Gebiet Allgemeinmedizin liegt in der Teampraxis vor.
 7. Die Qualifikation Sonographie und kleine Chirurgie liegt in der Teampraxis vor.
 8. Verlässliche Erreichbarkeit
 - a. Sicherstellung der Erreichbarkeit über persönlichen und/oder telefonischen und/oder asynchronen Erreichbarkeit
 - b. außerhalb der KV-Bereitschaftsdienstzeiten wird eine qualifizierte Erreichbarkeit sichergestellt, dies ist auch über KI möglich
 - c. Antwortzeiten möglichst innerhalb von 24 Stunden an Werktagen
 9. Angebot einer HÄPPI-Sprechstunde:
 - a. exklusives Zeitfenster für AOK-HZV-Versicherte im HÄPPI
 - b. Klare Kennzeichnung der HÄPPI-Sprechstunde in der Praxis
 - c. regelmäßiges Angebot (mind. 3* in der Woche)
 - d. Reservierung ausreichender Kapazitäten
 - e. HÄPPI-Sprechstunde kann telefonisch, online oder vor Ort erfolgen und ist für die Zielgruppe barrierearm zugänglich zu halten

10. Der hausärztliche Direktor sowie ein akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufler müssen an einer HÄPPI-Einsteigerschulung bzw. einem Coachingprogramm rund um die Themen Team- und Fehlerkultur, Teamarbeit, Führungskräfte training, Entwicklung von lernenden Organisationen, im Umfang von 4 Stunden teilnehmen. Dies sollte vor Start als HÄPPI erfolgen.
11. Eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt ist (Mit-)Eigentümer der hausärztlichen Praxis und agiert im Sinne des HÄPPIs als hausärztliche Direktion. Ist dies nicht gegeben, ist die Teilnahmevoraussetzung nicht erfüllt. Der Beirat nach § 23 des Vertrags kann über Ausnahmen von dieser Teilnahmevoraussetzung, die befristet werden können, entscheiden.

III. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen

Sollte eine/r der Teilnahmevoraussetzungen während des HÄPPI-Status wegfallen, so muss der HAUSARZT/ das BETREUTEAM dies umgehend gegenüber der HÄVG AG melden. Der HAUSARZT/ das BETREUTEAM haben generell eine Frist von einem halben Jahr zur Nachbesserung bei Nichterfüllung der Anforderungen gemäß Abs. II 2-9. Wird keine Nachbesserung innerhalb der angegebenen Übergangsfristen erzielt, wird die Vergütung ausgesetzt, bis die Teilnahmevoraussetzungen wieder erfüllt sind. Einzelfallentscheidungen können über ein Stellungnahmeverfahren getroffen werden. Im Fall eines Wegfalls des akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufs gemäß Abs. II 1 beträgt die Übergangsfrist 3 Jahre. Der Zuschlag für akademische nichtärztliche Gesundheitsberufe wird bis zur Nachbesserung ausgesetzt. Einzelfallentscheidungen können über ein Stellungnahmeverfahren getroffen werden.

IV. Vergütung:

Im Rahmen von HÄPPI erfolgt die Vergütung automatisch, sofern der HÄVG per Selbstauskunft Nachweise zu den oben genannten Teilnahmevoraussetzungen vorliegen. Das Vergütungsmodul HÄPPI besteht aus folgenden Komponenten:

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Zuschlag HÄPPI - Basispauschale	- Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anhang 18 zu Anlage 12 II 1-11 - regelmäßige Prozessevaluation und ggf. Prozessumgestaltung - Teilnahme an HÄPPI-Einsteigerschulung und halbjährliche HÄPPI-Fortbildungen	Zuschlag HÄPPI Basispauschale wird einmal pro eingeschriebenem HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr auf die P1 vergütet	20,00 € /Versichertenteilnahmejahr
Zuschlag HÄPPI-Transformation	Unterstützung für den Aufbau der HÄPPI-Infrastruktur	Zuschlag HÄPPI-Transformation wird in den ersten vier Startquartalen pro eingeschriebenem HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr auf die P1 vergütet, sobald die HÄPPI-Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anhang 18 zu Anlage 12 II 1-11	10,00 € /Versichertenteilnahmejahr

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		erfüllt sind.	
Zuschlag akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe im HÄPPI	Beschäftigung eines Physician Assistant oder vergleichbare (staatlich anerkannte) akademische Qualifikationen nichtärztlicher Gesundheitsberufe	Der Zuschlag wird abhängig vom Stundenumfang entsprechend des Arbeitsvertrages des akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufers wie folgt vergütet: • 1 Stelle (ab 38 h pro Woche) 10,00 € auf P1 • 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) 7,50 € auf P1 • 0,5 Stelle (ab 19 h pro Woche) 5,00 € auf P1 Sofern der Stundenumfang der akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufe insgesamt mehr als 1,5 VZK (Vollzeitkraft) beträgt, erhöht sich der Zuschlag auf 15,00 € je akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberuf: • 1 Stelle (ab 38 h pro Woche) 15,00 € auf P1 • 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) 11,25 € auf P1 • 0,5 Stelle (ab 19 h pro Woche) 7,50 € auf P1	10,00 € / Versicherten- teilnahmejahr 15,00 € /Versichertenteilna hmejahr ab mehr als 1,5 VZK

V. Anforderungen an digitale Tools:

Für die erfolgreiche Etablierung als HÄPPI ist es unerlässlich, bestimmte digitale Tools und Prozesse zu integrieren, die eine effiziente und patientenorientierte Versorgung ermöglichen. Zu den essenziellen digitalen Werkzeugen, die in einem HÄPPI umgesetzt werden müssen, gehören zunächst ein online Terminmanagement-System, Anbieten der Videosprechstunde, der Einsatz eines Messengers zur Kommunikation mit Patienten, ein Recallsystem für Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen sowie der Einsatz einer AMTS-Software. Neben DSGVO-Konformität müssen folgende Anforderungen an diese Tools erfüllt sein:

Tool	Anforderung an das Tool
Bereitstellung Online-Terminmanagement	• Terminbestätigung /-löschung per SMS oder E-Mail • Verschlüsselter Datenaustausch zwischen der Kalenderressource und dem Webservice des Providers
Bereitstellung Videosprechstunde	• Einhaltung der notwendigen Voraussetzungen innerhalb der Anlage 31b BMV-Ä • Zertifizierung durch KBV bzw. GKV-Spitzenverband

Bereitstellung Patientenmessenger	• Ende-zu-Ende-Verschlüsselung beim Informationsaustausch • Rechenzentrum in der EU • Zertifizierung durch KBV bzw. GKV-Spitzenverband
Einsatz einer AMTS Software	Automatisierte Prüfung auf: • Interaktionen • Doppelmedikation • Berücksichtigung individueller Patientenparameter (z.B. Alter, Komorbiditäten) • PIM (Potenziell inadäquate Medikation) • kumulative Risiken wie z.B. anticholinerge Last
Recallsystem Impfungen und Vorsorgeuntersuchung	• Sichere Verschlüsselung der Datenverbindungen nach dem jeweiligen aktuellen Stand der Technik • Automatisierte Prüfung des Status und entsprechendes Veranlassen einer Erinnerung des/der Patienten/-innen zur Terminvereinbarung. Grundlage bilden die STIKO-Empfehlungen unter Berücksichtigung von SI-RL und Schutzimpfungsvereinbarung sowie GBA-Richtlinien zu Gesundheitsuntersuchungen und Früherkennung.

VI. Patientenzentrierung durch Patientenbefragungen:

Im HÄPPI sind standardisierte Patientenbefragungen als wesentlicher Bestandteil zur Qualitätssicherung integriert. Diese Befragungen werden digital über standardisierte Fragebögen (Patient-reported Outcomes und/oder Patient-reported Experiences) durchgeführt.

Zu den gängigen Fragebögen, die in diesem Zusammenhang eingesetzt werden können, gehören beispielsweise der PHQ-9, EQ-5D, der SF-36 oder auch Anamnesefragebögen.

Für die Erhebung und Auswertung solcher Daten ist es essenziell, Tools und Plattformen zu nutzen, die den Datenschutz und die Datensicherheit gemäß den geltenden gesetzlichen Vorgaben, wie der DSGVO, gewährleisten. Hierfür bieten sich speziell zertifizierte Softwarelösungen oder datenschutzkonforme Umfragetools an, die eine sichere Erfassung und Verarbeitung der sensiblen Patientendaten ermöglichen.

Durch diesen systematischen Ansatz zur Erfassung und Nutzung von Patientenfeedback unterstreicht HÄPPI sein Engagement für eine patientenzentrierte Versorgung und ermöglicht es den teilnehmenden Praxen, gezielt auf die Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen und diese in den Behandlungsprozess sowie spürbar in die gemeinsame Entscheidungsfindung einzubeziehen.

VII. Fortbildungen:

In den HÄPPI-Praxen wird großer Wert auf kontinuierliche Weiterbildung und den Austausch von Erfahrungen und Best Practices gelegt. Zu diesem Zweck sind verpflichtende fachliche Fortbildungen ein integraler Bestandteil des HÄPPIs.

Zweimal jährlich finden HÄPPI-Fortbildungen statt. Diese Veranstaltungen bieten eine Plattform für Teampraxen, um sich über aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und innovative Lösungsansätze in der hausärztlichen Primärversorgung zu informieren oder auszutauschen.

VIII. Evaluationen:

Der Erkenntnisgewinn zur interprofessionellen Teamarbeit insbesondere im ambulanten hausärztlichen Bereich mit akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufen entwickelt sich kontinuierlich in Deutschland sowie international weiter.

Die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des HÄPPI-Konzepts (Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell) ist ein zentraler Bestandteil dieses Versorgungsmodells. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die aktive Teilnahme der HÄPPI-Praxen an Evaluationen von großer Bedeutung.

HÄPPI-Praxen verpflichten sich, an regelmäßigen Evaluationen teilzunehmen, die darauf abzielen, die Effektivität und Effizienz des Konzepts zu überprüfen und zu optimieren. Diese Evaluationen umfassen verschiedene Aspekte der Praxisarbeit, darunter die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Patientenzufriedenheit und die Nutzung digitaler Tools. Durch die Teilnahme an diesen Untersuchungen tragen die HÄPPI-Praxen aktiv zur Weiterentwicklung des Modells bei und helfen, Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren.

Die gewonnenen Erkenntnisse zur interprofessionellen Teamarbeit in der hausärztlichen Versorgung aus diesen allen Evaluationen sowie relevanten weiteren Studien fließen direkt in die Optimierung des HÄPPI-Konzepts ein. Ziel ist eine kontinuierliche Anpassung an die sich wandelnden Bedürfnisse der Patienten und des Gesundheitssystems. Zudem bieten die Evaluationen den teilnehmenden Praxen die Möglichkeit, ihre eigenen Abläufe zu reflektieren und gegebenenfalls zu verbessern.

Anlage 1: HÄPPI-Workbook „Schritt für Schritt zum HÄPPI - ein Leitfaden für Hausarztpraxen“

Anlage 2: HÄPPI Konzeptpapier (Langversion) Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell ein Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes

Weitere Informationen zum HÄPPI und wie man ein HÄPPI wird sind unter:

<https://www.haevbw.de/haeppi> zu finden

Vergütung und Abrechnung 12a

ABSCHNITT I: HZV-VERGÜTUNGSPPOSITIONEN FÜR DIE KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHE VERSORGUNG

Die Vertragspartner vereinbaren für die nachstehend aufgeführten vertraglichen Leistungen folgende HZV-Vergütung (HAUSÄRZTE werden im folgenden KINDER-/JUGENDÄRZTE genannt; mit HAUSÄRZTEN sind am HZV-Vertrag teilnehmende Allgemeinmediziner bzw. Hausärztliche Internisten gemeint):

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
(kontaktunabhängige) Grundpauschale P1	- Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (kinder- und jugendgerechte Praxisausstattung mit Wärmelampe, Säuglingswaage, Stadiometer, RR-Manschetten in altersentsprechenden Größen, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, Pulsoxymeter, Behandlungsplatz zur Durchführung einer Inhalationstherapie, Geräte zur Durchführung von Seh- und Hörtest, pädiatrischer Notfallkoffer mit Mindestinhalt gemäß Anlage 2a) - Vorhalten einer onlinefähigen IT - Ausstattung der Praxis mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem - Ausstattung mit Vertragssoftware / Hardware - Technische Voraussetzungen zum Führen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) - Angebot einer werktäglichen Sprechstunde sowie mindestens einer Abendsprechstunde bis 20.00 Uhr (Terminsprechstunde) pro Woche - Präsenzlabor: Urinstix und Strep A (EBM-Ziffern: 32033 und 32152) - Entwicklungsdiagnostik: Vorhaltung und Anwendung standardisierter Entwicklungsdiagnostik mit Sprach- und Entwicklungstests (z.B. FRAKIS, SSV, SBE-2/3-KT, HASE, Denver, Griffiths, BUEGA, Movement-ABC u.a.)	P1 wird einmalig pro eingeschriebenen HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr vergütet. Ein Versichertenteilnahmejahr („Versichertenteilnahmejahr“) ist das Jahr ab Beginn der Teilnahme des HZV-Versicherten an der HZV; Beginn der Teilnahme ist der erste Tag des Quartals, in dem der HZV-Versicherte als solcher gilt, § 4 Abs. 3 des Vertrages. P1 wird im Zuge der Abrechnung des ersten Abrechnungsquartals bezogen auf den jeweiligen HZV-Versicherten in voller Höhe ausbezahlt. Werden in einem Quartal weitere HAUSÄRZTE bzw. KINDER-/JUGENDÄRZTE durch den HZV-Versicherten aufgesucht, so werden alle KINDER-/JUGENDÄRZTE bzw. HAUSÄRZTE mit Ausnahme des gewählten KINDER-/JUGENDARZTES als Vertreter betrachtet (s. Vertreterpauschale). Der oder die weiteren KINDER-/JUGENDÄRZTE bzw. HAUSÄRZTE haben keinen Anspruch auf die Auszahlung von P1. Gewählter KINDER-/JUGENDARZT ist der KINDER-/JUGENDARZT, der auf der letzten gültigen Teilnahmeerklärung des HZV-Versicherten als solcher angegeben ist. Erfolgt vor Ablauf von 12 Monaten ein Arztwechsel oder ein Ausscheiden des HZV-Versicherten aus der HZV, wird die P1 rückwirkend angepasst und ist zurückzuzahlen (§ 19b Abs. 5 des Vertrages). Für jedes begonnene Quartal erhält der betreuende KINDER-/JUGENDARZT einen Anteil von einem Viertel der Summe von P1 und etwaiger Zuschläge auf P1. Bei einem Wechsel des KINDER-/JUGENDARZTES beginnt für den neuen KINDER-/JUGENDARZT vergütungstechnisch ein neues Versichertenteilnahmejahr. Strep A (32152): Ziffer darf nicht über KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im GZK enthalten ist.	35,00 € / Versicherten- teilnahmejahr

(kontaktabhängige) Behandlungspauschale P2	• Komplette hausärztliche Versorgung des Patienten inkl. endstelliger Kodierung ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie ohne Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung • Delegation osteopathischer Behandlung gemäß Anlage 7b • Information zu HZV, strukturierten Behandlungsprogrammen sowie spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst etc. • Einleitung einer stationären Vorsorge bzw. Rehabilitation gemäß Anlage 14	P2 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Alle weiteren, in diesem Abrechnungsquartal aufgesuchten KINDER-/JUGENDÄRZTE gelten als Vertreter (s. Vertreterregelung).	39,00 € /Quartal
(kontaktabhängiger) Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten P3	Speziell auf die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten abgestimmte, die unter P2 genannte Versorgung ergänzende hausärztliche Versorgung Der Patient muss im Leistungsquartal oder Vorquartal ärztlich behandelt werden.	P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Die Leistung ist an die gesicherte und endstellige Kodierung der in Anhang 2 zu Anlage 12a benannten ICD-10-Diagnosen geknüpft. Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden, wenn im Leistungsquartal oder im Vorquartal ein persönlicher APK erfolgt. Die Abrechnung von P3 schließt eine parallele Abrechnung von P5 aus.	28,00 € /Quartal
(kontaktabhängige) Pauschale für die Behandlung von Versicherten der AOK im ersten Lebensjahr P4	Dem besonders hohen Aufwand im ersten Lebensjahr und der Einschreibemechanik Rechnung tragend wird P4 vergütet, auch wenn der AOK-Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung noch nicht wirksam in die HZV eingeschrieben ist. Dies schließt Amblyopie-Screening und eine klimaresiliente Versorgung gemäß Anhang 8 zu Anlage 12 ein. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	P4 wird einmalig pro HZV-Versicherten vergütet, sofern dieser sich zum Zeitpunkt des persönlichen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontaktes (APK), der der Abrechnung zu Grunde liegt, in seinem ersten Lebensjahr befindet. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung und Information der Eltern. Kommt die wirksame HZV-Einschreibung nicht bis zum übernächsten Quartal zustande, das auf das Datum des APK folgt, wird keine Vergütung ausgezahlt. Abrechnungsgrundlage ist der APK.	75,00 € / Versicherten- teilnahme
(kontaktabhängige) Pauschale für die Behandlung von Versicherten der AOK im zweiten bis dritten Lebensjahr P5	Dem besonders hohen Aufwand im zweiten bis dritten Lebensjahr wird Rechnung getragen für Versicherte, die bereits wirksam an der HZV teilnehmen	P5 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Der HZV-Versicherte muss sich zum Zeitpunkt des Arzt-Patienten-Kontaktes (APK), der der Abrechnung zu Grunde liegt, in seinem zweiten bzw. dritten Lebensjahr befinden. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung und Information der Eltern. Abrechnungsgrundlage ist der APK. Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden, wenn im Leistungsquartal oder im Vorquartal ein persönlicher APK erfolgt. P5 kann nicht parallel zu P3 abgerechnet werden.	15,00 € /Quartal
Spezialpädiatrische Grundpauschale ≤ 5 Jahre (kontaktabhängige) Pauschale für die spezialpädiatrische Tätigkeit bei überwiesenen fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (0-5 Jahre) P6	Ausgleich der spezialpädiatrischen Grundpauschalen bzw. Grundleistungen.	P6 wird einmal pro Abrechnungsquartal je fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern die Überweisung zu einer kinderfachärztlichen Untersuchung (insbesondere Kinderkardiologie, Kinderpneumologie und Neuropädiatrie) vorliegt und ein persönlicher/ KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. In einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die Ziffer durch den am HZV-Vertrag teilnehmenden KINDER- UND JUGENDARZT abzurechnen. Die EL Hyposensibilisierung (Allergologie) sowie die Auftragsleistung A1 Pädiatrische Sonografie können ggf. neben P6 abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung von Einzelleistungen sowie der Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich.	70,00 € / Quartal

Spezialpädiatrische Grundpauschale > 5 Jahre (kontaktabhängige) Pauschale für die spezialpädiatrische Tätigkeit bei überwiesenen fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten ab Vollendung des 6. Lebensjahres (ab 6 Jahren) P7	Ausgleich der spezialpädiatrischen Grundpauschalen bzw. Grundleistungen	P7 wird einmal pro Abrechnungsquartal je fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern die Überweisung zu einer kinderfachärztlichen Untersuchung (Kap. 4.4 oder 4.5 EBM) vorliegt und ein persönlicher/ KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Die Ziffer ist darüber hinaus bei Erbringung eines Langzeit- oder Belastungs-EKGs (entspricht EBM-Ziffer 04321S + 04322S) durch den spezialärztlich tätigen Kinder- und Jugendarzt als kinderfachärztliche Mitbehandlung auf Überweisung abrechnungsfähig. In einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die Ziffer durch den am HZV-Vertrag teilnehmenden KINDER- UND JUGENDARZT abzurechnen. Die EL Hyposensibilisierung (Allergologie) sowie die Auftragsleistung A1 Pädiatrische Sonografie können ggf. neben P7 abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung von Einzelleistungen sowie der Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich.	60,00 € / Quartal
Vertreterpauschale	Vollständige hausärztliche Versorgung eines Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen im Vertretungsfall (Behandlung von HZV-Versicherten, die einen anderen HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben). Der telemedizinische KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt berechtigt nur im Rahmen der organisierten Vertretung (gem. § 5 Abs. 4g) zur Abrechnung der Vertreterpauschale.	Die Vertreterpauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal für einen bei einem anderen HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Die Vertreterpauschale wird nicht bei Aufsuchen eines anderen Arztes innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. innerhalb eines MVZ ausgelöst.	20,00 € / Quartal
Versorgungszuschlag bei Beendigung von HAUSÄRZTEN bzw. KINDER-/JUGENDÄRZTEN	Versorgung von HZV-Versicherten insbesondere aufgrund rückwirkender Beendigung des betreuenden HAUSARZTES bzw. KINDER-/JUGENDARZT oder regulärer Beendigung des betreuenden HAUSARZTES bzw. KINDER-/JUGENDARZTES für Patienten im AOK-FacharztProgramm	Der Zuschlag wird max. für 2 Quartale zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern der HZV-Versicherte in diesem Zeitraum auf eine Pseudo-Betreuung eingeschrieben ist, eine Vertreterpauschale abgerechnet wurde und der Versicherte bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, in die HZV eingeschrieben ist. Der Zuschlag auf die Vertreterpauschale wird nur demjenigen HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT gewährt, den der Versicherte durch erneute Abgabe der Teilnahmeerklärung als neuen HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT wählt. Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet. Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	20,00 € / Quartal 25,00 € / Quartal
Aufnahmepauschale bei Schließung der Betreuarztpraxis ohne Praxisnachfolge	Versorgung von fremden HZV-Versicherten, deren gewählter HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT innerhalb der nächsten zwei Quartale ohne Praxisübergabe schließt	Die Pauschale wird dem Vertreterarzt für max. zwei Quartale zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern der betreuende HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT seine Praxis innerhalb der nächsten 2 Quartale ohne Praxisübergabe schließt und die Umschreibung bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, wirksam wurde. Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet. Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben	20,00 € / Quartal 25,00 € / Quartal

Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung	Ein Zielauftrag kann (1) nur für nicht-obligatorische Leistungen gemäß Anhang 1 erteilt werden, und (2) nur sofern diese Leistung in der Praxis des den Zielauftrag erteilenden KINDER-/JUGENDARZTES aufgrund fehlender Qualifikation/Ausstattung nicht erbracht werden kann (z.B. Kleine Chirurgie, Sonografie, Amblyopie) und (3) er medizinisch erforderlich ist. Auf die Zielauftragspauschale entfallen keinerlei Zuschläge. Ein Zielauftrag, der innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ erteilt wird kann nicht abgerechnet werden. Die Zielauftragspauschale und die Vertreterpauschale sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	12,50 € / je Zielauftrag
Einzelleistungen			
Zuschläge bei besonderen Leistungen:			
DMP	Betreuung gemäß der DMP-Verträge mit der KV Baden-Württemberg	DMP wird für die besondere Betreuung für DMP als Einzelleistung über die HZV abgerechnet und gemäß den DMP-Verträgen der AOK mit der KV vergütet. D.h. nur DMP-Schulungsziffern gemäß Anl. 12, Abschnitt III., Ziffer VII., Abs. 1d können über die KV abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.	Gemäß DMP-Verträgen der AOK
Kindervorsorge „Paed.Check“	Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9, J1 Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	KINDER-/JUGENDÄRZTE können die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9, J1 einmalig abrechnen. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreterpauschale ist nicht möglich. Im Falle eines Zielauftrags durch einen HAUSARZT, der über die Anlage 12 am Vertrag teilnimmt, kann U1-U9, J1 ebenfalls abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z. B. Ultraschall etc.) erbracht. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	62,00 € / Untersuchung
Kindervorsorge „Paed.Check“	Kindervorsorgeuntersuchungen U10, U11, J2 Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	KINDER-/JUGENDÄRZTE können die Kindervorsorgeuntersuchungen U10, U11, J2 einmalig abrechnen. Die U10, U11, J2 können nicht im Rahmen von Zielaufträgen erbracht werden und sind obligatorisch von allen KINDER-/JUGENDÄRZTEN bzw. HAUSÄRZTEN zu erbringen. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	62,00 € / Untersuchung
Impfungen 1	Einfach- und Mehrfachimpfungen nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK und Dokumentation in der Vertragssoftware. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	KINDER-/JUGENDÄRZTE können Impfungen nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK abrechnen. Die Leistung beinhaltet die Beratung der Eltern sowie das Führen und Ausfüllen eines Impfpasses. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	11,00 € / Impfung

Impfungen 2	Sechsfachimpfungen und HPV-Impfungen nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK und Dokumentation in der Vertragssoftware. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	KINDER-/JUGENDÄRZTE können Impfungen nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK abrechnen. Die Leistung beinhaltet die Beratung der Eltern sowie das Führen und Ausfüllen eines Impfpasses. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	17,00 € / Impfung
Impfungen 4	Meningokokken-B-Impfungen (89116A und 89116B) nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK und Dokumentation in der Vertragssoftware. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	KINDER-/JUGENDÄRZTE können Impfungen nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK abrechnen. Die Leistung beinhaltet die Beratung der Eltern sowie das Führen und Ausfüllen eines Impfpasses. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	15,00 € / Impfung
Besondere Impfberatung	Gespräche mit Eltern/Erziehungsberechtigten, die dem Impfen besonders kritisch oder ablehnend gegenüberstehen. Für Versicherte bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres	KINDER-/JUGENDÄRZTE können die Impfberatung unter den im Leistungsinhalt genannten Voraussetzungen abrechnen. Hingegen ist die allgemeine Beratung und Aufklärung über das Impfen mit der Vergütung der Einzelleistungen Impfungen 1 und Impfungen 2 abgegolten. Max. 3 mal je Versichertem bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, nicht am selben Tag. Die Vertragspartner vereinbaren die kontinuierliche Überprüfung der Abrechnung der besonderen Impfberatung. Wird die Leistung bei mehr als 10 % aller Versicherten (bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres) erbracht, werden geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Regelung getroffen. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	15,00 € / 10 Minuten
Sozialpädiatrische Beratung und Koordination	Gespräche mit Angehörigen bzw. relevanten Institutionen (Kindergarten, SPZ etc.) Kodierung gemäß Liste Anhang 3 zu Anlage 12a	Max. 6 mal 10 Minuten pro Quartal (Obergrenze: 60 Minuten im Quartal) Die Vertragspartner vereinbaren die kontinuierliche Überprüfung der Abrechnung der sozialpädiatrischen Beratung und Koordination. Bei mehr als 10% Versicherteninanspruchnahme werden geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Vergütungsposition getroffen. Ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	15,00 € / 10 Minuten
Transition	Transition des HZV-Versicherten vom KINDER-/JUGENDARZT zum HAUSARZT Transitions-Bogen gemäß Anhang 4 zu Anlage 12a. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	Beratung und Unterstützung des Patienten bei der Wahl eines HAUSARZTES, der nicht KINDER-/JUGENDARZT ist. Mit dem Übergang wird bei Bedarf und Anforderung durch den HAUSARZT die Patientenakte übergeben. Für Ausnahmefälle ist die HZV-Teilnahme beim KINDER-/JUGENDARZT möglich, auch wenn der Versicherte das 18. Lebensjahr überschritten hat. Die Abrechnung ist nur möglich für Versicherte, für die parallel eine P3 abgerechnet wird. Die Transitionsziffer kann gemäß § 19 Abs. 3 rückwirkend abgerechnet werden. Kommt es nach Ausstellung des Transitionsbogens zu keiner wirksamen Einschreibung des Versicherten in die HZV, bleibt die Vergütung davon unberührt. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	25,00 € / pro Übergang chronisch kranker Patienten
Hyposensibilisierung (Allergologie)	Einzelleistung für Hyposensibilisierung durch Kinder- und Jugendärzte Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Allergologie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1) Hyposensibilisierungsbehandlung gemäß der AWMF-Leitlinie:	Die Einzelleistung kann abgerechnet werden, wenn eine Sonderzulassung erteilt wurde. Nachzuweisen ist hierfür die Hyposensibilisierungsbehandlung von mindestens 10 GKV-Versicherten bzw. von mindestens 40 durchgeführten Hyposensibilisierungsbehandlungen in den zurückliegenden 4 Quartalen durch den KINDER-/JUGENDARZT. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	15 € / Hyposensibilisierung

	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/061-004.html Obligater Leistungsinhalt • Hyposensibilisierungsbehandlung durch subkutane Allergeninjektion(en), • Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer • Voraussetzung für den Allergologiezuschlag ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Behandlung einer anaphylaktischen Reaktion (siehe insbesondere pädiatrischer Notfallkoffer gemäß Anlage 2a). Der Patient muss ärztlich behandelt werden.		
Allergologie	Spezifische allergologische Anamnese und/oder Beratung gemäß EBM 30100 Obligater Leistungsinhalt Durchführung einer spezifischen allergologischen Anamnese und/oder Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	Max. 4 mal je Krankheitsfall abrechenbar. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	7,50 EUR / 5 Minuten
	Allergologie-Diagnostik I Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I) gemäß EBM 30111 Obligater Leistungsinhalt • Prick-Testung und/oder • Scratch-Testung und/oder • Reibtestung und/oder • Skarifikationstestung und/oder • Intrakutan-Testung und/oder • Konjunktivaler Provokationstest und/oder • Nasaler Provokationstest • Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle • Überprüfung der lokalen Hautreaktion • Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	In der Einzelleistung sind die entsprechenden Sachkosten gemäß EBM 40351 inkludiert. Einmal im Krankheitsfall abrechenbar. Im gleichen Behandlungsfall nicht neben der Allergologie-Diagnostik II abrechenbar. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	30 EUR / Allergologie-Diagnostik I
	Allergologie-Diagnostik II Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-) Allergie vom Spättyp (Typ IV) gemäß EBM 30110 Obligater Leistungsinhalt • Epikutan-Testung • Überprüfung der lokalen Hautreaktion Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	In der Einzelleistung sind die entsprechenden Sachkosten gemäß EBM 40350 inkludiert. Einmal im Krankheitsfall abrechenbar. Im gleichen Behandlungsfall nicht neben der Allergologie-Diagnostik I abrechenbar. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	45 EUR / Allergologie-Diagnostik II

Zuschläge auf P1			
Pädiatrische Sonografie	Alle im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Behandlung relevanten Sonografieleistungen inkl. präventive sowie kurative Sonografie der Hüfte; Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM Mindestvoraussetzung: Nieren, Abdomen und Hüfte	Der Zuschlag wird – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per KV-Nachweis erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Abrechnungsquartal.	8,00 € / Versichertenteilnahmejahr
Kleine Chirurgie-Zuschlag	Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versicherten- teilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	6,00 € / Versicherten- teilnahmejahr
Psychosomatik-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versicherten- teilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per KV-Nachweis erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Abrechnungsquartal. Ab 2017 ist die Qualifikation Psychosomatik obligatorisch für die Vertragsteilnahme.	6,00 € / Versicherten- teilnahmejahr
Tympanometrie (Audiometrie als Qualifikation)	Messung der Compliance des Mittelohres unter kontinuierlicher Druckänderung und Messung der ipsilateralen und/oder kontralateralen Stapediusreflexe mit mindestens 4 Prüffrequenzen bei klinischer Indikation (indiziert bei vermuteter Schallleitungsstörung)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versicherten- teilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per Wartungsbericht Tympanometer erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	3,00 € / Versicherten- teilnahmejahr
Labor	Präsenzlabor BB entweder • Leuko, Thrombo, HB oder alternativ Hämatokrit (EBM Nr. 32036, 32037, 32038 oder alternativ 32039, je nach Methode) oder • EBM 32120 oder • EBM 32122 mit mindestens semiquantitativem CRP (EBM 32128 und/oder 32460) und Urinmikroskopie (EBM 32031)	CRP (32128 sowie 32460) Ziffern dürfen nicht über KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im GZK enthalten sind. Der Zuschlag wird – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per KV-Nachweis erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Abrechnungsquartal.	4,00 € / Versicherten- teilnahmejahr
Weiterbildungs- assistenten- Zuschlag	Beschäftigung eines Weiterbil- dungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung ^{Plus}	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT einen Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung ^{Plus} der Universität Heidelberg beschäftigt. Teilen sich mehrere KINDER-/JUGENDÄRZTE in einer BAG einen Weiterbildungsassistenten, kann der Zuschlag nur auf die P1 eines Arztes, d.h. LANR, erfolgen. Je Arzt bzw. LANR wird maximal ein Zuschlag gewährt.	3,00 € / Versichertenteil- nahmejahr

Zuschläge auf P2			
Amblyopie-Screening	Berührungsfreie, mitarbeits-unabhängige, simultane Bestimmung, Dokumentation und Beurteilung von Refraktion, Pupillengröße und Pupillenreflexen beider Augen oder alternativ berührungsfreie, mitarbeits-unabhängige, simultane Bestimmung, Dokumentation und Beurteilung des Visus beider Augen	Der Zuschlag wird automatisch auf die P2 aufgeschlagen, sofern der Versicherte am Tag der Leistungserbringung zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr ist. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal, sofern der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt.	4,00 € / Quartal
Auftragsleistungen			
A1 Pädiatrische Sonografie	Alle im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Behandlung relevanten Sonografieleistungen inkl. präventive sowie kurative Sonografie der Hüfte; Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	HAUSÄRZTE bzw. KINDER-/JUGENDÄRZTE, die über Anlage 12 bzw. 12a am Vertrag teilnehmen und den Sonografiezuschlag erhalten, dürfen grundsätzlich keine Zielaufträge für Sonografie veranlassen. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann die Leistung A1 einschließlich der Zielauftragspauschale von KINDER-/JUGENDÄRZTEN abgerechnet werden, auch wenn der Zielauftrag von HAUSÄRZTEN bzw. KINDER-/JUGENDÄRZTEN kommt. Die medizinische Begründung des HAUSARZTES bzw. KINDER-/JUGENDARZTES für den Zielauftrag ist auf Verlangen der AOK zu übermitteln. Die Abrechnung ist maximal einmal pro Tag möglich. Bei Direktinanspruchnahme kann nur A1 ohne Zielauftragspauschale abgerechnet werden. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	30,00 € / Untersuchung
Sonderzuschläge			
SOPASS-Zuschlag	Betreuung von HZV-Versicherten in den Bereichen Sozialpädiatrie und Prävention durch die SOPASS (Sozialpädiatrie- und Präventionsassistentin); Das Nähere ist abschließend in Anhang 6 zu Anlage 12a geregelt.	Der SOPASS-Zuschlag wird automatisch auf die Leistungen „Kindervorsorge Paed.Check“ oder „Sozialpädiatrische Beratung und Koordination“ aufgeschlagen, sobald der KINDER-/JUGENDARZT gegenüber MEDIVERBUND durch Vorlage des entsprechenden Zertifikates nachgewiesen hat, dass mindestens eine MFA über eine Qualifikation nach Anhang 6 verfügt und dort näher beschriebene Aufgaben übernimmt.	10,00 € / Quartal
Zuschlag klimaresiliente Versorgung in Zusammenhang mit den Kindervorsorgeuntersuchungen U6, U7, U8, U9, U10, U11, J1 und J2	Umsetzung der klimaresilienten Versorgung gem. Anhang 8 zu Anlage 12a	Der Zuschlag wird automatisch auf die jeweilige Abrechnungsziffer der U-Untersuchung KJU6 – KJJ2 aufgeschlagen, sofern MEDIVERBUND der Nachweis des KINDER- UND JUGENDARZT und eines Teammitglieds zu einer Schulung mit Schwerpunkt „Klima und Gesundheit“ vorliegt. Das Teammitglied muss mit einem Stundenumfang von mind. 19h pro Woche in der Hausarztpraxis angestellt sein.	8,00 € / Untersuchung

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 12a** gilt zunächst bis 31. Dezember 2019. § 19 Abs. 2 des Vertrages bleibt unberührt (siehe auch Anlage 18 Abs. 2e)).

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a)

- (1) Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie entsprechende Zuschläge bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12a**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach ABSCHNITT II werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als nicht-obligatorische Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK und HÄVG/MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der KINDER-/JUGENDARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des KINDER-/JUGENDARZTES für die HZV-Versicherten, die ihn als KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben

- (1) Der KINDER-/JUGENDARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben, Pauschalen und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 12a** ab. Damit sind grundsätzlich alle hausärztlichen, von der HZV erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (**Anhang 1**) als obligatorisch gekennzeichneten Ziffern müssen dabei, soweit im Einzelfall medizinisch erforderlich, zwingend vom KINDER-/JUGENDARZT als Teil der Pauschalen, bzw. als Einzelleistungen abgerechnet werden. Sie dürfen nicht gesondert gegenüber der KV abgerechnet werden.
- (2) Leistungen, die im Ziffernkranz (**Anhang 1**) als Bestandteil der Pauschale, aber als nicht-obligatorisch gekennzeichnet sind, sind vom KINDER-/JUGENDARZT als Bestandteil der Pauschale zu erbringen, sofern er sie nach seiner Qualifikation und/oder Ausstattung selbst erbringen kann. Andernfalls kann, soweit medizinisch erforderlich, ein Zielauftrag bzw. eine Auftragsüberweisung für die Erbringung der jeweiligen Einzelleistung erfolgen.
- (3) Der KINDER-/JUGENDARZT muss, soweit medizinisch erforderlich, Leistungen, die ihm in der HZV über die Qualitätszuschläge auf P1 „Kleine Chirurgie“, „Sonografie“, „Psychosomatik“ und Tympanometrie oder P5 „Amblyopie“ vergütet werden, erbringen. Folgende Besonderheiten gelten bei Sonografie (vgl. auch **Anhang 1**):

- a) Der Qualitätszuschlag „Sonografie“ kann abgerechnet werden, wenn der KINDER-/JUGENDARZT mindestens die Leistung „Abdominelle Sonografie“, „Sonografie Hüfte“ und „Sonografie Nieren“ erbringen kann.
- (4) Ein KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) wird wie nachfolgend definiert:
- a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Kinder-/Jugendarztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Erziehungsberechtigten und beinhaltet einen konkreten Bezug zur kinder- und jugendärztlichen Versorgung des Patienten.
 - b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
 - c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinische APK umfasst auch die Telefonie.
 - d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
 - e) Ein Ausschluss der Delegation nach lit. d ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Jeder persönliche KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patient-Kontakte (APK) nach Abs. 4 lit. b ist mit der Dokumentationsziffer 0000 zu dokumentieren. Jeder telemedizinische APK nach Abs. 4 lit. c ist mit der Dokumentationsziffer 0000F zu dokumentieren.

- (5) Dem Zuschlag „Klimaresiliente Versorgung“ liegt folgende Ausgangslage zugrunde:

Klimaveränderungen weisen weltweit negative und komplexe Auswirkungen auf menschliche Lebensumstände und Gesundheit auf, wie auch umgekehrt das menschliche Verhalten die Umwelt und die Gesundheit prägt. Weil der Klimawandel nicht nur ein Umweltphänomen ist, sondern auch gesundheitliche Folgen mit sich bringt, werden ökologische Krisen auch gesundheitliche Krisen. Wenn Maßnahmen umgesetzt werden, die die Gesundheit und Resilienz fördern, verstärken sich Klima-, Gesundheits- und ökonomische Ziele gegenseitig („Triple-win-Situation“). Dieser Querschnittsthematik für gemeinsamen Nutzen muss das Gesundheitswesen durch wissenschaftliche Bestandsaufnahme, Strukturentwicklung und Investitionen entsprechen. Die Risiken des Klimawandels und die menschliche Gesundheit können HAUSÄRZTE/KINDER-/JUGENDÄRZTE und das Gesundheitspersonal kommunizieren; durch Aufklärung über Gesundheitsrisiken auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene, hier auch als Basis der haus- und facharztzentrierten Versorgung.

Die Klimafolgen werden sich nicht gleichmäßig auf die Bevölkerung auswirken. Insbesondere Kinder sind von Umwelteinflüssen und damit auch von Klimaveränderungen stärker betroffen und werden weltweit, aber auch in Deutschland, als vulnerable Gruppe einen Großteil der durch den Klimawandel verursachten Krankheitslast tragen. Sie bedürfen daher eines besonderen Schutzes.

Ziele zur gesundheitlichen Versorgung gemäß allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse sind:

- a. Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren adressieren;
- b. Maßnahmen umsetzen für mehr Gesundheits- und Klimakompetenz;
- c. Die intersektorale und multiprofessionelle Zusammenarbeit stärken; Biopsychosoziale Verhaltensänderungen zu einem nachhaltigeren, klimaschonenden und gleichzeitig gesundheitsfördernden Lebensstil bewirken. Dazu zählen Lebensstilveränderungen im Bereich Mobilität, Ernährung, Rauchstopp und Prophylaxe unter anderem, weil sie unmittelbar einen Gesundheitsgewinn bewirken. Das gilt für chronische Erkrankungen insbesondere bei Herz-, Kreislauf-, muskuloskelettal- und Stoffwechselerkrankungen; für Kinder als klimavulnerable Gruppe; bei Atemwegserkrankungen vor allem in feinstaubbelasteten Regionen; bei Temperaturextremen einschließlich medikamentöser und sonstiger Risikofaktoren; gegen Infektionskrankheiten durch kontinuierlichen Impfschutz gemäß STIKO-Empfehlungen.

III. Abrechnung des KINDER-/JUGENDARZTES für die HZV-Versicherten, die einen anderen KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben

- (1) Bei Vorliegen eines Zielauftrages (Auftragsüberweisung) (vgl. Ziffer II Absatz 2) eines anderen KINDER-/JUGENDARZTES kann der KINDER-/JUGENDARZT für Leistungen gemäß Ziffer II Absätze 2 und 3 je Zielauftrag für HZV-Versicherte, die den anderen KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben, die Zielauftragspauschale über die HZV abrechnen (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).
- (2) Werden Einzelleistungen per Zielauftrag durch einen anderen KINDER-/JUGENDARZT erbracht, kann hierfür nur die Einzelleistungsvergütung abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).

IV. Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ

- (1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse
 - a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder
 - b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder
 - c) MVZ untereinander

Anlage 12a

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.

- (2) Für die Angabe und Abrechnung der Qualitätszuschläge "Sonografie", "Kleine Chirurgie", Tympanometrie und Amblyopie kann das Leistungsspektrum der BAG/des MVZ berücksichtigt werden. Dann sind diese Leistungen obligatorisch als Teil der Zuschläge auf P1 bzw. P5 abgegolten (Ziffer II Absatz 3). Werden sie nicht durch den jeweils den Zuschlag abrechnenden KINDER-/JUGENDARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.
- (3) Nicht-obligatorische Leistungen gemäß **Anhang 1** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht durch den jeweils den Zuschlag abrechnenden KINDER-/JUGENDARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.
- (4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen oder Zielaufträgen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.
- (5) Rechnet ein nicht an der HZV teilnehmender Arzt einer BAG/MVZ eine Leistung gem. Anhang 1 (Ziffernkranz) für einen HZV-Versicherten gegenüber der KV ab, obwohl der BAG/MVZ ein HZV-Arzt angehört, auch wenn dieser nicht der betreuende HZV-Arzt dieses HZV-Versicherten ist, so ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

- (1) Der eine Kindervorsorgeuntersuchung auf Zielauftrag durchführende KINDER-/JUGENDARZT erstellt für den HAUSARZT einen Arztbrief mit dem Untersuchungsergebnis.
- (2) Die Direktinanspruchnahme von an der HZV teilnehmenden KINDER-/JUGENDÄRZTEN durch HZV-Versicherte (Kinder und Jugendliche) ohne Zielauftrag ist möglich. Für diesen Fall gelten die Vergütungs- und Behandlungsregeln der Vertreterpauschale analog.

VI. Impfleistungen

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der AOK Baden-Württemberg und der KV geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Alle Impfleistungen sind analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der Abrechnung zu dokumentieren.

VII. Sonderfälle

- (1) Zusätzlich zur HZV-Vergütung darf ein KINDER-/JUGENDARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM bzw. DMP-Vereinbarungen im Einzelfall folgende Leistungen für HZV-Versicherte, die nicht in das AOK-FacharztProgramm eingeschrieben sind, über die KV abrechnen:
 - a) Allergologie (30121);
 - b) Methadon (01950-01952);
 - c) Fachärztliche Leistungen gemäß EBM Kapitel 4.4;
 - d) DMP-Schulungen
 - e) Onkologie (01510-01512, 02101)
 - f) Phlebologie (30500-30501)
 - g) Proktologie (30600-30601, 30610-30611)
 - h) Psychotherapie (35130-35131, 35140-35142)
 - i) HIV-Betreuung (30920, 30922, 30924)
- (2) Neben der jeweiligen Einzelleistung nach Absatz 1 lit. a) bis i) ist kein Leistungskomplex bzw. keine Grundpauschale über die KV abzurechnen.
- (3) Für Versicherte, die zusätzlich in das AOK-FacharztProgramm eingeschrieben sind, gelten die Bestimmungen des Gesamtziffernkranzes, (vgl. Anhang 1 zu Anlage 12a).
- (4) KINDER-/JUGENDÄRZTE, die über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, können vom Beirat des 73c-Vertrags Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zur Erbringung von psychotherapeutischen Leistungen über dieses Programm zugelassen werden.

VIII. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73 b Abs. 7

Anlage 12a

SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem KINDER-/JUGENDARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabrechnung den gegenüber der KV von dem KINDER-/JUGENDARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern nicht der KINDER-/JUGENDARZT nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist insoweit zur Aufrechnung gegenüber HZV-Vergütungsansprüchen des KINDER-/JUGENDARZTES berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.

- (2) Für den bei einer Doppelabrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der KINDER-/JUGENDARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die HÄVG/MEDIVERBUND ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die HZV-Vergütung berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die HÄVG/MEDIVERBUND der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.
- (3) Für den bei einer Fehlabrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der KINDER-/JUGENDARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die HÄVG/MEDIVERBUND ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die HZV-Vergütung berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die HÄVG/MEDIVERBUND der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

ABSCHNITT IV: ABRECHNUNGSVERFAHREN

I. Abrechnung der HZV-Vergütung durch die HÄVG/MEDIVERBUND

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND sind zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des KINDER-/JUGENDARZTES nach den Vorgaben dieser Anlage 12a verpflichtet. Das hierzu eingesetzte Rechenzentrum („Rechenzentrum“) ist derzeit:

HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG
Edmund - Rumpler - Straße 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 57561110

- (2) Der KINDER-/JUGENDARZT ist verpflichtet, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes für eine Pauschale nach dem vorstehenden ABSCHNITT I gegebenenfalls bereits durch einen persönlichen/telemedizinischen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK), bei jedem persönlichen/telemedizinischen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) bezogen auf HZV-Versicherte alle Diagnosen gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit Zusatzkennzeichen unter Auswahl des spezifischen ICD-10-Codes in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des BfArM – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich über die Vertragssoftware zu übermitteln bzw. ab entsprechender Änderung gemäß § 26 Abs. 1 des Vertrages die ICPC-Diagnoseziffer und das Leistungsdatum zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.
- (3) Der KINDER-/JUGENDARZT ist verpflichtet, innerhalb von 5 Arbeitstagen (Zugang bei der HÄVG/MEDIVERBUND) vor Übermittlung der HZV-Abrechnung Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (4) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem KINDER-/JUGENDARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden.

- (5) Die HÄVG/MEDIVERBUND werden unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den KINDER-/JUGENDARZT auf den HZV-Vergütungsanspruch leisten.

II. Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND

- (1) Der KINDER-/JUGENDARZT ist verpflichtet, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes für eine Pauschale nach dem vorstehenden ABSCHNITT I gegebenenfalls bereits durch einen persönlichen/telemedizinischen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt, bei jedem persönlichen/telemedizinischen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt bezogen auf HZV-Versicherte alle Diagnosen gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit Zusatzkennzeichen unter Auswahl des spezifischen ICD-10-Codes in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des BfArM – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich über die Vertragssoftware zu übermitteln bzw. ab entsprechender Änderung gemäß § 26 Abs. 1 des Vertrages die ICPC-Diagnoseziffer und das Leistungsdatum zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind zu übermitteln.
- (2) Der KINDER-/JUGENDARZT ist verpflichtet, innerhalb von 5 Arbeitstagen (Zugang bei der HÄVG/MEDIVERBUND) vor Übermittlung der HZV-Abrechnung Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem KINDER-/JUGENDARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden.
- (4) Die HÄVG/MEDIVERBUND wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den KINDER-/JUGENDARZT auf den HZV-Vergütungsanspruch leisten.
- (5) Bei der Abrechnung wird sich des in Abschnitt IV, Ziffer I dieser **Anlage 12a** benannten Rechenzentrums bedient.

III. Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die HÄVG/ MEDIVERBUND sind gegenüber der AOK verpflichtet, die HZV-Abrechnung des KINDER-/JUGENDARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12a** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die HÄVG/MEDIVERBUND übersendet der AOK nach ihrer Prüfung gemäß dem vorstehenden Absatz eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der HZV-Abrechnung des KINDER-/JUGENDARZTES zur Prüfung. Zur Erfüllung der Verpflichtung in Abschnitt IV, wird sich des in Ziffer I dieser Anlage 12a genannten Rechenzentrums bedient (§ 295 a Abs.2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden KINDER-/JUGENDÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen KINDER-/JUGENDARZT geprüften HZV- Vergütung einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen aus.
- (3) Die AOK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**AOK-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die AOK der Auffassung, dass die ihr von der HÄVG/MEDIVERBUND übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12a** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der HÄVG/MEDIVERBUND schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Rüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge. Die AOK informiert die HÄVG/MEDIVERBUND über die Erhebung von Abrechnungsrügen und damit verbundene Verzögerungen im Rahmen der Abrechnung.
 - a) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der AOK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. Die AOK erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK-Abrechnung gilt als abgestimmte AOK-Abrechnung („**abgestimmte AOK-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen wird die AOK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.
 - b) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen von

der HÄVG/MEDIVERBUND eine Rechnung.

- c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die HÄVG/MEDIVERBUND die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersenden sie der AOK unverzüglich eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte AOK-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.
- (4) Die AOK hat die Zahlung auf das von der HÄVG/MEDIVERBUND gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der HÄVG/MEDIVERBUND bleibt unberührt.
- (5) Die AOK leistet jeweils zum ersten Kalendertag des Monats, beginnend ab dem 1. November 2008, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 15,50 EUR pro HZV-Versicherten zur Herstellung der für die Abrechnung durch die HÄVG/MEDIVERBUND erforderlichen Liquidität auf das Abrechnungskonto. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 5 entsprechend.
- (6) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die HÄVG/MEDIVERBUND vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“). Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die HÄVG/MEDIVERBUND Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der HÄVG/MEDIVERBUND.
- (7) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die HÄVG/MEDIVERBUND den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide

Anlage 12a

Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die HÄVG/MEDIVERBUND.

- (8) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 7 und 8 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

ABSCHNITT V: ANHÄNGE

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12a**:

- Anhang 1 zu Anlage 12a:** Gesamtziffernkranz AOK Baden-Württemberg, Verträge nach §§73b und c SGB V
- Anhang 2 zu Anlage 12a:** ICD-Liste zur Pauschale P3
- Anhang 3 zu Anlage 12a:** ICD-Liste zur sozialpädiatrischen Beratung und Koordination
- Anhang 4 zu Anlage 12a:** Transitions-Bogen
- Anhang 5 zu Anlage 12a:** Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung für Kinder- und Jugendärzte
- Anhang 6 zu Anlage 12a:** SOPASS-Zuschlag
- Anhang 7 zu Anlage 12a:** STARKIDS
- Anhang 8 zu Anlage 12a:** Klimaresiliente Versorgung

Anhang 2 zu Anlage 12a		Stand: 01.01.2025
ICD-Liste für P3 AOK-BW (nur bei Diagnosekennzeichen "G")		
Für die korrekte Verschlüsselung von Diagnosen und zur Diagnosestellung ist die Internationale 10. Revision, German Modification, ICD 10 GM anzuwenden wie aufgeführt unter www.bfarm.de .		
ICD Code	ICD Klartext	
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	
B18.11	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 1	
B18.12	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2	
B18.13	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3	
B18.14	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 4	
B18.19	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet	
B18.2	Chronische Virushepatitis C	
B18.80	Chronische Virushepatitis E	
B18.88	Sonstige chronische Virushepatitis	
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	
C40.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität	
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität	
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend	
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet	
C41.01	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial	
C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial	
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	
C41.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule	
C41.30	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen	
C41.31	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Sternum	
C41.32	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Klavikula	
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen	
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend	
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet	
C47.0	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	
C47.1	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter	
C47.2	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	
C47.3	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Thorax	
C47.4	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Abdomens	
C47.5	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens	
C47.6	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet	
C47.8	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend	
C47.9	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, nicht näher bezeichnet	
C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden	
C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	
C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	
C69.2	Bösartige Neubildung: Retina	
C70.0	Bösartige Neubildung: Hirnhäute	
C70.1	Bösartige Neubildung: Rückenmarkshäute	
C70.9	Bösartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet	
C71.0	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel	
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen	
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen	
C71.3	Bösartige Neubildung: Parietallappen	
C71.4	Bösartige Neubildung: Okzipitallappen	
C71.5	Bösartige Neubildung: Hirnventrikel	
C71.6	Bösartige Neubildung: Zerebellum	
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm	
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend	
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet	
C72.0	Bösartige Neubildung: Rückenmark	
C72.1	Bösartige Neubildung: Cauda equina	
C72.2	Bösartige Neubildung: Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]	
C72.3	Bösartige Neubildung: N. opticus [II. Hirnnerv]	
C72.4	Bösartige Neubildung: N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]	
C72.5	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven	
C72.8	Bösartige Neubildung: Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend	
C72.9	Bösartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet	
C74.0	Bösartige Neubildung: Nebennierenrinde	
C74.1	Bösartige Neubildung: Nebennierenmark	
C74.9	Bösartige Neubildung: Nebenniere, nicht näher bezeichnet	
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten	
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten	
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten	
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen	
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums	
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane	
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums	
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens	
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems	
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars	
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	
C79.81	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse	

C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane
C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards
C79.84	Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens
C79.85	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses
C79.86	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe der Extremitäten
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.4	Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C82.0	Follikuläres Lymphom Grad I
C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II
C82.2	Follikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet
C82.3	Follikuläres Lymphom Grad IIIa
C82.4	Follikuläres Lymphom Grad IIIb
C82.5	Diffuses Follikelzentrumslymphom
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom
C82.7	Sonstige Typen des follikulären Lymphoms
C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom
C83.1	Mantelzell-Lymphom
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
C83.5	Lymphoblastisches Lymphom
C83.7	Burkitt-Lymphom
C83.8	Sonstige nicht follikuläre Lymphome
C83.9	Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.0	Mycosis fungoides
C84.1	Sézary-Syndrom
C84.4	Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert
C84.5	Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C84.6	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-positiv
C84.7	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ
C84.8	Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.2	Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom
C85.7	Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C86.0	Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasaler Typ
C86.1	Hepatosplenisches T-Zell-Lymphom
C86.2	T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ
C86.3	Subkutanes pannikulitisches T-Zell-Lymphom
C86.4	Blastisches NK-Zell-Lymphom
C86.5	Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom
C86.6	Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission
C91.30	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.31	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: In kompletter Remission
C91.40	Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.41	Haarzellenleukämie: In kompletter Remission
C91.50	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.51	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): In kompletter Remission
C91.60	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.61	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: In kompletter Remission
C91.70	Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.71	Sonstige lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
C91.80	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.81	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission
C92.10	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.11	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission
C92.20	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.21	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: In kompletter Remission
C92.30	Myelosarkom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.31	Myelosarkom: In kompletter Remission
C92.40	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.41	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: In kompletter Remission
C92.50	Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.51	Akute myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C92.60	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormalität: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.61	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormalität: In kompletter Remission
C92.70	Sonstige myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.71	Sonstige myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission
C93.00	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.01	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.11	Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C93.30	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.31	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C93.70	Sonstige Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.71	Sonstige Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.91	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C94.00	Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.01	Akute Erythroleukämie: In kompletter Remission
C94.20	Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission

C94.21	Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission
C94.30	Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.31	Mastzellenleukämie: In kompletter Remission
C94.40	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.41	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: In kompletter Remission
C94.60	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.61	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: In kompletter Remission
C94.70	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.71	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: In kompletter Remission
C94.8	Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]
C96.0	Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
C96.5	Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.6	Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C96.8	Histiozytisches Sarkom
D18.07	Hämangiom: Knöcherne Wirbelsäule
D47.0	Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekannten Verhaltens
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit
D47.2	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]
D47.3	Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie
D47.4	Osteomyelofibrose
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
D47.7	Sonstige näher bezeichnete Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
D47.9	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
D56.0	Alpha-Thalassämie
D56.1	Beta-Thalassämie
D56.2	Delta-Beta-Thalassämie
D57.0	Sichelzellenanämie mit Krisen
D58.0	Hereditäre Sphärozytose
D61.0	Angeborene aplastische Anämie
D63.8	Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet
D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
D68.5	Primäre Thrombophilie
D68.6	Sonstige Thrombophilien
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
D69.0	Purpura anaphylactoides
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D80.2	Selektiver Immunglobulin-A-Mangel [IgA-Mangel]
D80.3	Selektiver Mangel an Immunglobulin-G-Subklassen [IgG-Subklassen]
D81.0	Schwerer kombinierter Immundefekt [SCID] mit retikulärer Dysgenese
D81.1	Schwerer kombinierter Immundefekt [SCID] mit niedriger T- und B-Zellen-Zahl
D81.2	Schwerer kombinierter Immundefekt [SCID] mit niedriger oder normaler B-Zellen-Zahl
D81.3	Adenosindesaminase[ADA]-Mangel
D81.4	Nezelof-Syndrom
D81.5	Purin nukleosid-Phosphorylase[PNP]-Mangel
D81.6	Haupthistokompatibilitäts-Komplex-Klasse-I-Defekt [MHC-Klasse-I-Defekt]
D81.7	Haupthistokompatibilitäts-Komplex-Klasse-II-Defekt [MHC-Klasse-II-Defekt]
D81.8	Sonstige kombinierte Immundefekte
D82.0	Wiskott-Aldrich-Syndrom
D82.1	Di-George-Syndrom
D82.2	Immundefekt mit disproportioniertem Kleinwuchs
D82.3	Immundefekt mit hereditär defekter Reaktion auf Epstein-Barr-Virus
D82.4	Hyperimmunglobulin-E[IgE]-Syndrom
D82.8	Immundefekte in Verbindung mit anderen näher bezeichneten schweren Defekten
E03.0	Angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma
E03.1	Angeborene Hypothyreose ohne Struma
E10.01	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E10.11	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E10.20	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.21	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.30	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.31	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.40	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.41	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.50	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.51	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.60	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.61	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.72	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E10.73	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E10.75	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E10.80	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.81	Diabetes mellitus, Typ 1 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1 Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1 Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet

E11.01	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E11.11	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E11.20	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.31	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.41	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.51	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E11.80	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.81	Diabetes mellitus, Typ 2 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2 Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2 Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E22.0	Akromegalie und hypophysärer Hochwuchs
E22.1	Hyperprolaktinämie
E22.2	Syndrom der inadäquaten Sekretion von Adiuretin
E22.8	Sonstige Überfunktion der Hypophyse
E23.0	Hypopituitarismus
E23.2	Diabetes insipidus
E24.0	Hypophysäres Cushing-Syndrom
E25.00	21-Hydroxylase-Mangel [AGS Typ 3], klassische Form
E25.01	21-Hydroxylase-Mangel [AGS Typ 3], Late-onset-Form
E25.08	Sonstige angeborene adrenogenitale Störungen in Verbindung mit Enzymmangel
E27.0	Sonstige Nebennierenrindenüberfunktion
E27.1	Primäre Nebennierenrindeninsuffizienz
E27.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Nebennierenrindeninsuffizienz
E27.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nebenniere
E27.9	Krankheit der Nebenniere, nicht näher bezeichnet
E66.04	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren
E66.05	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren
E66.09	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet (nur bei Erfüllung der Definition der AGA von Adipositas im Kindesalter)*
E70.0	Klassische Phenylketonurie
E70.1	Sonstige Hyperphenylalaninämien
E70.2	Störungen des Tyrosinstoffwechsels
E70.3	Albinismus
E70.8	Sonstige Störungen des Stoffwechsels aromatischer Aminosäuren
E71.0	Ahornsirup- (Harn-) Krankheit
E71.1	Sonstige Störungen des Stoffwechsels verzweigter Aminosäuren
E71.2	Störung des Stoffwechsels verzweigter Aminosäuren, nicht näher bezeichnet
E71.3	Störungen des Fettsäurestoffwechsels
E72.0	Störungen des Aminosäuretransportes
E72.1	Störungen des Stoffwechsels schwefelhaltiger Aminosäuren
E72.2	Störungen des Harnstoffzyklus
E72.3	Störungen des Lysin- und Hydroxylsinstoffwechsels
E72.4	Störungen des Ornithinstoffwechsels
E72.5	Störungen des Glyzinstoffwechsels
E72.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen des Aminosäurestoffwechsels
E74.0	Glykogenspeicherkrankheit [Glykogenose]
E74.1	Störungen des Fruktosestoffwechsels
E74.2	Störungen des Galaktosestoffwechsels
E74.3	Sonstige Störungen der intestinalen Kohlenhydratabsorption
E74.4	Störungen des Pyruvatstoffwechsels und der Glukoneogenese
E74.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels
E75.0	GM2-Gangliosidose
E75.1	Sonstige Gangliosidosen
E75.2	Sonstige Sphingolipidosen
E75.3	Sphingolipidose, nicht näher bezeichnet
E75.4	Neuronale Zeroidlipofuszinose
E75.5	Sonstige Störungen der Lipidspeicherung
E75.6	Störung der Lipidspeicherung, nicht näher bezeichnet
E76.0	Mukopolysaccharidose, Typ I
E76.1	Mukopolysaccharidose, Typ II
E76.2	Sonstige Mukopolysaccharidosen
E76.3	Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet
E76.8	Sonstige Störungen des Glykosaminoglykan-Stoffwechsels
E77.0	Defekte der posttranslationalen Modifikation lysosomaler Enzyme
E77.1	Defekte beim Glykoproteinabbau
E77.8	Sonstige Störungen des Glykoproteinstoffwechsels
E80.0	Hereditäre erythropoetische Porphyrie
E80.1	Porphyria cutanea tarda
E80.2	Sonstige Porphyrie
E80.3	Defekte von Katalase und Peroxidase
E80.4	Gilbert-Meulengracht-Syndrom
E80.5	Crigler-Najjar-Syndrom
E80.6	Sonstige Störungen des Bilirubinstoffwechsels
E80.7	Störung des Bilirubinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet
E83.0	Störungen des Kupferstoffwechsels
E83.1	Störungen des Eisenstoffwechsels
E83.2	Störungen des Zinkstoffwechsels
E83.30	Familiäre hypophosphatämische Rachitis
E83.31	Vitamin-D-abhängige Rachitis
E83.38	Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase
E83.39	Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase, nicht näher bezeichnet
E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation
E84.87	Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen
E84.88	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen

E84.9	Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet
E85.0	Nichtneuropathische hereditäre Amyloidose
E85.1	Neuropathische hereditäre Amyloidose
E85.2	Hereditäre Amyloidose, nicht näher bezeichnet
E88.00	Alpha-1-Antitrypsinmangel
E88.08	Sonstige Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia simplex
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3	Andere gemischte Angststörungen
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ
F50.01	Anorexia nervosa, aktiver Typ
F50.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa
F50.1	Atypische Anorexia nervosa
F50.2	Bulimia nervosa
F50.3	Atypische Bulimia nervosa
F63.0	Pathologisches Spielen
F63.1	Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]
F63.2	Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]
F63.3	Trichotillomanie
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F63.9	Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F72.0	Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F72.8	Schwere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F72.9	Schwere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F73.0	Schwerste Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F73.8	Schwerste Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F73.9	Schwerste Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F80.1	Expressive Sprachstörung
F80.20	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung [AVWS]
F81.3	Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
F82.0	Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik
F82.1	Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
F84.0	Frühkindlicher Autismus
F84.1	Atypischer Autismus
F84.2	Rett-Syndrom
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypen
F84.5	Asperger-Syndrom
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
F94.0	Elektrischer Mutismus
F95.1	Chronische motorische oder vokale Ticstörung
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter
F98.3	Pica im Kindesalter
F98.40	Stereotype Bewegungsstörungen: ohne Selbstverletzung
F98.41	Stereotype Bewegungsstörungen: mit Selbstverletzung
F98.49	Stereotype Bewegungsstörungen: ohne Angabe einer Selbstverletzung
F98.5	Stottern [Stammeln]
G11.1	Früh beginnende zerebellare Ataxie
G11.3	Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem
G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie
G11.8	Sonstige hereditäre Ataxien
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie
G12.2	Motoneuron-Krankheit
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome
G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose (Mindestalter 15 Jahre)**
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression (Mindestalter 15 Jahre)**

G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression (Mindestalter 15 Jahre)**
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression (Mindestalter 15 Jahre)**
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression (Mindestalter 15 Jahre)**
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression (Mindestalter 15 Jahre)**
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression (Mindestalter 15 Jahre)**
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet (Mindestalter 15 Jahre)**
G40.00	Pseudo-Lennox-Syndrom
G40.01	CSWS [Continuous spikes and waves during slow-wave sleep]
G40.02	Benigne psychomotorische Epilepsie [terror fits]
G40.08	Sonstige lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit lokal beginnenden Anfällen
G40.09	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit lokal beginnenden Anfällen, nicht näher bezeichnet
G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.5	Spezielle epileptische Syndrome
G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)
G40.7	Petit-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-Mal-Anfälle
G40.8	Sonstige Epilepsien
G60.0	Hereditäre sensomotorische Neuropathie
G60.1	Refsum-Krankheit
G60.2	Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie
G60.3	Idiopathische progressive Neuropathie
G60.8	Sonstige hereditäre und idiopathische Neuropathien
G60.9	Hereditäre und idiopathische Neuropathie, nicht näher bezeichnet
G71.00	Muskeldystrophie, maligne [Typ Duchenne]
G71.08	Sonstige Muskeldystrophien
G71.1	Myotone Syndrome
G71.2	Angeborene Myopathien
G71.3	Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert
G71.8	Sonstige primäre Myopathien
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese
G80.4	Ataktische Zerebralparese
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G91.0	Hydrocephalus communicans
G91.1	Hydrocephalus occlusus
G91.20	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus
G91.21	Sekundärer Normaldruckhydrozephalus
G91.29	Normaldruckhydrozephalus, nicht näher bezeichnet
G91.3	Posttraumatischer Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet
G91.8	Sonstiger Hydrozephalus
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie
H90.0	Beidseitiger Hörverlust durch Schallleitungsstörung
H90.3	Beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung
I27.00	Idiopathische und hereditäre pulmonale arterielle Hypertonie [IPAH und HPAH]
I27.01	Pulmonale arterielle Hypertonie assoziiert mit angeborenem Herzfehler, Krankheit des Bindegewebes und portalen Hypertension [APAH]
I27.02	Pulmonale arterielle Hypertonie induziert durch Arzneimittel, Droge, Toxin und Strahlung [DPAH]
I27.08	Sonstige primäre pulmonale Hypertonie
I27.20	Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie
I27.28	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
I27.8	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie
I42.4	Endokardfibroelastose
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVC/M]
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung
J45.00	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale: Als gut kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.01	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale: Als teilweise kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.02	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale: Als unkontrolliert und nicht schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.03	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale: Als gut kontrolliert und schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.04	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale: Als teilweise kontrolliert und schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.05	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale: Als unkontrolliert und schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.09	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale: Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.10	Nichtallergisches Asthma bronchiale: Als gut kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.11	Nichtallergisches Asthma bronchiale: Als teilweise kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.12	Nichtallergisches Asthma bronchiale: Als unkontrolliert und nicht schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.13	Nichtallergisches Asthma bronchiale: Als gut kontrolliert und schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.14	Nichtallergisches Asthma bronchiale: Als teilweise kontrolliert und schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.15	Nichtallergisches Asthma bronchiale: Als unkontrolliert und schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.19	Nichtallergisches Asthma bronchiale: Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)

J45.80	Mischformen des Asthma bronchiale: Als gut kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.81	Mischformen des Asthma bronchiale: Als teilweise kontrolliert und nicht schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.82	Mischformen des Asthma bronchiale: Als unkontrolliert und nicht schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.83	Mischformen des Asthma bronchiale: Als gut kontrolliert und schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.84	Mischformen des Asthma bronchiale: Als teilweise kontrolliert und schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.85	Mischformen des Asthma bronchiale: Als unkontrolliert und schwer bezeichnet (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J45.89	Mischformen des Asthma bronchiale: Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad (nur bei Einschreibung ins dmp Asthma)
J80.04	Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]: Mildes akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]
J80.05	Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]: Moderates akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]
J80.06	Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]: Schweres akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]
K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes
K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes
K50.80	Crohn-Krankheit des Magens
K50.81	Crohn-Krankheit der Speiseröhre
K50.82	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend
K51.0	Ulzeröse (chronische) Pankolitis
K51.2	Ulzeröse (chronische) Proktitis
K51.3	Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis
K51.4	Inflammatorische Polypen des Kolons
K51.5	Linksseitige Kolitis
K51.8	Sonstige Colitis ulcerosa
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose
K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
K90.0	Zöliakie
L20.8	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem
L40.0	Psoriasis vulgaris
L40.1	Generalisierte Psoriasis pustulosa
L93.0	Diskoider Lupus erythematodes
M08.09	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.19	Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.29	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.3	Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
M08.49	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.79	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.89	Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.00	Juvenile Arthritis bei Psoriasis(L40.5+): Mehrere Lokalisationen
M09.01	Juvenile Arthritis bei Psoriasis(L40.5+): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.02	Juvenile Arthritis bei Psoriasis(L40.5+): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.03	Juvenile Arthritis bei Psoriasis(L40.5+): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.04	Juvenile Arthritis bei Psoriasis(L40.5+): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.05	Juvenile Arthritis bei Psoriasis(L40.5+): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.06	Juvenile Arthritis bei Psoriasis(L40.5+): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.07	Juvenile Arthritis bei Psoriasis(L40.5+): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.08	Juvenile Arthritis bei Psoriasis(L40.5+): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.10	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis](K50.-+): Mehrere Lokalisationen
M09.11	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis](K50.-+): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.12	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis](K50.-+): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.13	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis](K50.-+): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.14	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis](K50.-+): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.15	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis](K50.-+): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.16	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis](K50.-+): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.17	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis](K50.-+): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.18	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis](K50.-+): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.20	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa(K51.-+): Mehrere Lokalisationen
M09.21	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa(K51.-+): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.22	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa(K51.-+): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.23	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa(K51.-+): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.24	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa(K51.-+): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.25	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa(K51.-+): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.26	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa(K51.-+): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.27	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa(K51.-+): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.28	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa(K51.-+): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.80	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
M09.81	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.82	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.83	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.84	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.85	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.86	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.87	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.88	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M32.0	Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematodes
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes
M33.0	Juvenile Dermatomyositis
M35.0	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome
M35.2	Behçet-Krankheit
M35.3	Polymyalgia rheumatica
M35.4	Eosinophile Fasziitis
M35.5	Multifokale Fibrosklerose
M35.6	Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]
M35.7	Hypermobilitäts-Syndrom
M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M41.00	Idiopathische Skoliose beim Kind: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M41.01	Idiopathische Skoliose beim Kind: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M41.02	Idiopathische Skoliose beim Kind: Zervikalbereich
M41.03	Idiopathische Skoliose beim Kind: Zervikothorakalbereich
M41.04	Idiopathische Skoliose beim Kind: Thorakalbereich
M41.05	Idiopathische Skoliose beim Kind: Thorakolumbalbereich
M41.06	Idiopathische Skoliose beim Kind: Lumbalbereich
M41.07	Idiopathische Skoliose beim Kind: Lumbosakralbereich
M41.08	Idiopathische Skoliose beim Kind: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M45.00	Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule

M45.01	Spondylitis ankylosans: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M45.02	Spondylitis ankylosans: Zervikalbereich
M45.03	Spondylitis ankylosans: Zervikothorakalbereich
M45.04	Spondylitis ankylosans: Thorakalbereich
M45.05	Spondylitis ankylosans: Thorakolumbalbereich
M45.06	Spondylitis ankylosans: Lumbalbereich
M45.07	Spondylitis ankylosans: Lumbosakralbereich
M45.08	Spondylitis ankylosans: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M91.0	Juvenile Osteochondrose des Beckens
M91.1	Juvenile Osteochondrose des Femurkopfes [Perthes-Legg-Calvé-Krankheit]
N01.9	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N03.9	Chronisches nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N05.9	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N07.9	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet
N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion
N13.7	Uropathie in Zusammenhang mit vesikoureteralem Reflux
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
N31.0	Ungehemmte neurogene Blasenentleerung, anderenorts nicht klassifiziert
N31.1	Neurogene Reflexblase, anderenorts nicht klassifiziert
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert
N31.80	Neuromuskuläre Low-compliance-Blase, organisch fixiert
N31.81	Hypo- und Akontraktilität des Blasenmuskels ohne neurologisches Substrat
N31.88	Sonstige neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase
P07.00	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 500 Gramm
P07.01	Neugeborenes: Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm
P07.02	Neugeborenes: Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm
P07.10	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1000 bis unter 1250 Gramm
P07.11	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1250 bis unter 1500 Gramm
P27.1	Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode
P27.8	Sonstige chronische Atemwegserkrankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode
P91.6	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]
P91.7	Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen
P96.1	Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter
Q00.1	Kraniorhachischisis
Q01.9	Enzephalozele, nicht näher bezeichnet
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturæ laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum
Q04.1	Arrhinenzephalie
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns
Q04.4	Septooptische Dysplasie
Q04.5	Megalenzephalie
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten
Q04.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom
Q20.0	Truncus arteriosus communis
Q20.1	Rechter Doppelausstromventrikel [Double outlet right ventricle]
Q20.2	Linker Doppelausstromventrikel [Double outlet left ventricle]
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung
Q20.4	Doppeleinstromventrikel [Double inlet ventricle]
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung
Q20.6	Vorhofisomerismus
Q20.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums
Q21.3	Fallot-Tetralogie
Q21.4	Aortapulmonaler Septumdefekt
Q21.80	Fallot-Pentalogie
Q21.88	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten
Q22.0	Pulmonalklappenatresie
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose
Q22.2	Angeborene Pulmonalklappeninsuffizienz
Q22.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Pulmonalklappe
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose
Q22.5	Ebstein-Anomalie
Q22.6	Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom
Q22.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe
Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose
Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom
Q23.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe
Q24.0	Dextrokardie
Q24.1	Lävokardie
Q24.2	Cor triatriatum
Q24.3	Infundibuläre Pulmonalstenose
Q24.4	Angeborene subvalvuläre Aortenstenose
Q24.5	Fehlbildung der Koronargefäße
Q24.6	Angeborener Herzblock
Q24.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens
Q25.0	Offener Ductus arteriosus
Q25.1	Koarktation der Aorta
Q25.2	Atresie der Aorta

Q25.3	Stenose der Aorta (angeboren)
Q25.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta
Q25.5	Atresie der A. pulmonalis
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis
Q26.0	Angeborene Stenose der V. cava
Q26.1	Persistenz der linken V. cava superior
Q26.2	Totale Fehleinmündung der Lungenvenen
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen
Q26.4	Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet
Q26.5	Fehleinmündung der Pfortader
Q26.6	Fistel zwischen V. portae und A. hepatica (angeboren)
Q26.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen
Q35.1	Spalte des harten Gaumens
Q35.3	Spalte des weichen Gaumens
Q35.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens
Q37.0	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte
Q37.2	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte
Q37.8	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte
Q39.0	Ösophagusatresie ohne Fistel
Q39.1	Ösophagusatresie mit Ösophagotrachealfistel
Q39.2	Angeborene Ösophagotrachealfistel ohne Atresie
Q39.3	Angeborene Ösophagusstenose und -striktur
Q39.4	Angeborene Ösophagusmembran
Q39.5	Angeborene Dilatation des Ösophagus
Q40.0	Angeborene hypertrophische Pylorusstenose
Q40.1	Angeborene Hiatushernie
Q40.2	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Magens
Q40.3	Angeborene Fehlbildung des Magens, nicht näher bezeichnet
Q40.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des oberen Verdauungstraktes
Q40.9	Angeborene Fehlbildung des oberen Verdauungstraktes, nicht näher bezeichnet
Q41.0	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Duodenums
Q41.1	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Jejunums
Q41.2	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Ileums
Q41.8	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose sonstiger näher bezeichneter Teile des Dünndarmes
Q41.9	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dünndarmes, Teil nicht näher bezeichnet
Q42.0	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Rektums mit Fistel
Q42.1	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Rektums ohne Fistel
Q42.2	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus mit Fistel
Q42.3	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus ohne Fistel
Q42.8	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose sonstiger Teile des Dickdarmes
Q42.9	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes, Teil nicht näher bezeichnet
Q43.1	Hirschsprung-Krankheit
Q43.2	Sonstige angeborene Funktionsstörungen des Kolons
Q43.3	Angeborene Fehlbildungen, die die Darmfixation betreffen
Q43.40	Duplikatur des Dünndarmes
Q43.41	Duplikatur des Kolons
Q43.42	Duplikatur des Rektums
Q43.49	Duplikatur des Darmes, nicht näher bezeichnet
Q43.5	Ektopia ani
Q43.6	Angeborene Fistel des Rektums und des Anus
Q43.7	Kloakenpersistenz
Q43.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Darmes
Q43.9	Angeborene Fehlbildung des Darmes, nicht näher bezeichnet
Q44.0	Agenesie, Aplasie und Hypoplasie der Gallenblase
Q44.1	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallenblase
Q44.2	Atresie der Gallengänge
Q44.3	Angeborene Stenose und Striktur der Gallengänge
Q44.4	Choledochuszyste
Q44.5	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallengänge
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]
Q44.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Leber
Q45.0	Agenesie, Aplasie und Hypoplasie des Pankreas
Q45.1	Pancreas anulare
Q45.2	Angeborene Pankreaszyste
Q45.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Pankreas und des Ductus pancreaticus
Q45.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
Q65.0	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig
Q65.1	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, beidseitig
Q66.0	Pes equinovarus congenitus
Q65.2	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, nicht näher bezeichnet
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita
Q75.0	Kraniosynostose
Q75.1	Dysostosis craniofacialis
Q75.4	Dysostosis mandibulofacialis
Q75.5	Okulo-mandibulo-faziales Syndrom
Q76.1	Klippel-Feil-Syndrom
Q76.3	Angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildung
Q77.0	Achondrogenesie
Q77.1	Thanatophore Dysplasie
Q77.2	Kurzripp-Polydaktylie-Syndrome
Q77.3	Chondrodysplasia-punctata-Syndrome
Q77.4	Achondroplasie
Q77.5	Diastrophische Dysplasie
Q77.6	Chondroektodermale Dysplasie
Q77.7	Dysplasia spondyloepiphysearia
Q77.8	Sonstige Osteochondrodysplasien mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule
Q78.0	Osteogenesis imperfecta
Q78.1	Polyostotische fibröse Dysplasie [Jaffé-Lichtenstein-Syndrom]
Q78.2	Marmorknochenkrankheit
Q78.3	Progrediente diaphysäre Dysplasie
Q78.4	Enchondromatose

Q78.5	Metaphysäre Dysplasie
Q78.6	Angeborene multiple Exostosen
Q78.8	Sonstige näher bezeichnete Osteochondrodysplasien
Q79.0	Angeborene Zwerchfellhernie
Q79.2	Exomphalus
Q79.3	Gastroschisis
Q79.4	Bauchdeckenaplasie-Syndrom
Q80.0	Ichthyosis vulgaris
Q80.1	X-chromosomal-rezessive Ichthyosis
Q80.2	Lamelläre Ichthyosis
Q80.3	Bullöse kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie
Q80.4	Ichthyosis congenita gravis [Harlekinfetus]
Q80.8	Sonstige Ichthyosis congenita
Q81.0	Epidermolysis bullosa simplex
Q81.1	Epidermolysis bullosa atrophicans gravis
Q81.2	Epidermolysis bullosa dystrophica
Q81.8	Sonstige Epidermolysis bullosa
Q82.1	Xeroderma pigmentosum
Q82.4	Ektodermale Dysplasie (anhidrotisch)
Q85.0	Neurofibromatose (nicht bösartig)
Q85.1	Tuberöse (Hirn-) Sklerose
Q85.8	Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert
Q86.0	Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)
Q87.0	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes
Q87.1	Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen
Q87.2	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten
Q87.3	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vermehrtem Gewebewachstum im frühen Kindesalter
Q87.4	Marfan-Syndrom
Q87.5	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen
Q87.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q90.2	Trisomie 21, Translokation
Q91.0	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction
Q91.1	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q91.2	Trisomie 18, Translokation
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet
Q91.4	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q91.6	Trisomie 13, Translokation
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet
Q92.0	Vollständige Trisomie, meiotische Non-disjunction
Q92.1	Vollständige Trisomie, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q92.2	Partielle Trisomie, Majorform
Q92.3	Partielle Trisomie, Minorform
Q92.4	Chromosomenduplikationen, die nur in der Prometaphase sichtbar werden
Q92.5	Chromosomenduplikationen mit sonstigen komplexen Rearrangements
Q92.6	Überzählige Marker-Chromosomen
Q92.7	Triploidie und Polyloidie
Q92.8	Sonstige näher bezeichnete Trisomien und partielle Trisomien der Autosomen
Q92.9	Trisomie und partielle Trisomie der Autosomen, nicht näher bezeichnet
Q93.0	Vollständige Monosomie, meiotische Non-disjunction
Q93.1	Vollständige Monosomie, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q93.2	Ringchromosomen und dizentrische Chromosomen
Q93.3	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 4
Q93.4	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5
Q93.5	Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils
Q93.6	Deletionen, die nur in der Prometaphase sichtbar werden
Q93.7	Deletionen mit sonstigen komplexen Rearrangements
Q93.8	Sonstige Deletionen der Autosomen
Q95.2	Balanciertes Rearrangement der Autosomen beim abnormen Individuum
Q95.3	Balanciertes Rearrangement zwischen Gonosomen und Autosomen beim abnormen Individuum
S73.00	Luxation der Hüfte: Nicht näher bezeichnet
S73.01	Luxation der Hüfte: Nach posterior
S73.02	Luxation der Hüfte: Nach anterior
S73.08	Luxation der Hüfte: Sonstige
Q99.2	Fragiles X-Chromosom
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation
Z94.5	Zustand nach Hauttransplantation
Z94.6	Zustand nach Knochentransplantation
Z94.7	Zustand nach Keratoplastik
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation

* nur abrechenbar über 97 Perzentile

**nur abrechenbar ab einer Altersgrenze über 14 Jahren

Anhang 3 zu Anlage 12a		Stand: 01.01.2019
ICD Liste für sozialpädiatrische Beratung und Koordinierung		
Für die korrekte Verschlüsselung von Diagnosen und zur Diagnosestellung ist die Internationale 10. Revision, German Modification, ICD-10-GM anzuwenden wie aufgeführt unter www.dimdi.de .		
ICD-Code	ICD-Klartext	
F43.0	Akute Belastungsreaktion*	
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	
F43.2	Anpassungsstörungen*	
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung*	
F80.0	Artikulationsstörung	
F80.1	Expressive Sprachstörung	
F80.20	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung [AVWS]	
F80.28	Sonstige rezeptive Sprachstörung	
F80.3	Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]	
F80.8	Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache	
F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung	
F81.1	Isolierte Rechtschreibstörung	
F81.2	Rechenstörung	
F81.3	Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten	
F81.8	Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	
F82.0	Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik	
F82.1	Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik	
F82.2	Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik	
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	
F84.0	Frühkindlicher Autismus	
F84.1	Atypischer Autismus	
F84.2	Rett-Syndrom	
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters	
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	
F84.5	Asperger-Syndrom	
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen	
F88	Andere Entwicklungsstörungen	
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	
F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen	
F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	
F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens	
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters	
F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	
F94.0	Elektiver Mutismus	
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters*	
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung*	
F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit*	
F95.0	Vorübergehende Ticstörung	
F95.1	Chronische motorische oder vokale Ticstörung	
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]	
F95.8	Sonstige Ticstörungen	
F98.00	Enuresis nocturna	
F98.01	Enuresis diurna	
F98.02	Enuresis nocturna et diurna	
F98.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete nichtorganische Enuresis	
F98.1	Nichtorganische Enkopresis	
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter	
F98.3	Pica im Kindesalter	
F98.40	Stereotype Bewegungsstörungen: ohne Selbstverletzung	
F98.41	Stereotype Bewegungsstörungen: mit Selbstverletzung	
F98.49	Stereotype Bewegungsstörungen: ohne Angabe einer Selbstverletzung	
F98.5	Stottern [Stammeln]	
F98.6	Poltern	
F98.80	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
F98.88	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*	
T73.0	Schäden durch Hunger*	
T73.1	Schäden durch Durst*	
T73.2	Erschöpfung durch Ausgesetztsein (gegenüber Witterungsunbilden)*	
T73.8	Sonstige Schäden durch Mangel*	
T74.0	Vernachlässigen oder Imstichlassen*	
T74.1	Körperlicher Missbrauch*	
T74.2	Sexueller Missbrauch*	
T74.3	Psychischer Missbrauch*	
T74.8	Sonstige Formen des Missbrauchs von Personen*	
Z62	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung*	

* Diagnosen können max. 1 Quartal als Verdachtsdiagnose (V) einmalig innerhalb eines Arzt-Versicherten-betreungsverhältnisses (HBSNR/NBSNR) abgerechnet werden. Sofern die Diagnose in einem folgenden Quartal mit V dokumentiert wird, erfolgt keine Vergütung.

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

Vertragsarztstempel

Transition (Kinder- und Jugendarzt an Allgemeinarzt/hausärztlichen Internisten)

Name, geb.	
Diagnosen	
Soziale Situation (Familie, betreutes Wohnen, Schule, Ausbildung etc.)	
Kurzanamnese (Epikrise)	
Mitbetreuende Ärzte (<i>'Spezialisten'</i>), Kliniken, andere medizinische oder psychosoziale Einrichtungen	
Aktuelle Medikamente	
Heilmittelsituation	
Hilfsmittelversorgung (Rollstuhl, Schienen etc.)	
Impfstatus (nur Besonderheiten, wenn nicht STIKO-konform)	
Einschätzung der aktuellen gesundheitlichen Situation und Procedere (wenn erforderlich)	
Kopien wesentlicher Befunde anbei	
Mündliche (telefonische) Übergabe erforderlich? ☐ ja ☐ nein	

Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung für Kinder- und Jugendärzte

- (1) Mit der Teilnahme am HZV-Vertrag verpflichtet sich der KINDER-/JUGENDARZT unter anderem zur / zum:
 - Teilnahme an mindestens drei von der Fortbildungskommission zugelassenen Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr. Bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme muss je vollendetem Kalenderhalbjahr eine Fortbildungsveranstaltung besucht werden.
 - Teilnahme an mindestens drei Qualitätszirkelsitzungen pro Kalenderjahr. Bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme muss je vollendetem Quartal ein Qualitätszirkel besucht werden.
 - Qualifikation oder Erwerb der Qualifikation für Psychosomatik nach Maßgabe der Anlage 2a bis zum 31. Dezember 2016.
 - Aktive Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm Asthma nach § 137f SGB V.
 - Information über Änderungen, z. B. Zulassungsende oder Wegzug, spätestens 6 Monate vor Eintritt des jeweiligen Ereignisses. Wenn der HAUSARZT zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangt, ist er verpflichtet, die Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung der Managementgesellschaft anzuzeigen.
 - Vorhalten einer stets aktuellen Vertragssoftware.
- (2) Werden einzelne dieser Verpflichtungen vom KINDER-/JUGENDARZT nicht bzw. nicht vollständig erfüllt, oder die Erfüllung gegenüber der Managementgesellschaft vom KINDER-/JUGENDARZT nicht nachgewiesen, stellt dies einen Verstoß gegen die vertraglichen Verpflichtungen des KINDER-/JUGENDARZTES dar, die eine Kündigung gemäß § 8 des HZV-Vertrages zur Folge haben kann.
- (3) Stellt die Managementgesellschaft fest, dass ein KINDER-/JUGENDARZT gegen die in Absatz 1 genannten Vertragspflichten verstößt, fordert Sie ihn zur Beseitigung dieser Pflichtverletzung auf und gibt ihm innerhalb einer Frist von zwei Wochen Gelegenheit zur Stellungnahme.
- (4) Die AOK, der MEDIVERBUND und MEDI e.V. richten einen Ausschuss ein, dem die Stellungnahme des KINDER-/JUGENDARZT vorgelegt wird.

- (5) Kommt der Ausschuss zu dem einstimmigen Ergebnis, dass der KINDER-/JUGENDARZT den Pflichtverstoß nicht zu verantworten hat, wird der vertragliche Honoraranspruch nicht reduziert.
- (6) In allen anderen Fällen ist die Managementgesellschaft berechtigt, dem KINDER-/JUGENDARZT rückwirkend, ab Beginn des Pflichtverstoßes, seinen Honoraranspruch gemäß § 19 Abs. 1 i.V.m. Anlage 12a des HZV-Vertrages entsprechend des in Absatz 7 geregelten Maßnahmenkataloges zu kürzen, bis der Nachweis der Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtung erfolgt ist. Gleichzeitig ist die Managementgesellschaft entsprechend des in Absatz 7 geregelten Maßnahmenkataloges berechtigt, dem KINDER-/JUGENDARZT gegenüber aufgrund seiner Pflichtverletzung die Kündigung gemäß § 8 des HZV-Vertrages auszusprechen.
- (7) Aus dem nachfolgenden Maßnahmenkatalog ergeben sich die Folgen für den KINDER-/JUGENDARZT bei Nichterfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen gemäß Absatz 1 dieser Anlage:

Teilnahme- voraussetzung	Prüfungs- zeitraum	Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung und ohne Honorarkürzung im Vorjahr**	Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung und einer diesbezüglich erfolgten Honorarkürzung im vorherigen Kalenderjahr	Bein Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung und einer diesbezüglich erfolgten Honorarkürzung in den beiden vorherigen Kalenderjahren
Teilnahme an mind. drei Fortbildungsveranstaltungen für Kinder- und Jugendärzte pro Kalenderjahr (je vollendetem Kalenderhalbjahr mind. 1 Veranstaltung)	Ab 01.01.2014	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 5 EUR ab der 2. nicht absolvierten Fortbildungsveranstaltung („1 Freischuss“)	Reduzierung der ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 10 EUR ab der 1. nicht absolvierten Fortbildungsveranstaltung („kein Freischuss“)	Ordentliche Kündigung (gem. § 8 Abs. 4) und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR
Teilnahme an mind. drei Qualitätszirkel für Kinder- und Jugendärzte pro Kalenderjahr (je vollendetem Quartal mind. 1	Ab 01.01.2014	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 10 EUR ab der 2. nicht absolvierten Fortbildungsveranstaltung („1	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR ab der 1. nicht absolvierten Fortbildungsveranstaltung (kein	Ordentliche Kündigung (gem. § 8 Abs. 4) und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR

Veranstaltungen)		Freischuss“)	„Freischuss“)	
Qualifikation Psychosomatik	Ab 01.07.2016	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR	Ordentliche Kündigung gem. § 8 Abs. 4 und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR	
Teilnahme an DMP Asthma	Ab 01.01.2014	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR	Ordentliche Kündigung gem. § 8 Abs. 4 und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR
Ausstattung mit einer vertrags-spezifischen Software in der stets aktuellen Version gemäß § 5 Abs. 2	Ab 01.01.2014	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 5 EUR	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 10 EUR	Ordentliche Kündigung gem. § 8 Abs. 4 und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 15 EUR
Verstoß gegen die Meldepflicht gemäß § 6 Abs. 1-3 (keine recht-zeitige Meldung über Praxis-aufgabe, Zulas-sungsende, Wegzug aus Baden-Württem-berg etc.)	Ab 01.01.2014	Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr* um 25 EUR zum Zeitpunkt der Veränderung		

* Bei unterjähriger Versichertenteilnahme anteilmäßige Reduzierung der P1

** Diese Maßnahmen werden angewendet, wenn der KINDER-/JUGENDARZT im jeweili-gen Vorjahr die entsprechende Teilnahmevoraussetzung erfüllt hat und somit im Vorjahr keine Honorarkürzung die jeweilige Teilnahmevoraussetzung betreffend erfolgt ist.

Sozialpädiatrie- und Präventionsassistentin („SOPASS“)

Der Vergütung des im Rahmen des Pädiatrie-Moduls (Anlage 12a) vereinbarten Vergütungszuschlages (siehe HZV-Vergütungspositionen) liegen folgende Rahmenbedingungen zugrunde:

Abrechnungsvoraussetzungen für KINDER-/JUGENDÄRZTE und SOPASS

1. Allgemeine Abrechnungsvoraussetzungen

Teilnehmen können alle KINDER-/JUGENDÄRZTE, wenn sie mindestens eine/n ausgebildete und bei MEDIVERBUND gemeldete Medizinische Fachangestellte/n, Arzthelfer/-in, Krankenschwester/Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in (im Nachfolgenden gemeinsam als Medizinische/r Fachangestellte/r bezeichnet) in ihrer Praxis beschäftigen (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung).

2. Spezielle Abrechnungsvoraussetzungen

- a) Erfolgreiche Teilnahme der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) am zwischen den Vertragspartnern gemeinsam vereinbarten Weiterbildungslehrgang „PÄDIATRIE - Prävention im Kindes- und Jugendalter / Sozialpädiatrie“ in Baden-Württemberg.

Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Teilnahme am Lehrgang – insbesondere zum Curriculum des Lehrgangs, der Art und Form der erforderlichen Abschlussprüfung und der Anerkennung von zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits in anderen Bundesländern oder nach anderen Curricula ausgebildeten SOPASS – regelt der Beirat gemäß § 23 des Hauptvertrages i.V.m Anlage 18 Abs. 2 lit. h.

- b) Die MFA muss mindestens ein Jahr Vorbeschäftigungszeit in einer Kinder- und Jugendarztpraxis oder einer stationären Einrichtung vorweisen, die mit Schwerpunkt pädiatrische Leistungen erbringt. Auf diese Vorbeschäftigungszeit werden Ausbildungszeiten einer/s MFA in einer entsprechenden Facharztpraxis oder stationären Einrichtung angerechnet. Die Anstellung, das Ausscheiden sowie Unterbrechungen der Anstellung ab einem vollen Quartal (z.B. Elternzeit, Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub und sonstige Freistellungen ohne Tätigkeit) einer SOPASS sind seitens der Arztpraxis mittels des vorgeschriebenen Formvordrucks unverzüglich bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.
- c) Teilnahme der SOPASS an mindestens einem von den Vertragspartnern organisierten Qualitätszirkel pro Kalenderjahr. Wird der Zuschlag innerhalb eines Kalenderjahres in nur zwei Quartalen oder weniger abgerechnet (unterjährige SOPASS-Anerkennung zur Abrechnung), ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in diesem Kalenderjahr fakultativ.

3. Abrechnung des SOPASS-Zuschlages

Der SOPASS-Zuschlag beträgt 10 Euro pro Quartal und wird auf die *Kindervorsorge „Paed.Check“* oder *Sozialpädiatrische Beratung und Koordination* erstmalig im Folgequartal nach Eingang des Nachweises der Qualifikation gemäß Ziffer 2 lit. a) bei der Managementgesellschaft und der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Ziffer 2 lit. b) ausbezahlt.

Der SOPASS-Zuschlag erfolgt nur dann, wenn die SOPASS-Tätigkeit mindestens 50 % einer Vollzeitkraft entspricht. Pro Quartal und pro SOPASS-Vollzeitkraft (wöchentliche Arbeitszeit mind. 38,5 Stunden) werden einer Praxis bis zu 300 SOPASS-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 75 % (wöchentliche Arbeitszeit mind. 28 Stunden) werden einer Praxis bis zu 225 SOPASS-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 50 % (wöchentliche Arbeitszeit mind. 19 Stunden) werden einer Praxis bis zu 150 SOPASS-Zuschläge vergütet. Bei nicht nachgewiesener Teilnahme der SOPASS an einem Qualitätszirkel nach Ziffer 2. lit. c) bleibt der bereits ausgezahlte SOPASS-Zuschlag für das Kalenderjahr der Nichtteilnahme zunächst unangetastet. Erfolgt im anschließenden Kalenderjahr erneut keine Teilnahme an einem Qualitätszirkel, werden für beide Kalenderjahre der Nichtteilnahme die SOPASS-Zuschläge vollständig zurückgefordert und für die zukünftigen Quartale gestrichen. Erfolgt nach einer Streichung / Rückforderung eine erneute Teilnahme am Qualitätszirkel, wird der SOPASS-Zuschlag ab dem Kalenderjahr, in dem der Qualitätszirkel erstmals wieder besucht wurde, erneut in voller Höhe vergütet.

Für Quartale, in denen keine SOPASS in der Arztpraxis tätig wird (Unterbrechungen siehe Ziffer 2 lit. b)), kann kein SOPASS-Zuschlag abgerechnet werden.

Der SOPASS-Zuschlag kann nur abgerechnet werden, wenn die Aufgaben gemäß beiliegender Aufgabenübersicht entsprechend beachtet und umgesetzt werden.

4. Prüfung der Abrechnungsvoraussetzungen

Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, die erfolgreiche Qualifizierung der SOPASS zu überprüfen und stellt den Vertragspartnern die Zertifikate, Nachweise über Anstellung und den Tätigkeitsumfang sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln gemäß Nr. 2 lit. c) im Rahmen eines zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Verfahrens zur Verfügung.

Grundverständnis

Die SOPASS unterstützt die Versorgung von Kindern- und Jugendlichen zu Lebensstilveränderungen und Krankheitsbewältigung u.a. durch praktische Tipps und Motivation.

Ziel ist, gesundheitliche Schäden abzuwenden durch entsprechendes Problembewusstsein für Verhaltensänderungen.

Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter wirken sich in hohem Maße auf die Gesundheit im späteren Erwachsenenalter aus.

Zudem zählen die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (»U-Untersuchungen«) zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindesalter.

In der GBDStudie aus dem Jahr 2010 werden Ernährung, Übergewicht, Bluthochdruck und das Rauchen als wichtigste Risikofaktoren für die vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland genannt. Sogenannte vermeidbare Sterbefälle hätten bei angemessener Prävention oder Therapie der Erkrankung verhindert werden können.

Die Patientenedukation und -kommunikation sind daher Schlüsselaufgaben nicht nur für die Beziehung zwischen Patient, Arzt und Praxispersonal, sondern auch für die Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Patientensicherheit.

1. Gemäß SVR sind **Koordination und Kooperation** zu fördern als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung
www.svr-gesundheit.de
2. **Biopsychosoziale und evidenzbasiertes Versorgungsprinzip** gemäß unserer Philosophie auch zur Prävention
(Primär, Sekundär, Tertiär – Prof. Hurrelmann: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Huber Verlag, 4. Auflage)
3. Besonderer Schwerpunkt ist die **nicht-medikamentöse** Betreuung und damit hier besonders relevant die Umsetzung zu präventiven Maßnahmen:
diese basieren auch in der Pädiatrie gemäß **Versorgungsepidemiologie** vor allem auf der Gesundheitsberichtserstattung des Robert Koch Instituts www.rki.de/gesundheitsbericht.

Quellen:

W. Banzer Hrsg Körperliche Aktivität und Gesundheit Springer-Verlag 2017

Herold Innere Medizin 2020

Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 71. Jahrgang 4/2020

Thomas Hausen Pneumologie für die Praxis Urban & Fischer 2018

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheits_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile

Allgemeine Aufgaben der SOPASS sind	obligatorisch	nicht obligatorisch
Feste erste Ansprechpartnerin für Patienten und Angehörigen; niederschwellige Ansprechpartnerin	X	
Strukturiertes Vorgespräch in der Sprechstunde mit Notizen, mitgebrachte Befunde und Bilder sichten und sortieren, Arztgespräch vorbereiten, Fragen notieren, Verlaufsdokumentation für das entsprechende Krankheitsbild erstellen	X	
Hilfestellung bei und Auswertung von Fragebogenverfahren	X	
Planung, Durchführung und Auswertung von Entwicklungstests der Basis-Klasse		X
Erfragung von Risikofaktoren (z.B. amblyogene Risikofaktoren)	X	
Beratung von Pat. und Angehörigen zur Prophylaxe (z.B. Vitamin D, Fluorid, Impfungen)	X	
motivationale Beratung zur (sekundären) Prävention von Krankheiten und Kindersterblichkeit vor allem zu Ernährung, Übergewicht, Bluthochdruck, körperlicher Aktivität und Rauchen, auch im Kontext exzessiver Mediennutzung gemäß RKI mittels AOK Gesundheitsangebote und • körperlicher Aktivität mindestens 60 Minuten mäßig bis anstrengende Intensität pro Tag bei 5-17-jährigen gemäß WHO • Rauchstoppberatung auch www.rauch-frei.info • Ernährung/Gewichtsoptimierung auch www.dge.de/ernaehrungspraxis/bevoelkerungsgruppen/kinder-jugendliche/	X	
Hinweise auf Angebote der Krankenkasse zur Mitbetreuung und Aufzeigen spezifischer nicht-medikamentöse Angebote (z.B. Autorefraktometrie) über Gesundheitsangebote der AOK, im AOK Gesundheitszentrum (beim AOK-Präventionsberater) oder Online www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/	X	
Ergänzende Beratung zu psychosozialen Fragen, Vorsorge z.B. Rehabilitation, frühe Hilfen, Schwerbehindertenrecht, Nachteilsausgleich	X	
Beratung von Angehörigen und Betreuern		X
Bei Bedarf Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK	X	
Terminvergabe für ihre Patienten zu festgelegten Zeiten, (z.B. 1 Std / Woche) / ggf. Verschicken eines Fragebogens bei Terminvergabe	X	
Unterstützung der korrekten Kodierung bzw. Überprüfung der korrekten Dokumentation der spezifischen endstelligen ICD-Kodierung auch bei relevanten Begleiterkrankungen, gemäß dimdi	X	
Kontakt zu Selbsthilfegruppen pflegen, Vermittlung von Patienten an Selbsthilfegruppen z.B. über Flyer		X
Organisation und ggf. Mitgestaltung von Patientenschulungen		X
Patienteninformationen und Abrechnung	X	
Kontakt zu hausärztlich-pädiatrischen Praxen pflegen, an QZ der SOPASS teilnehmen	X	

Stufenmodell Adipositasprävention und -therapie im Kindes- und Jugendalter – STARKIDS

STARKIDS ist ein gemeinsames Projekt der im Hauptvertrag genannten Vertragspartner des HZV-Vertrages, der Abteilungen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Innere Medizin der Universitätsklinik Tübingen, der Universität Tübingen, des Landesgesundheitsamts und der Gesundheitsämter Baden-Württemberg, des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim und des CES-Verlags Heidelberg.

Das Vorhaben STARKIDS wird gemäß § 92a Abs. 1 SGB V unter dem Förderkennzeichen 01NVF18013 vom Innovationsfonds gefördert.

Im Rahmen von STARKIDS wird ein ambulantes, strukturiertes, niederschwelliges, bedarfsgerechtes und nachhaltiges Versorgungsmodell für Familien mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren etabliert, die von Übergewicht/Adipositas betroffen sind. STARKIDS beinhaltet ein digital gestütztes und strukturiertes Schulungsprogramm, das in KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN durchgeführt wird, sowie ein persönliches Online-Portal, das die Familien im Alltag begleitet. Das Ziel ist es, die Familien bei einer gesunden Gewichtsentwicklung zu unterstützen, um die Verringerung von Übergewicht/ Adipositas und der damit verbundenen Begleit- und Folgeerkrankungen, sowie die Verbesserung der Lebensqualität und der psychosozialen und sozioökonomischen Teilhabe erzielen zu können.

Für die erfolgreiche Durchführung von STARKIDS ist die aktive Teilnahme von 100 HZV KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN erforderlich.

Die KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN werden bei Studienteilnahme mittels Cluster-Randomisierung durch das Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie des Universitätsklinikums Tübingen der Interventions- (neue Behandlungsform) oder der Kontrollgruppe (einmalige Basisberatung und Regelversorgung) zugeordnet.

Folgende Rahmenbedingungen gelten für die Teilnahme und Vergütung der KINDER-/JUGEND-ÄRZTE:

I. Teilnahmevoraussetzungen KINDER- und JUGENDARZT

An STARKIDS können alle am HZV-Vertrag teilnehmenden KINDER-/JUGENDÄRZTE, die im Pädiatrie-Modul eingeschrieben und zur Abrechnung gemäß Anlage 12a des HZV-Vertrags berechtigt sind teilnehmen.

Eine weitere Teilnahmevoraussetzung ist der Besuch der Einführungsschulung zu STARKIDS durch den KINDER-/JUGENDARZT und min. ein/e MFA der Praxis.

Die Teilnahme ist zunächst auf 100 HZV-Praxen (BSNR) begrenzt. Dadurch besteht kein automatischer Anspruch auf Teilnahme. Berücksichtigt werden die ersten 100 KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN, die ihre Teilnahme mittels Teilnahme- und Einwilligungserklärung gegenüber der Studienzentrale des Projekts gemäß Förderbescheid vom 16.01.2019 (i.d.F. des geltenden Änderungsbescheides vom 15.10.2019) verbindlich erklären und die Einführungsschulung besucht haben (Kontroll- und Interventionsgruppe). Die Projektpartner von STARKIDS stimmen sich zum weiteren Vorgehen ab, sofern die genannte Anzahl von teilnehmenden KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN unter- oder überschritten wird. Eine Erhöhung der Anzahl teilnehmender KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN kann beispielsweise gerechtfertigt sein, wenn die für die Evaluation erforderliche Anzahl von teilnehmenden Versicherten nicht erreicht wird.

II. Einschreibung von Versicherten

Grundsätzlich können alle bei KINDER-/JUGENDÄRZTEN eingeschriebenen Versicherten in einem Alter von 3 bis 17 Jahren mit Übergewicht (Body Mass Index (BMI) > 90. Perzentil) oder Adipositas (BMI > 97. Perzentil) ohne relevante Vortherapie an STARKIDS teilnehmen, sofern deren KINDER-/JUGENDARZT ebenfalls an STARKIDS teilnimmt. Eine Einschreibung der Versicherten ist sowohl bei der Interventionsgruppe als auch bei der Kontrollgruppe notwendig. Die Zuordnung der Versicherten zur Kontroll- bzw. Interventionsgruppe entspricht der Gruppenzuordnung ihres KINDER-/JUGENDARZTES. Bei Kindern unter 14 Jahren ist die Begleitung von mindestens einem Elternteil erforderlich. Mit entsprechender Vollmacht kann auch eine andere volljährige Person das Kind begleiten. Jugendliche ab 14 Jahren benötigen die Einverständniserklärung einer erziehungsberechtigten Person, um das STARKIDS-Programm alleine nutzen zu können. Die Begleitung durch mindestens ein Elternteil ist jedoch auch bei Jugendlichen ab 14 Jahren wünschenswert. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig.

Die Einschreibung von Versicherten erfolgt über den KINDER-/JUGENDARZT. Der/Die Erziehungsberechtigte/n der/s Versicherten erklärt/en durch Abgabe einer schriftlichen Teilnahmeerklärung und einer datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung die eigene Teilnahme sowie die Teilnahme des Kindes/Jugendlichen an STARKIDS. Es wird die Einschreibung von 1.000 Kindern/Jugendlichen und deren Familien angestrebt.

Die Originale der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen werden durch die KINDER- und JUGENDARZTPRAXIS gebündelt an die Studienzentrale übersandt. Dort werden die Dokumente datenschutzsicher aufbewahrt. Das Nähere vereinbaren die Vertragspartner gesondert.

III. Interventionsdauer

Der Interventionszeitraum erstreckt sich vom 01.03.2022 bis zum 30.06.2024. In diesem Zeitraum können die Leistungen im Rahmen von STARKIDS erbracht werden.

IV. Abrechnung

Die am Projekt STARKIDS teilnehmenden KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN, die der Interventionsgruppe zugeteilt wurden, erhalten nach Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung ein Praxisstrukturmerkmal, welches zur Abrechnung der STARKIDS-Leistung berechtigt. Hierfür übermittelt die Studienzentrale gebündelt in regelhaften Abständen von sechs bis acht Wochen ein Verzeichnis aller zum Projekt STARKIDS zugelassenen KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN. Das Nähere hierzu regeln die Projektpartner gesondert.

Je teilnehmender Familie/Versicherten sind fünf Einzel-Präsenzs Schulungen zum STARKIDS-Schulungsprogramm im Abstand von drei Monaten durch die/den vom Studienteam geschulte/n Medizinische/n Fachangestellte/n durchzuführen. Bei fehlendem oder unzureichendem Therapieerfolg kann optional eine sechste Präsenzs Schulung stattfinden. Am Projekt STARKIDS teilnehmende KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN der Interventionsgruppe erhalten 90,00 EUR für die Durchführung einer Präsenzs Schulung à 90 Minuten (davon ca. 30 Minuten Vor- und Nachbereitung). Die Ziffer „KJST“ ist somit maximal sechs Mal je Versicherten, durch die der Interventionsgruppe zugeordneten KINDER- und JUGENDARZTPRAXEN abrechenbar, die das Praxisstrukturmerkmal erhalten haben.

Weitere in dem Projekt STARKIDS beinhaltete Vergütungen der teilnehmenden KINDER-/JUGENDÄRZTE werden über die Studienzentrale, das Universitätsklinikum Tübingen, abgerechnet und sind somit nicht Inhalt dieser Vereinbarung. Hierzu zählen die Aufwandsentschädigung für den Besuch der Einführungsschulung zu STARKIDS durch das Praxis-Team sowie die Evaluationspauschale, welche sowohl Praxen der Interventionsgruppe als auch der Kontrollgruppe für die studienbedingten Aufwände je teilnehmendem Versicherten erhalten.

Klimaresiliente Versorgung

Inhalt

Präambel/Definition	2
I. Allgemeine Grundlagen zu Klimawandel & Gesundheit.....	3
II. Beispiele für die medizinische Versorgung im Praxisalltag.....	7
1. Temperaturextreme: Hitzeassoziierte sowie Kälteassoziierte Gesundheitsprobleme	7
2. Körperliche Aktivität fördern	13
3. Ernährung und Klimaschutz.....	15
4. Rauchstopp fördern	18
5. Prävention durch Impfschutz.....	19
6. Ansätze einer klimaresilienten Versorgung am Beispiel ausgewählter Krankheitsbilder	20
Literaturverzeichnis (I+ II)	23
III. Fokus der klimaresilienten Versorgung von Kindern und Jugendlichenim pädiatrischen Modul der HzV	28
1. Kinder als vulnerable Gruppe.....	28
2. Umweltstressoren	29
3. Extremwetterereignisse, Temperaturextreme und UV-Strahlung	30
4. Fokus Pädiatrie: Körperliche Aktivität fördern.....	31
5. Fokus Pädiatrie: Rauchen und Klima	31
6. Fokus Pädiatrie: Prävention durch Impfschutz	32
7. Fokus Pädiatrie: Psychische Belastung.....	32
Literaturverzeichnis (von Abschnitt III).....	34

Präambel/Definition

Bereits 2009 hat die Lancet Kommission zu Gesundheit und Klimawandel festgestellt, dass der Klimawandel die größte Bedrohung für die globale Gesundheit im 21. Jahrhundert darstellt (Costello et al. 2009).

Der Klimawandel ist somit nicht „nur“ ein Umweltphänomen, sondern bringt auch gravierende Folgen für die Gesundheit mit sich – ökologische Krisen werden gesundheitliche Krisen (Barrett et al. 2015).

2015 legte die Lancet Kommission dar, dass der Kampf gegen den Klimawandel aber auch die größte Chance für die globale Gesundheit im 21. Jahrhundert sein kann. (Watts et al. 2015a)

„Ein klimaresilientes Gesundheitssystem ist dazu fähig, klimabedingte Erschütterungen und Belastungen vorauszusehen, auf sie zu reagieren, mit ihnen umzugehen, sich von ihnen zu erholen und sich an sie anzupassen.

Damit sorgt ein solches Gesundheitssystem trotz instabiler klimatischer Bedingungen für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung.“ (WHO 2015)

§1

Ziele der klimaresilienten Versorgung

Die klimaresiliente Versorgung setzt den Fokus auf den biopsychosozialen Ansatz, Patienten und deren Angehörige in der Hausarztpraxis sowie in der Kinder- und Jugendarztpraxis über die Zusammenhänge von Klima und Gesundheit verstärkt zu informieren und aufzuklären, v.a. Patienten mit erhöhter Klimavulnerabilität, z.B. mit chronischen Erkrankungen und Risikofaktoren zum Lebensstil oder Kinder.

HZV/BVKJ-Teilnehmer, insbesondere Patienten mit erhöhter Klimavulnerabilität (z.B. bei chronischen Erkrankungen oder Kinder mit deren Angehörigen) erhalten Informationen und Motivation zum Umgang mit ihrer Erkrankung, bzw. zu Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten und dem damit verbundenen Klima- und Gesundheitsschutz sowie zu Gesundheitskompetenz bei Temperaturextremen und anderen Auswirkungen des Klimawandels.

Daraus resultieren beispielsweise

- eine höhere Gesundheitskompetenz zum Thema Klima und Gesundheit;
- u.a. mehr biopsychosoziale Eigenkompetenz im Alltag, situativ z.B. Teilnahme an AOK-Angeboten zu Bewegung und Gesundheit, Präventionsberatung, Sozialer Dienst; digital wie analog;
- steigende Schutzimpfungen vor allem auch zu Influenza und Pneumokokken gemäß STIKO/RKI [www.rki.de] insbesondere auch bei Patienten, die in feinstaubbelasteten Regionen leben und entsprechende Risikofaktoren und Morbidität aufweisen sowie bei Kindern und Jugendlichen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission

§2

Vergütung

Der Zuschlag klimaresiliente Versorgung in Zusammenhang mit den Kindervorsorgeuntersuchungen U6, U7, U8, U9, U10, U11, J1 und J2 wird automatisch auf die jeweilige Abrechnungsziffer der U-Untersuchung KJU6 – KJJ2 aufgeschlagen, sofern MEDIVERBUND der Nachweis des KINDER- UND

JUGENDARZT und eines Teammitglieds zu einer Schulung mit Schwerpunkt „Klima und Gesundheit“ vorliegt.

Das Teammitglied muss mit einem Stundenumfang von mind. 19h pro Woche in der Hausarztpraxis angestellt sein.

§3 Versorgungsinhalte

I. Allgemeine Grundlagen zu Klimawandel & Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet den Klimawandel als „die größte Gesundheitsbedrohung für die Menschheit“. Der Klimawandel nimmt auf vielen Wegen Einfluss auf die Gesundheit – wie zum Beispiel durch veränderte Wetterbedingungen oder Extremwetterereignisse. Dadurch kann z.B. nicht nur das Risiko für Infektionskrankheiten steigen, sondern auch für nichtübertragbare chronische Erkrankungen.

Als Ursachen gelten überwiegend durch den Menschen herbeigeführte Umweltbelastungen, wie insbesondere die Emission von Kohlendioxid (CO₂) und anderen Treibhausgasen [RKI.de (1)].

Der Klimawandel führt nachweislich vermehrt zu extremer Hitze am Tag und in der Nacht [Umweltbundesamt.de (1)]

Seit etwa Mitte des vergangenen Jahrhunderts kommt es zu einem dramatischen Anstieg der Häufigkeit nicht übertragbaren chronischen Krankheiten.

Ursache dieser Entwicklung ist wesentlich auch das Zusammenspiel des sog. tödlichen Quartetts Fehlernährung, Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum in einer Gesellschaft des längeren Lebens, letzteres von Geburt an in den Industrienationen (Sachverständigenrat Medizin, 2009).

Nikotinabusus ist das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Neben den direkten gesundheitlichen Auswirkungen produziert die Tabakindustrie jährlich rund 84 Millionen Tonnen CO₂ [RKI.de (2)].

Ein Teil der Treibhausgase (ca. 8%) stammt aus der Landwirtschaft. Eine pflanzenbasierte (gegenüber tierbasierter) Ernährung wirkt sich positiv auf alle Treibhausgase und die Entwicklung nichtübertragbarer chronischer Erkrankungen aus [UN.org; WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease, 2021; Umweltbundesamt.de (2)]

Der Verkehr hat nach der Industrie und der Energieerzeugung mit rund 20% den drittgrößten Anteil an Treibhausgasen. Körperliche Aktivität demgegenüber, wie z.B. Radfahren und Laufen, vermindert nichtübertragbare chronische Erkrankungen und Treibhausgase (Radfahren statt Auto etc.) (Deutscher Bundestag, 2022); [WHO.int (2)]

Zu den primären Gesundheitsrisiken des Klimawandels zählen Risiken mit direkten Konsequenzen für die menschliche Gesundheit (Gislason, 2015; Haines u. Ebi, 2019). Solche unmittelbaren Schädigungen werden hervorgerufen durch

- extreme Temperaturen (Hitze, Kälte),
- Extremwetterereignisse (Starkregen, Fluten, Stürme, Brände, Dürren),
- Luftverschmutzungen im Innen- und Außenbereich sowie ultraviolette Strahlung.

Ökosystemvermittelte Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit umfassen biologische, physikalische und ökologische Veränderungen. Dazu gehören verminderte landwirtschaftliche Erträge, Verdünnungen von Nährstoffen in wichtigen Nahrungspflanzen, erschwerter Zugang zu sauberem Wasser und die Verstärkung von Vektorübertragenen Infektionskrankheiten.

Diese Folgen für die menschliche Gesundheit können sowohl durch die abrupten Phänomene des Klimawandels als auch durch Langzeitfolgen hervorgerufen werden (McMichael u. Anthony, 2013). (Siehe auch Abbildung 1).

Die Zusammenhänge zwischen Wetter, Klima und Gesundheit werden durch die Umgebung, in der die Menschen leben, noch verstärkt. Wenn Maßnahmen umgesetzt werden, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, steckt gerade im urbanen Setting eine starke transformative Kraft, denn Klima-, Gesundheits- und ökonomische Ziele verstärken sich gegenseitig (Triple-win-Situation). (Günster et al, 2021)

In dieser kritischen Phase nimmt der Gesundheitssektor eine zentrale Rolle ein (Bobbert 2020). Ärzte und anderes Gesundheitspersonal können die Risiken des Klimawandels für die menschliche Gesundheit kommunizieren und damit ein Gefühl der Betroffenheit erzeugen, das Grundlage für ein verstärktes Klimaschutzengagement werden kann.

Es besteht weiterhin deutlicher Informationsbedarf zu den gesundheitlichen Risiken des Klimawandels in der Gesellschaft, insbesondere mit Blick auf Präventions- und Anpassungsmöglichkeiten des Einzelnen. (Günster et al, 2021)

Befähigung von Gesundheitspersonal im Bereich Klimawandel und Gesundheit, z.B. durch Integration in Aus- und Weiterbildung wird als eine Komponente von klimaresilienten Gesundheitssystemen angesehen. (WHO, 2015)

Tab. 1 Auswahl gesundheitlicher Auswirkungen des Klimawandels (Pop-Jordanova u. Grigorova 2015, Creative Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0)

Klimaereignis	Auswirkungen der Klimaereignisse	Gesundheits-Outcomes
Hitzewellen	Zunahme des Ozons auf Bodenhöhe, Pollen	Hitzestress, kardiovaskuläre, metabolische und respiratorische Morbidität (z.B. Schlaganfall, Exazerbation von Atemwegserkrankungen)
erhöhte Durchschnittstemperatur	vermehrt günstige Bedingungen für Krankheitsüberträger (z.B. Mücken, Zecken) vermehrt günstige Bedingungen für Infektionskrankheitserreger (z.B. Bakterien)	Vektorübertragene Krankheiten (z.B. Borreliose, Malaria, Dengue), Lebensmittelvergiftungen, Infektionskrankheiten (z.B. Cholera)
Ozonabbau	UV-Strahlung	Haut- und Augenkrankheiten
Dürre	Wasser-/Nahrungsmittelknappheit, verminderte Wassersicherheit	Dehydrierung, Malnutrition, über das Wasser übertragene Krankheiten
extreme Wetterereignisse	Bevölkerungsbewegung, verminderte Lebensmittel- und Wassersicherheit	Verletzungen, Ertrinken, Konflikte, über das Wasser übertragene Krankheiten, Malnutrition
Anstieg des Meeresspiegels	Bevölkerungsbewegung, Wasser-/Bodenversalzung	Verletzungen, Ertrinken, Konflikte, Dehydrierung, Malnutrition
allgemeine Folgen des Klimawandels	Stress	psychische Gesundheit

Abbildung 1: Auszug aus dem Wido Klimareport, S. 178 (Günster et al, 2021)

Nichtübertragbare chronische Erkrankungen und das Klima

Chronische Krankheiten zählen heute in den Industriestaaten, zunehmend jedoch auch in den weniger wohlhabenden Ländern, zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen.

Insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen und Diabetes mellitus sind weit verbreitet und beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit.

Im Zuge des medizinischen Fortschritts und des demographischen Wandels treten zunehmend Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) auf, insbesondere im höheren Alter [RKI.de (3)].

Insgesamt machen nichtübertragbare Krankheiten weltweit 71% aller Todesfälle aus, in Deutschland sind es sogar über 90%.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus stehen hier im Vordergrund.

Aktuelle Daten der Global Burden of Disease Studie zeigen, dass noch andere Krankheiten wie z.B. psychische Störungen und Suchterkrankungen relevant sind, wenn sowohl durch Tod verlorene Lebensjahre als auch in gesundheitlicher Einschränkung verbrachte Lebensjahre berücksichtigt werden [RKI.de (4)].

Deutschland ist unter den Top 5 der OECD-Staaten bezüglich der Ausgaben für Gesundheit. Bei den Health Outcomes hat Deutschland jedoch gemischte Ergebnisse (siehe Abbildung 2).

- Bei der Lebenserwartung (81,1 Jahre) und den vermeidbaren Sterbefällen ist Deutschland etwas besser als der OECD-Schnitt. Deutschland liegt diesbezüglich jedoch hinter vielen anderen westeuropäischen Staaten.
- Die Risikofaktoren Rauchen, Alkoholkonsum und Übergewicht/Adipositas liegen über dem OECD Schnitt.
- Vermeidbare Krankenhauseinweisungen für chronische Erkrankungen, die effektiv in der Primärversorgung behandelt werden sollten, liegen im oberen Drittel der OECD Staaten.
- Die jüngst verfügbaren Daten zeigen, dass 60% der deutschen Erwachsenen übergewichtig oder adipös sind – ein Anteil, der leicht über dem Schnitt der OECD-Staaten liegt (56%). Dieser Anteil ist im letzten Jahrzehnt angestiegen. (OECD, Health at a glance: 2019)

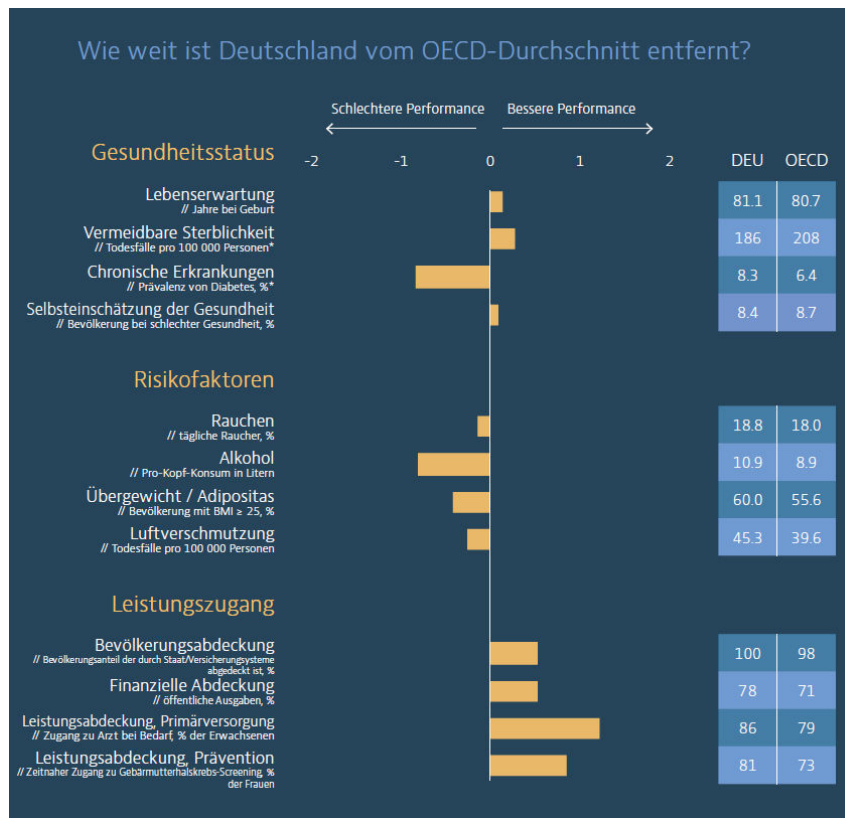


Abbildung 2: Auszug aus OECD Health at a glance

Potenzielle Inhalte der klimaresilienten Versorgung werden nachfolgend aufgelistet:

Die Klimakrise hat vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit, welche in der folgenden Grafik dargestellt sind:

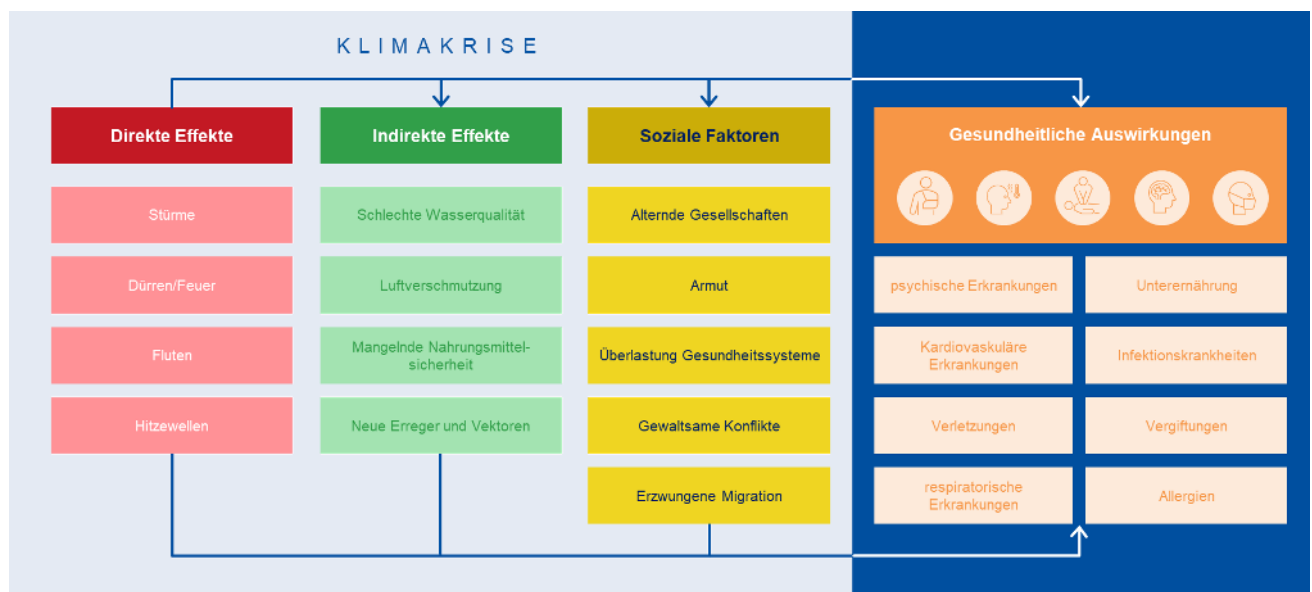


Abbildung 3: adaptiert nach Watts et al. 2015a.

Lebensstilveränderungen im Bereich Ernährung, Mobilität und Wohnen können bei jedem Einzelnen direkt zu gesundheitlichen Vorteilen führen (Günster et al, 2021).

Im Folgenden werden beispielhaft vier Schwerpunkte (Temperaturextreme, körperliche Aktivität, Ernährung und Rauchstopp) für die klimaresiliente Versorgung sowie eine Übersicht über verschiedene Erkrankungen und die möglichen Beratungs- und Leistungsinhalte vorgestellt.

II. Beispiele für die medizinische Versorgung im Praxisalltag

1. Temperaturextreme: Hitzeassoziierte sowie Kälteassoziierte Gesundheitsprobleme

Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass sowohl hohe als auch niedrige Umgebungstemperaturen mit einer erhöhten Sterblichkeit der Bevölkerung verbunden sind (Robert Koch Institut (RKI), 2010)

Bei fortschreitendem Klimawandel ist für die Zukunft zu erwarten, dass in Deutschland häufigere, längere und stärkere Hitzewellen auftreten.

Für ein moderates Szenario, das einen Anstieg der globalen Mitteltemperatur von etwa 3°C bis Ende des Jahrhunderts vorhersieht, kommt eine Studie unter Federführung des Deutschen Wetterdienstes zu dem Schluss, dass Hitzewellen dreimal häufiger auftreten, 25% länger andauern und etwa 1°C wärmer ausfallen werden (Zacharias et al., 2015). Eine andere Studie findet, dass sich die Anzahl der Hitzewellentage in Deutschland schon bis Mitte des Jahrhunderts (2021–2050) verdrei- bis versechsfachen könnte und dass Hitzewellen zum Ende des Jahrhunderts 3°C bis 4°C wärmer ausfallen könnten (Fischer u. Schär, 2010).

Eine Zunahme und Verstärkung von Hitzewellen dieser Größenordnung stellt ein signifikantes Gesundheitsrisiko dar, insbesondere in Bezug auf die mögliche Erhöhung von hitzebedingter Morbidität und Mortalität. (Günster et al, 2021)

1.1 Hitzeassoziierte Gesundheitsprobleme

Physiologische Mechanismen und epidemiologische Evidenz belegen den Zusammenhang von extremen Temperaturen und einer erhöhten Mortalität, der sich mit der demografischen Alterung der Gesellschaft weiter verschärfen wird. (Günster et al, 2021)

Einige Untersucher haben erhöhte Mortalitäts-Risiken in Bezug auf kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen festgestellt. Auch bei anderen Grunderkrankungen, wie Diabetes, bei Fettleibigkeit und Bluthochdruck und bei vorbestehenden psychiatrischen Störungen, bestehen erhöhte Mortalitätsrisiken nach Hitzebelastungen. Im Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen stehen – unter den Bedingungen zusätzlicher Hitzebelastungen – die Todesursachen Herzinfarkt, ischämische Herzkrankheit und kongestive Herzinsuffizienz im Vordergrund. (Robert Koch Institut (RKI), 2010)

Die höchsten Risiken wurden in der Gruppe der über 90-Jährigen, der über 85-Jährigen, über 75-Jährigen, 70-Jährigen oder über 65-Jährigen ermittelt. Aber auch für andere Altersgruppen, wie Kinder unter 15 Jahren, Kinder die fünf Jahre und jünger waren und auch für Kleinkinder im Alter von einem Jahr und darunter wurden erhöhte Mortalitätsrisiken nach Hitzestress nachgewiesen. In Europa sind in der Regel Frauen stärker von der Wärmebelastung betroffen als Männer. (Robert Koch Institut (RKI), 2010)

Hitzebedingte Erkrankungen wie den Hitzeausschlag, Hitzeödeme, Hitzeohnmacht, Hitzekrämpfe, Hitzeerschöpfung bis zum Hitzschlag können jeden treffen, unabhängig ob gesund, krank, jung oder alt. Innerhalb der klimaresilienten Versorgung sollte eine Aufklärung zu den verschiedenen Krankheitsbildern und ihrer Prävention erfolgen.

Des Weiteren wirkt sich Hitze auf bereits bestehende akute oder chronische Erkrankungen aus, beispielsweise kann Hitze eine Herz- oder Niereninsuffizienz verschlechtern oder auch zur Dekompensation führen. Andererseits können Erkrankungen auch die Anpassungsfähigkeit des Einzelnen an die Hitze einschränken.

Es gibt große Unterschiede in der regionalen Anfälligkeit gegenüber gesundheitlichen Hitzeschäden, was im Rahmen von lokalen Anpassungsstrategien und Schutzprogrammen berücksichtigt werden muss. Hochrechnungen zeigen, dass ein ungebremsster Temperaturanstieg bis 2100 einen deutlichen Anstieg der hitzebedingten Hospitalisierungen erwarten lässt. (Günster et al, 2021). So stellen Hitzetage mit Temperaturen von mindestens 30°C für etwa ein Viertel der AOK-Versicherten über 65 Jahre ein erhöhtes Risiko einer Hospitalisierung dar. (Günster et al, 2021)

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten akuten Erkrankungen erhöhen beispielsweise durch verminderte Fähigkeit zur Regulierung der Körpertemperatur oder durch vermehrten Flüssigkeitsverlust das Risiko für hitzebedingte Gesundheitsschäden.

Bei den aufgeführten chronischen Erkrankungen kann die Steigerung der Hautdurchblutung zur Wärmeabgabe behindert sein oder die Fähigkeit des Körpers, die Gefäßweite zu regulieren (Herrmann et al., 2019), eingeschränkt sein. Dadurch kann der Körper die Wärme schlechter abgeben.

Morbidität: Negative Auswirkungen/Gefahren von Hitze:

- auf Herzinfarktmorbidität und -mortalität, aber auch auf Schlaganfallhäufigkeit und andere Akutmanifestationen von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**. Besonders gefährdet sind Patienten in höherem Lebensalter und mit vorbestehenden Komorbiditäten
- Die Ergebnisse zeigen, dass Hitzetage für etwa ein Viertel der über 65-Jährigen ein deutlich **erhöhtes Risiko einer Hospitalisierung** darstellen. Die besonders vulnerablen Versicherten sind im Durchschnitt häufiger männlich und leiden neben anderen chronischen Vorerkrankungen verstärkt unter Demenz und Alzheimer
- Bei Temperaturen über 30°C zeigte sich ein **erhöhtes Mortalitätsrisiko** in Pflegestufe 2 und 3 im Pflegeheim sowie in Pflegestufe 3 bei zuhause lebenden Älteren
- Es ist vorstellbar, dass es zu Interaktionen und Synergien von Lufttemperatur und Luftschadstoffen kommt
- Die Zahl der Allergiker:innen in Deutschland und Mitteleuropa steigt stetig. Diese Entwicklung wird durch den Klimawandel noch verstärkt. Durch den Klimawandel verändern sich Verbreitung, Menge und Allergenität der Pollen. Die Zunahme extremer Wetterereignisse könnte zu vermehrten Komplikationen für Asthmatiker:innen führen. Diese können in erster Linie durch die Inanspruchnahme einer Therapie der Verschlimmerung ihrer Erkrankung vorbeugen, aber auch selbst Maßnahmen zur Anpassung an klimabedingte Veränderungen ergreifen (Günster et al, 2021)
- Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Hitze ist mit steigenden Zahlen von psychiatrischen Notfällen und Aufnahmen in psychiatrische Kliniken assoziiert. Die psychische Morbidität während Hitzewellen ist um 6,4% erhöht (Walinski et al, 2023)

Tab. 1 Risikogruppen und Risikofaktoren für Dehydration bei Hitze (in Anlehnung an BMUB 2017)

Personengruppe	Risikofaktor Hitze
ältere Menschen	verringerte Fähigkeit des Körpers zur Hitzeregulierung und verringertes Durstgefühl
isoliert lebende Menschen	Fehlen von sozialer Kontrolle und Hilfsangeboten
pflegebedürftige Menschen	gesundheitliche Beeinträchtigungen, die Handlungsmöglichkeiten einschränken; teilweise erhöhtes Risiko durch Erkrankungen
Personen mit starkem Übergewicht	zusätzliche Belastung des Körpers bei Hitze durch das Übergewicht
Menschen mit chronischen Erkrankungen	Schwierigkeit des Körpers, extreme Situationen zusätzlich zu meistern
Menschen mit fieberhaften Erkrankungen	Hitzeabgabe des Körpers bei Hitze im Zimmer schwieriger
Menschen mit Demenz	adäquate Reaktion auf extreme Situationen nicht möglich; Aufnahme von genügend Flüssigkeit insbesondere schwierig
Menschen, die bestimmte Medikamente einnehmen	Veränderung der Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten (eine Anpassung kann sinnvoll sein)
Personen, die thermophysiologische Anpassungsprobleme haben	unterschiedliche Reaktion auf Hitze von einzelnen Menschen
Säuglinge und Kleinkinder	hohe Empfindlichkeit; Maßnahmen für Hitze- und UV-Schutz sind durch Aufsichtspersonen erforderlich

Abbildung 4: Auszug aus dem Wido Klimareport S. 195 (Hochschule für Pflegewissenschaft; Günster et al, 2021)

Personen höheren Alters leiden häufiger an chronischen Krankheiten und ihre Anpassungsfähigkeit an hohe Temperaturen ist vermindert. Dadurch kann es bei dieser Personengruppe zu einer Entgleisung von nur grenzwertig kompensierten Störungen der Körperfunktionen kommen. (Becker et al, 2019) Die geringere altersbedingte Anpassungsfähigkeit des älteren Menschen an Hitze ist beispielsweise bedingt durch eine schlechtere Hautdurchblutung zur Wärmeabgabe oder auch eine verminderte Fähigkeit zu schwitzen. Bei den älteren Personen sind besonders alleinlebende Personen in hohem und sehr hohem Alter gefährdet (WHO, 2019).

Folgend eine Übersicht zu den Risikofaktoren:

Risikofaktoren für hitzebedingte Gesundheitsschäden	Risikofaktoren
Vorerkrankung	• Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz) • Chronische Lungenerkrankungen (z.B. COPD, Asthma, Lungenfibrose) • Diabetes mellitus • Chronische Nierenerkrankungen • Neurologische Erkrankungen (z.B. Morbus Parkinson, Demenz) • Psychiatrische Erkrankungen (insbesondere bei Medikamenteneinnahme und Betreuungsbedarf) • Höhergradige Adipositas • Suchterkrankungen • Vorangehende Krankenhausaufenthalte
Einnahme von Medikamenten oder anderen Substanzen	• Medikamente wie z.B. Diuretika, ACE-Hemmer oder Angiotensin-II-Rezeptor-Blocker, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Antipsychotika, Anticholinergika, transkutan (z.B. Opioidpflaster) oder sub-kutan (z.B. Insulin) verabreichte Arzneistoffe • Alkohol und andere Suchtmittel
Funktionelle Einschränkungen	• Schwierigkeiten, das Haus zu verlassen • Pflegebedürftigkeit • Bettlägerigkeit

	• Allgemein geringere körperliche Leistungsfähigkeit • Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten mit Verlust der Risikoabschätzung
Sozioökonomische Faktoren	• Niedriger sozioökonomischer Status (Armut, niedriges Einkommen, niedriger Bildungsgrad) • Soziale Isolation • Alleinlebend • Kein täglicher Ausgang • Obdachlosigkeit
Wohnsituation	• In einer städtischen Wärmeinsel lebend (u. a. hohe Flächenverdichtung) • Schlafzimmer unter dem Dach oder Dachwohnung • Kein Zugang zu kühlen Räumen, keine Klimaanlage • Falsche Belüftungsgewohnheiten • Haus mit thermisch schlecht isolierter Bausubstanz
Arbeitsumfeld	• (Körperliche) Tätigkeiten im Freien, z. B. Haus- und Straßenbau, Feldarbeit

Folgende Handlungsfelder existieren, in denen das Praxisteam möglicherweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsrisiken beitragen kann:

- Kommunikation von (individuellen) Risiken und Präventionsmaßnahmen, Erstellen von (individuellen) Notfallplänen / Notfallnetzen
- Anpassung der Medikation bei Hitzewellen
- Anpassung von Praxisabläufen (z.B. Häufigkeit notwendiger Laborkontrollen, Maßnahmen zur Prävention in der Häuslichkeit, Anpassung der Sprechzeiten)
- Mitwirkung bei der Erstellung von Hitzeaktionsplänen

1.1.1 Kommunikation von Risiken und Präventionsmaßnahmen

Aufgabe des Arztes ist es, gefährdete Personen und deren Angehörige für die Risiken durch Hitze zu sensibilisieren und schützende Verhaltensmaßnahmen zu vermitteln, z.B. über Gespräche, die idealerweise vor den Sommermonaten stattfinden und durch Informationsmaterial unterstützt werden. Schützende Verhaltensmaßnahmen bestehen beispielsweise in einer kontrollierten Flüssigkeitszufuhr, Senkung der Raumtemperatur durch nächtliches bzw. frühmorgendliches Lüften, Aufhängen kalter Tücher oder in dem Tragen einer der Witterung angepassten Bekleidung.

Empfehlungen zu Verhaltensanpassungen bei Hitze	Empfehlung
Kontrollierte Flüssigkeits- und Essenzufuhr	• Mindestens 1,5-2 l über den Tag verteilt, bei Flüssigkeitsrestriktion entsprechend der täglichen Gewichtskontrolle anpassen • Trinkplan zur Selbstkontrolle führen • Bei Inkontinenzproblemen: abends weniger trinken • Alkohol, zu viel Koffein und Zucker vermeiden [WHO.int (3)] • Eher Mineralwasser als Leitungswasser trinken, ggf. Brühe (Ausgleich von Salzverlusten) • Eher lauwarme als sehr kalte Getränke • Zusätzlich wasserreiches Obst und Gemüse essen (Melone, Gurke, Tomate) • Kleinere, dafür häufigere Mahlzeiten • Vermeidung von proteinreicher Nahrung, da sich der Körper bei der

	Verarbeitung von Proteinen zusätzlich aufheizt (Thermogenese) [WHO.int (3)]
Körper kühl halten	• Kühl duschen und baden • Kalte Arm- und Fußbäder • Nutzung feuchter Tücher, Kältepacks und Wasserspray
Wohnung kühl halten	• Temperaturen in Aufenthaltsräumen z.B. um 8, 10, 13 und 22 Uhr überwachen (idealerweise tagsüber unter 32°C, nachts unter 24°C) [WHO.int(3)] • Tagsüber für Schatten sorgen und evtl. Ventilatoren benutzen; nachts lüften (Vorsicht: Ventilatoren können eine Dehydrierung verursachen) • Klimaanlage nur nutzen, wenn unbedingt erforderlich (Achtung: Erkältungsgefahr) • Elektronische Geräte zur Verringerung der Hitzebelastung möglichst ausschalten (nicht den Kühlschrank) • Feuchte Tücher aufhängen (Verdunstungskälte) • Rückzug in kühlere Räume (Nordseite, Souterrain) insb. nachts • Rückzug in kühleres Umfeld für 2-3 Stunden täglich, sofern die Wohnung nicht kühl gehalten werden kann (z.B. gekühlte öffentliche Gebäude) [WHO.int(3)]
Verhalten anpassen	• Körperliche Anstrengungen vermeiden • Mittagsruhe • Verlagerung der anstrengenden körperlichen Aktivitäten in die kältesten Morgen- und Abendstunden [WHO.int(3)] • Zur heißesten Zeit des Tages nicht nach außen gehen • Kopfbedeckung, Sonnenbrille, leichte Kleidung sowie leichte Nacht- und Bettwäsche aus natürlichem Material [WHO.int (3)] • Leichte Kost: viel Obst und Gemüse, wenig Fett und Fleisch • Schattenplätze aufsuchen[WHO.int(3)] • Kinder und Tiere nicht in geparkten Fahrzeugen lassen [WHO.int (3)] • Kälteste Stelle daheim, v.a. in der Nacht, aufsuchen [WHO.int(3)] • Falls das heim nicht kühl gehalten werden kann, verbringe 2-3 Stunden täglich in einem kühlen Umfeld (z.B. gekühlte öffentliche Gebäude) [WHO.int (3)]
Gespräch in der Hausarztpraxis	• Eventuell Medikamente bei Hitze anpassen • Helfernetzwerk organisieren
Aufmerksamkeit bzgl. der eigenen Gesundheit und der des Umfeldes	• Hitzekrämpfe sind Muskelkrämpfe, die zustande kommen, wenn viele Elektrolyte durch Schwitzen verloren gehen. Sofortiges Ausruhen an einem kühlen Platz ist dann erforderlich. Dauern die Krämpfe mehr als eine Stunde ist medizinische Unterstützung erforderlich. [WHO.int (3)] • Wenn Menschen im Umfeld trockene heiße Haut bekommen und verwirrt/desorientiert wirken (Delirium): Beim Kühlen helfen und Krankenwagen rufen [WHO.int (3)] • Keine Paracetamol oder ACC geben [WHO.int (3)]

Wichtig ist die Identifikation und Beratung nicht nur von morbiditätsbedingten Risikopatienten, sondern auch von Risikopatienten, die in ihrer Wärmeregulation und/oder Verhaltensanpassung eingeschränkt sind, z.B. mit ungünstigen Wohnverhältnissen (städtische Wärmeinsel, Dachwohnung etc.). (Günster et al, 2021)

1.1.2 Anpassung der Medikation

Die Vermittlung von Wissen über gefährliche Arzneimittelnebenwirkungen ist – neben dem Aussprechen von und Sensibilisieren für Hitzeschutzmaßnahmen – eine der wichtigsten unmittelbaren Maßnahmen zur Abwendung von hitzebedingten Gesundheitsschäden. Entsprechende Maßnahmen richten sich an alle Angehörige von Gesundheitsfachberufen, insbesondere an Ärzte, aber auch an Pflegekräfte und Risikopatienten selbst. Da Arzneimittel durch hohe Temperaturen ihre Wirksamkeit verlieren können, sind zudem auch Hinweise auf die empfohlene Lagerungstemperatur (maximal 25°C) bedeutsam (Günster et al, 2021).

Es gibt unterschiedliche Auswirkungen von Hitzewellen auf den Menschen und notwendige Medikamentenanpassungen, die zu beachten sind. Einerseits kann beispielsweise die Wirkung der Medikamente selbst bei Hitzewellen verändert sein, andererseits wird die Anpassungsfähigkeit eines Menschen an die Hitze durch die Einnahme bestimmter Medikamente ungünstig beeinflusst. Das Hausarztpraxisteam sollte die Medikation des Patienten kritisch daraufhin prüfen, ob und welche Medikamente bei Hitze Risiken darstellen können. Diese kritischen Arzneimittel sind ggf. rechtzeitig abzusetzen oder in der Dosis zu reduzieren. Eine Übersicht zu Arzneien mit potenziellem Einfluss bei Hitze stellt die nachfolgende Tabelle dar:

Stoffklasse	Mögliche Maßnahmen zur Risikominimierung	Erwartete (un)erwünschte Arzneimittelwirkungen									Referenz
		Einfluss auf zentrale Temperaturregulation	Einfluss auf kutane Vasodilatation	Reduziertes Schwitzen	Reduzierter Durst	Verminderte Aufmerksamkeit	Dehydrierung	Hyponatriämie	Verstärkte AM-Wirkung durch rasches Anfluten	Verstärkte AM-Wirkung durch red. Elimination	
Diuretika	Gewichtsmonitoring, ausreichende Flüssigkeits- und ggf. Elektrolytzufuhr		?	?						22, 33	
Laxanzien	Gewichtsmonitoring, ausreichende Flüssigkeits- und ggf. Elektrolytzufuhr			?						2	
Histamin-H ₁ -Antagonisten der ersten Generation (z.B.Clemastin, Cyproheptadin, Dimetinden, Diphenhydramin, Doxylamin, Hydroxycin, Promethazin)	Wechsel auf H ₂ -Antagonisten höherer Generationen erwägen										
Insulin (rasch freisetzend)	Intensiviertes Blutzuckermonitoring, ggf. Dosisanpassung									24, 39	
Neuroleptika (insbesondere Phenothiazine, aber auch Olanzapin und Quetiapin sowie Butyrophenone)	Enges UAW-Monitoring und ggf. Dosisanpassung									7, 23, 27, 29, 31	
Andere Antipsychotika (insbesondere Risperidon, Pimozid)	Enges UAW-Monitoring und ggf. Dosisanpassung									31	
Opioide als transdermale therapeutische Systeme (Pflaster)	UAW-Monitoring und ggf. Dosisanpassung									1, 7, 21, 34, 44	
Pflaster: Organische Nitrate, Testosteron, Nicotin										15, 17, 21	
Parasympatholytika (Atropin, Bornaprin, Scopolamin)	Möglichst vermeiden									28, 37	
(überwiegend) renal eliminierte Arzneimittel (Q ₀ -Wert < 0.3)	Dosisanpassung									40	

1.1.3 Anpassung der Praxisabläufe

Bei Hitze ist es gut, die Praxis kühl zu halten und Getränke anzubieten. Für gefährdete Patienten sollten Sprechzeiten zu kühleren Tageszeiten am Morgen oder am Abend möglich sein. An einem Tag mit Hitzewarnung sollte möglichst auf anstrengende diagnostische und therapeutische Maßnahmen, wie z.B. ein Belastungs-EKG, verzichtet werden. Insbesondere ist auf Dehydratationszeichen, erhöhten oder erniedrigten Blutdruck bzw. erhöhte Körpertemperatur zu achten, ggf. sind Elektrolyte und Nierenwerte zu kontrollieren. Gefährdete Patienten, die allein leben, können evtl. von präventiven Hausbesuchen (durch die VERAH/MFA) profitieren. Hier kann eine Kontrolle relevanter Vitalparameter sowie eine Überprüfung von Exsikkosezeichen erfolgen und eine Beratung zu präventiven Maßnahmen stattfinden.

1.2 Kälteassoziierte Gesundheitsprobleme

Hauptauslöser für die Influenza sind Viren, die durch günstige Bedingungen in ihrer Vermehrung und Verbreitung gefördert werden. Bei Grippeviren sind dies äußerliche Umstände wie ein Temperaturabfall unter 13 Grad Celsius oder auch verschmutzte Luft.

In der Studie von Rittweger et al., 2022 zeigte sich eine deutliche saisonale Schwankung bei der Inzidenz von Influenza, welche sich auch durch Temperatureffekte und Feinstaub erklären lassen.

Hochrechnungen ergeben ein etwa 8-fach größeres Risiko zur Infizierung bei den niedrigsten beobachteten Temperaturen. Neben dem wichtigsten Faktor Temperatur begünstigt Feinstaub die Entstehung akuter Erkrankungen wie der Grippe.

Nach sehr speziellen Hochrechnungen ist Feinstaub mitverantwortlich für geschätzt bis zu 27 Prozent aller Grippefälle im Land.

Gemäß den Hochrechnungen in der Studie ist das Risiko an Grippe zu erkranken, in Regionen mit der höchsten beobachteten Feinstaubbelastung in etwa doppelt so hoch wie in Regionen mit den niedrigsten Feinstaubwerten. Das Risiko ist in Regionen höher, in denen es besonders kalt und in denen die Feinstaub-Konzentration besonders hoch ist. Allerdings ist die saisonale Abhängigkeit deutlich größer als die regional-geografische.

Das einmalige Studiendesign erlaubt eine starke Regionalisierung der Ergebnisse. Dadurch können Versicherten vor Ort passgenaue Versorgungs- und Präventionsmaßnahmen angeboten werden. Mittelfristig könnten die Daten daher für ein individualisiertes Risiko-Management, Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung und -prävention sowie zum Schutz vulnerabler Gruppen vor den Auswirkungen des Klimawandels genutzt werden. (Rittweger et al., 2022)

Hieraus lässt sich ableiten, dass die Impfquoten insbesondere für Risikogruppen und in feinstaubbelasteten Regionen zu erhöhen sind, auch entsprechend der STIKO Empfehlungen. Siehe in diesem Kontext auch Kapitel 6 zu Prävention durch Impfschutz.

2. Körperliche Aktivität fördern

Zu Fuß gehen, Radfahren – aktiv etwas gegen die Klimakrise tun und dabei auch noch gesund bleiben!

Körperliche Aktivität durch aktive Mobilität, also die Nutzung des Fahrrads oder das Gehen statt der Nutzung des Autos, schützt die Gesundheit schon bei kurzen Strecken (Quam et al. 2017).

2.1 Mobilität in der Klimakrise

Der Verkehrssektor ist einer der größten Verursacher von Treibhausgasen in Deutschland und trägt mit ca. 20 Prozent der Treibhausgasemissionen (THG-Emissionen) bei. Der relative Anteil ist seit 1990 um sieben Prozent gestiegen. Damit ist der Verkehr der einzige Sektor, der in den vergangenen Jahrzehnten seine Treibhausgasemissionen nicht mindern konnte.

Aus Sicht des Umweltbundesamtes sollte eine Minderung der Treibhausgasemissionen in Deutschland bis 2030 um mindestens 70 Prozent und bis 2040 um mindestens 90 Prozent gegenüber 1990 erreicht werden. (Umweltbundesamt, 2022 (1)) Trotz dessen, dass die spezifischen Emissionen an Schadstoffen und des Treibhausgases CO₂ pro Personenkilometer gegenüber 1995 gesunken sind (durch verschärfte Abgasvorschriften und verbesserte Qualität des Kraftstoffes) hebt das Mehr an Pkw-Verkehr die Verbesserungen im Klima- und Umweltschutz zum Teil wieder auf. (Umweltbundesamt, 2022 (2))

Das liegt unter anderem daran, dass die Mobilität zunimmt. Die Wegstrecken von und zur Arbeit oder für Geschäftszwecke sind gegenüber 2008 um 13 Prozent angestiegen, davon am stärksten die dienstlich veranlassten Wegstrecken – mit 56 Prozent zählt z.B. der Verkehr von Handwerkern, Pflegediensten und nicht zuletzt von Kurier- und Paketdiensten. (Bundesministerium für Digitales und Verkehr, 2022)

Nur 30 Prozent der innerörtlichen Wege werden zu Fuß erledigt. Jeder zwanzigste Weg, der in Deutschland mit dem Auto gefahren wird, ist maximal einen Kilometer lang. Wenn nur 30 Prozent dieser kurzen Autofahrten zu Fuß oder mit dem Rad zurückzulegen, könnten damit allein 2,5 Millionen Tonnen CO₂ eingespart werden. (Verbraucherzentrale Bayern, 2010)

Nicht-motorisierte Bewegung verhindert die meisten tödlichen Verkehrsunfälle und reduziert Luftschadstoffe. Gemessen an den EU-Grenzwerten sind in Deutschland insbesondere die Konzentrationen von Stickstoffdioxid und Feinstaub noch immer zu hoch. Eine langfristige Exposition gegenüber Feinstaub kann zu Arteriosklerose führen, Geburten beeinträchtigen und Atemwegserkrankungen bei Kindern auslösen. (World Health Organization, 2013)

2.2 Positive Effekte von Bewegung auf den Organismus

Durch Bewegung schüttet der Körper vermehrt verschiedene Botenstoffe aus.

Interleukin 6 mobilisiert im Zusammenspiel mit Adrenalin die Immunabwehr. Auch die Produktion von Serotonin nimmt zu. Dies wirkt ebenfalls positiv auf das Immunsystem. Die Konzentration von Brain-derived neurotropic factor (BDNF) im Gehirn nimmt zu. Das kann zu einer Verbesserung von Depressionen beitragen. Durch Krafttraining werden Myokine in der Muskulatur produziert, die Stoffwechselvorgänge aktivieren (Fettabbau) oder hemmen (Entzündungsreaktionen).

Weiterhin modifiziert regelmäßiges Training viele Gene. Das könnte erklären, warum sportliche Aktivität die Veranlagung für Krankheiten abmildern kann.

Bereits zehn Minuten rasches Gehen am Tag reduzieren das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 20 Prozent. Empfohlen werden 20 bis 30 Minuten mindestens dreimal die Woche. Die Regeneration nach Herzinfarkt und Schlaganfall verbessert sich, der obere Blutdruck-Wert kann um 10 bis 15 mmHg gesenkt werden, der untere Blutdruck-Wert um 5 bis 8 mmHg. (IQWiG, 2010)

Studien zeigen außerdem deutliche Risikosenkungen für Darm-, Gebärmutter- und Brustkrebs. Es wird angenommen, dass rund 9 Prozent aller Brustkrebsfälle und 10 Prozent aller Darmkrebsfälle in Europa auf unzureichende Bewegung zurückgehen. Schwächere Wirkungen zeigen sich auch bei Lungenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Eierstockkrebs, Prostatakrebs, Nierenkrebs und Magenkrebs. Als Gründe werden Auswirkungen körperlicher Aktivität auf Steroidhormone, den Insulinstoffwechsel, Wachstumsfaktoren, Adipokine (Signalmoleküle im Fettgewebe) und das Immunsystem diskutiert. (Krebsgesellschaft, 2022)

Durch Bewegung verbessert sich das Ansprechen der Zellen auf Insulin, so dass der Blutzuckerspiegel stabilisiert wird.

Gemäß WHO können vor allem Radfahren und Zufußgehen dazu beitragen, Bewegungsmangel und Luftverschmutzung zu verringern, Menschenleben zu retten und das Klima zu schützen [WHO.int (2)]:

- schon 30 Minuten Zufußgehen oder 20 Minuten Radfahren an mehreren Tagen pro Woche können das Sterberisiko um mindestens 10% senken;
- ein aktiver Schul- oder Arbeitsweg sind mit einem um rund 10% reduzierten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einem um 30% reduzierten Risiko für Typ-2-Diabetes verbunden; und
- die Sterblichkeit aufgrund von Krebs ist bei einem Fahrradpendler um 30% niedriger.

3. Ernährung und Klimaschutz

3.1 Ernährung und Umwelt

Ein Drittel aller vorzeitigen Sterbefälle sind auf ungesunde Ernährung zurückzuführen. Gleichzeitig belastet die Ernährung massiv die Umwelt und führt zu globalen und regionalen Umweltveränderungen, die zunehmend Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit haben.

Die Folgen sind Klimakrise und Artensterben, welche einen großen Einfluss auf die Ernährungssicherheit haben. Ernteausfälle durch Erderwärmung und verminderte Nahrungsqualität werden zur ernsthaften Bedrohung.

Während drei Milliarden Menschen weltweit keinen Zugang zu gesunder Nahrung haben und über 800 Millionen Menschen unterernährt sind, werden in Ländern mit durchschnittlich mittleren und hohen Einkommen zunehmend stark verarbeitete und ein hoher Anteil tierischer Lebensmittel verzehrt.

Die Folgen sind verstärktes Übergewicht bei Erwachsenen und Kindern, die Zunahme von Diabetes mellitus, Lungen- und Herz-Kreislaufkrankungen sowie Krebserkrankungen. Neben Leid und vorzeitigen Todesfällen sind hohe Kosten für das Gesundheitssystem die Folge. (KLUG, 2022)

Massive Auswirkungen haben die konventionellen Ernährungsgewohnheiten auch auf die Umwelt. Sie steht durch die Nahrungsmittelproduktion zunehmend unter Druck, denn das Ernährungssystem verursacht bis zu 37 Prozent aller THG- Emissionen und ist somit ein wichtiger Treiber der Klimakrise. (WWF, 2022) Die Expansion von Agrarflächen für die Lebensmittelproduktion ist für den größten Teil der Zerstörung noch intakter Wälder und anderer Lebensräume zurückzuführen.

Dabei spielt die Tierhaltung eine große Rolle, denn tierische Produkte haben im Vergleich zu pflanzlichen Produkten sehr viel größere Auswirkungen auf die Umwelt, was vor allem auch daran liegt, dass der Anbau von Tiernahrung große Agrarflächen benötigt. Um Lebensmittel mit dem gleichen Nährwert zu erzeugen, werden daher zum Beispiel für Fleisch mehr Quadratmeter gebraucht als für Getreide. Wenn stattdessen Lebensmittel für Menschen angebaut werden würde, wäre das viel besser für Umwelt und Klima. (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, 2022)

Gleichzeitig sind 66 Prozent der Treibhausgas-Emissionen (THG-Emissionen) der Landwirtschaft und knapp fünf Prozent an den Gesamtemissionen Deutschlands allein auf die direkte Tierhaltung zurückzuführen. Den größten Anteil an THG-Emissionen innerhalb des Landwirtschaftssektors machen die Methan-Emissionen mit 56,4 Prozent aus, welche zu 76 Prozent der Methan-Emissionen aus Fermentation von Rinder- und Milchkuhhaltung zurückzuführen sind. (Umweltbundesamt, 2022 (3))

Mit 15 Prozent THG-Emissionen pro Kopf liegen die Emissionen der Ernährung gleichauf mit den Emissionen für Heizung. Lediglich Konsum (zum Beispiel Bekleidung, Haushaltsgeräte, Freizeitaktivitäten) und Verkehr haben mit 38 Prozent beziehungsweise 18 Prozent höhere Anteile. (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, 2022)

Nachhaltiger Lebensmittelkonsum ist essentiell, um die Umwelt und das Klima zu schonen, und haben geringe Aufwände bei der Umsetzung. Dazu gehört die Reduktion von Lebensmittelabfällen, nachhaltiger Lebensmitteleinkauf saisonal, regional und Transparent, der Verzehr von Bio-Obst und Bio-Gemüse, Vermeidung von unnötigem Verpackungsmüll und mehr pflanzliche, anstatt tierische Lebensmittel zu konsumieren. (Bundeszentrum für Ernährung, 2020)

Moderne Ernährungsweisen sind aufgrund von Viehhaltung, starker Verarbeitung und Verpackung von Produkten sowie oft weiter Transportwege mit hohen Treibhausgasemissionen verbunden. Insbesondere eine Limitierung des globalen Verzehrs von rotem Fleisch und Milchprodukten wird bei wachsender Welt Bevölkerung entscheidend sein, um die Erwärmung auf unter 2°C zu begrenzen. Der reduzierte Konsum von verarbeitetem Fleisch und vermutlich auch von rotem Fleisch geht mit einem reduzierten Risiko für Darmkrebs einher. Ersetzt man gesättigte Fettsäuren aus tierischen Produkten durch

ungesättigte Fettsäuren aus pflanzlichen Produkten, führt dies zudem zu einer besseren kardiovaskulären Gesundheit. (Günster et al, 2021)

3.2 Pflanzenbasierte Ernährung

Die WHO empfiehlt eine pflanzenbasierte Ernährung mit wenig Salz, gesättigten Fettsäuren und zugesetztem Zucker als Teil einer gesunden Lebensweise. Bei dieser Form wird der Konsum von rotem und verarbeitetem Fleisch reduziert. Dies schützt vor nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen. Neben dem Gesundheitsaspekt hat eine solch pflanzenbasierte Ernährungsweise auch das Potenzial, Umwelteinflüsse, welche sonst mit einer tierbasierten Ernährung einhergehen, zu reduzieren. Eine solche pflanzenbasierte Ernährung produziert also im Vergleich weniger Treibhausgase. Nahrungsmittel, welche die größten Treibhausgasemissionen produzieren, sind mit den größten Erkrankungsrisiken assoziiert, z.B. rotes und verarbeitetes Fleisch [WHO.int (4)]

Empfehlenswert ist hierzu auch die bekannte Mediterrane Kost. Bestehend aus viel Gemüse, Obst, Salat, wenig tierischem Fett, dafür fischreich, Nüssen und Olivenöl erfüllt sie die genannten Kriterien der WHO. Sie wirkt sich sowohl positiv auf das Klima wie auch auf die nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen aus und vermindert u.a. das Herzinfarktrisiko um 50% (Herold (Hrsg.), 2023; Castaldi et al, 2022; Schlimpert, 2022; Deutsche Herzstiftung, 2017)

Planetary Health Diet

Die Planetary Health Diet wurde 2019 als erstes globales- und wissenschaftliches Ernährungskonzept von der EAT-Lancet-Kommission, bestehend aus 37 Wissenschaftlern aus verschiedenen Fachbereichen und 16 Ländern, welche im Verlauf von drei Jahren bestehende wissenschaftliche Daten zu Gesundheit, Ernährung und Umwelt ausgewertet haben, zum Wohle der menschlichen Gesundheit, als auch des Planeten entwickelt. Sie umfasst soziale, ökonomische und ökologische Aspekte und steht im direkten Zusammenhang der nachhaltigen Ziele.

Dabei zeigt die EAT-Lancet-Kommission auf, wie die zukünftige Weltbevölkerung von 10 Milliarden Menschen im Jahr 2050 trotz knapper ökologischer Ressourcen und Belastungsgrenzen mit einer gesundheitsfördernden Ernährung versorgt werden kann. Neben der Deckung des Energie- und Nährstoffbedarfs liegt auch die Bekämpfung von ernährungsbedingten Krankheiten im Fokus, sowie die Verringerung der Gesamtsterblichkeit aufgrund ungesunder Ernährungsweisen und daraus resultierender Erkrankungen. (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2023)

Maßgeblich ist hier vor allem der Fokus auf pflanzlicher Ernährung, wie Gemüse, sättigendes (Vollkorn-) Getreide, Hülsenfrüchte, Nüsse und Obst, sowie die Reduktion der Aufnahme tierischer Produkte, wie Milchprodukte, Eier und vor allem Fleisch und Fisch.

Auf raffiniertes Getreide, stark verarbeitete Lebensmittel und zugesetzten Zucker wird, soweit möglich, verzichtet. Ungesättigte Fettsäuren sollen gesättigten Fettsäuren bevorzugt werden.

Dabei werden folgende Richtwerte (2.500Kcal/Tag) für Erwachsene empfohlen:

Empfohlene Menge in Gramm pro Tag (möglicher Spielraum)		Beispielportionen
Fleisch	Rind/Schwein: 15 (0-30) Geflügel: 30 (0-60)	1 Steak + 2 Hähnchenschenkel in 14 Tagen
Fisch	30 (0-100)	1 Fischgericht pro Woche
Eier	13 (0-25)	1 Ei pro Woche

Milch	250 (0-500)	1 Glas Milch pro Tag oder 1 St. Käse pro Woche
Getreide	230	1 Teller Nudeln + 2 Scheiben Brot pro Tag
Kartoffeln	50 (0-100)	1 Kartoffelgericht pro Woche
Obst	200 (100-300)	1 Apfel + 1 Hand voll Beeren pro Tag
Gemüse	300 (200-600)	1 Salatteller pro Tag
Hülsenfrüchte	75 (0-100)	1 Teller Linsensuppe od. 1 Liter Sojamilch pro Tag
Nüsse/Samen	50 (0-75)	Etwa 1 Hand voll Nüsse / Samen pro Tag
Fett/Öl	Gesättigt: 12 (0-12) Ungesättigt: 40 (20-80)	2 EL Pflanzenöl + 5 Walnüsse + 5 St. Schokolade pro Tag
Zucker	30 (0-30)	1 Glas Saft oder 4 Schokokekse pro Tag

https://klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2022/12/2022_Planetary-Health-Diet-fuer-die-Hosentasche_Helen.jpg

Bei Kindern und Jugendlichen gelten die Grundsätze der AWMF-Leitlinie. Mit dem Alter von etwa einem Jahr können und sollten Kinder eine abwechslungsreiche Kost (entsprechend dem Konzept der optimierten Mischkost), mit reichlich Getränken (Wasser oder ungesüßte/zuckerfreie Getränke), reichlich pflanzlichen Lebensmitteln (Gemüse, Obst, Getreide/-produkte, Kartoffeln), mäßig tierischen Lebensmitteln (Milch/Milchprodukte, Fleisch, Fisch, Eier) und sparsam Zucker und Süßigkeiten erhalten (Tab. 8) (Koletzko et al 2013). Diese Ernährungsempfehlungen bezüglich der Lebensmittelauswahl gelten dabei generell für alle Altersklassen. (AGA, DAG (Hrsg.), 2019). Adipositas gefährdet bereits im Kindesalter die Gesundheit und kann bis ins Erwachsenenalter negative gesundheitliche Folgen haben. Etwa 15 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind übergewichtig oder adipös. Adipositas zählt als eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Eine ausgewogene Ernährung, körperliche Aktivität und ausreichend Schlaf beugen der Entstehung kindlicher Adipositas vor. (Varnaccia et al, 2017)

Bei der Planetary Health Diet geht es nicht um Verzicht oder strenge Einhaltung von Referenzwerten, sondern vielmehr darum, einen Referenz-Speiseplan zur Verfügung zu stellen, der für jede Ernährungsform auf der ganzen Welt angepasst werden kann und soll.

Dabei stimmen die Planetary Health Diet und die DGE-Ernährungsempfehlung weitestgehend überein. Beide umfassen eine flexible, anpassbare Ernährungsweise. Sie sind pflanzenbetont und bevorzugen Vollkornprodukte und Öle mit ungesättigten Fettsäuren, während ein geringerer Verzehr von tierischen und hoch verarbeiteten Lebensmitteln, gesättigten Fettsäuren und Zucker empfohlen wird. Unterschiede ergeben sich aus der globalen versus der deutschlandspezifischen Betrachtung und bei der Ableitung der Lebensmittelmengen, vor allem bei Milch und Milchprodukten. Während die Planetary Health 500

g Milchäquivalente am Tag empfiehlt, liegen die Orientierungswerte der DGE nach Umrechnung mit 596-728g/Tag deutlich höher.

Auch die empfohlene Kalorienzufuhr ist mit der empfohlenen Menge von 2.500 kcal bei der Planetary Health Diet deutlich höher als die der DGE, welche von 1.600-2.400 kcal als Tagesbedarf ausgeht.

Diese sind durch die unterschiedlichen Schwerpunkte und Differenzierungen zu erklären, da die Planetary Health Diet verstärkt auf ökologische Nachhaltigkeit achtet, während die DGE eine ausreichende Nährstoffversorgung differenziert nach Altersgruppen und Geschlechtern zum Ziel hat. (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2022)

4. Rauchstopp fördern

Nikotinabusus ist das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Neben den direkten gesundheitlichen Auswirkungen produziert die Tabakindustrie jährlich rund 84 Millionen Tonnen CO₂. [RKI.de (2); WHO.int (1)]

Zu den Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt auftreten, gehören beispielsweise Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen (Schauder, 2006).

Zudem ist die Luftverschmutzung durch das Rauchen ein gravierendes Umwelt- und Gesundheitsproblem. Bis 2050 dürfte Luftverschmutzung zur wichtigsten umweltbedingten Ursache dafür werden, dass Menschen vorzeitig sterben [OECD.org].

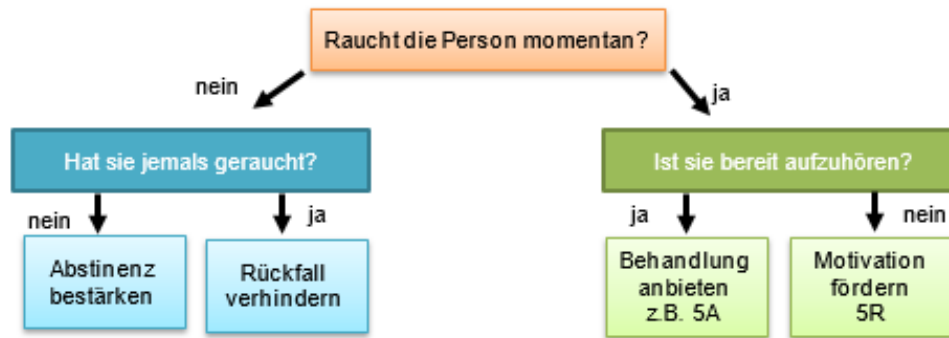
Zigarettenrauchen stellt eine gesundheitsschädliche Feinstaubquelle dar. So werden in Raucherhaushalten Werte von 200 bis 600 µg/m³ Luft gemessen, das ist das Vier- bis Zwölfwache des EU-Grenzwertes [BMK.gov.at].

Zu den Atemwegserkrankungen, die durch Luftschadstoffe hervorgerufen oder verstärkt werden können gehören die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma bronchiale, Atemwegsinfekte, Bronchitis und Pneumonie. Selbst bei Gesunden haben Luftschadstoffe negative Auswirkungen auf die Lungengesundheit, indem sie, häufig vom Einzelnen noch unbemerkt, die Lungenfunktion verschlechtern (Günster et al, 2021).

Durchschnittlich sterben in Deutschland jedes Jahr mehr als 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens (Deutsches Ärzteblatt, 2015). Hinzu kommen Erkrankungen, Arbeitsunfähigkeit, Gesundheitsbeschwerden, Produktivitätsverlust und vorzeitige Todesfälle, die durch regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden [RKI.de (2)] Passivrauchen weist dieselben gesundheitlichen Konsequenzen auf wie das aktive Rauchen, wenn auch in geringerem Ausmaß. Langfristige Folgen, die durch die regelmäßige Passivrauchbelastung entstehen oder verstärkt werden können, sind beispielsweise verschiedene Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma und die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung [RKI.de (5)]

Im Jahr 2003 wurde das nationale Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ beschlossen. Damals lag der Anteil der Raucherinnen und Raucher bei fast 35% der Erwachsenen und 23% bei den 12-17-jährigen Jugendlichen. Auch am Arbeitsplatz und in der Freizeit waren viele Menschen einer erheblichen Belastung durch Passivrauchen ausgesetzt. Mittlerweile ist die Raucherquote bei Jugendlichen auf unter 10 Prozent und bei Erwachsenen auf 25% gesunken. Rauchfreiheit ist im öffentlichen Raum, laut dem Bundesministerium für Gesundheit, praktisch überall zur Normalität geworden [BMG.de]. Raucher sollten im Rahmen von Routinebefragungen angesprochen werden. Der Rauchstatus sollte regelmäßig dokumentiert werden. Zur Dokumentation des Rauchverhaltens wird ein klinisches Erfassungs-/Erinnerungssystem (z. B. Marker, Sticker auf Karteikarten, elektronische Patientenakten etc.) empfohlen. Um den Grad der Abhängigkeit zu bestimmen, eignet sich z. B. der Fagerström Test (FTCD) oder die daraus abgeleitete Kurzform der Heaviness-of-Smoking-Index (HSI).

Als effektiv wurden die ärztliche Minimalintervention (< 3 Minuten ABC-Ansatz) sowie die Kurzintervention (< 10 Minuten 5A/5R) in Metaanalysen belegt. Die Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung bilden die Basis (GOLD Guidelines, 2018) [BZGA.de]



Nach Fiore et al. (2000): Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline.

zur Verfügung stehen [LINK] (0)].

die in der Medizin

Sie zählen erwiesenermaßen zu den effektivsten und sicheren Methoden, um Infektionen und die daraus resultierenden Folgeerkrankungen zu verhindern.

Die Bereitschaft der Bevölkerung, sich impfen zu lassen, wird von vielen Faktoren beeinflusst. Dabei ist Vertrauen in die Wirksamkeit und Sicherheit der Impfungen vielleicht der wichtigste Punkt.

Zu den wesentlichen Herausforderungen gehört der informierte Konsens: Die Entscheidung der Menschen für das Impfen soll auf bestmöglicher Abwägung von Nutzen und Risiken erfolgen. Dazu ist ein neues Verständnis über Impfkommunikation bei Ärzten und anderen Beteiligten notwendig, das unserer modernen und freiheitlichen Gesellschaft entspricht. Auch qualitätsgesicherte Informationsangebote im Internet werden benötigt. Es gibt also enge Bezüge zum Thema Gesundheitskompetenz (Health Literacy) (Hildt et al, 2019)

Im Vergleich zu den vorpandemischen Jahren haben sich 2020 und 2021 die Impfquoten mehrerer von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für Erwachsene empfohlenen Impfungen weiter erhöht. Insbesondere bei Impfungen gegen Influenza, Pneumokokken und Masern ist die erhöhte Inanspruchnahme zu beobachten. (RKI, 2022)

Insgesamt erscheint die Nutzung von Impfstoffen im Erwachsenenalter jedoch weiterhin verbesserungswürdig: Die Impfquoten der meisten von der STIKO im Erwachsenenalter empfohlenen Impfungen liegen unter 50 %. Insbesondere jüngere Risikogruppen sind kaum entsprechend den STIKO-Empfehlungen geimpft. So sind beispielsweise 18–49-jährige Risikopatientinnen und -patienten zu weniger als 20 % gegen Influenza oder Pneumokokken geimpft, Schwangere zu weniger als 20 % gegen Influenza. (RKI, 2022)

Auch wurde das von der Europäischen Kommission und der Weltgesundheitsversammlung erklärte Ziel, eine Influenzaimpfquote von mindestens 75 % unter Seniorinnen und Senioren zu erreichen, mit 43 % deutlich verfehlt. (RKI, 2022)

Das Potenzial von Impfungen zur Verhinderung schwerer Krankheitsverläufe, von Krankenhausbehandlungen und Tod wird damit bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Die hier präsentierten Daten zeigen, dass es mehr Anstrengungen und Maßnahmen bedarf, um Erwachsenen-Risikogruppen gezielt über ihr erhöhtes Erkrankungsrisiko aufgrund des Alters, einer bestehenden Schwangerschaft oder relevanter Grunderkrankungen aufzuklären sowie über den Nutzen der empfohlenen Impfungen zu informieren. Insbesondere der Arztbesuch sollte genutzt werden, um den Impfstatus zu prüfen, Nachholimpfungen durchzuführen und somit zumindest einen Teil der Barrieren bei der Inanspruchnahme von Impfungen abzubauen. (RKI, 2022). Insbesondere zum Thema Impfen kursieren eine Vielzahl von Falschinformationen. Personen, die dem Impfen ohnehin kritisch gegenüberstehen oder noch unentschlossen sind, können durch Falschinformationen weiter verunsichert werden. Medizinisches Personal kann dann eine wichtige Rolle dabei spielen, mit verunsicherten Patient:innen über Impfungen ins Gespräch zu kommen und ihre Fragen zu beantworten.

Um die impfende Ärzteschaft in dieser Arbeit zu unterstützen, hat das Robert Koch-Institut sogenannte „Faktensandwiches“ zu einigen häufig vorkommenden Falschinformationen zu Impfungen entwickelt.



Hierbei wird zunächst der Fakt angeführt, dann die Falschinformation als solche benannt und anschließend erklärt, woher die Falschinformation kommt und wieso es sich um eine Falschinformation handelt. Abschließend wird der Fakt wiederholt (nach Lewandowsky et al. 2020). Darauf zählen auch die Qualitätsindikatoren von QiSA im Kontext Prävention mit den Indikatoren „Versicherte mit überprüftem Impfstatus“ und „Influenza-Impfrate der Versicherten ab Jahren“ ein (Miksch et al 2021).

Durch Impfung vermeidbare Krankheiten stellen weltweit eine relevante Ursache für Mortalität und Morbidität dar. Klimafaktoren haben sich als wichtige Faktoren für die Übertragung von durch Impfung vermeidbaren Atemwegserkrankungen, durch Wasser übertragenen Darmkrankheiten und durch Mücken übertragenen Krankheiten erwiesen. Das Klima ist eine wichtige Triebkraft für die Dynamik vieler Infektionskrankheiten, einschließlich derer, die durch Impfung vermeidbar sind (Mahmud et al, 2020).

Aufgrund längerer und wärmerer Sommer kann sich auch die geografische Ausbreitung von Mücken und Zecken verändern. Außerdem halten sich die Menschen bei warmen Temperaturen häufiger und länger im Freien auf. So steigt die Wahrscheinlichkeit, von Mücken oder Zecken gestochen zu werden. Damit steigt auch das Risiko, sich mit Erregern zu infizieren, die durch Mücken oder Zecken übertragen werden (BZGA.de (2)).

So sind für das häufigere Auftreten der Frühsommer-Meningoenzephalitis mit dem FSME-Virus infizierte Zecken verantwortlich. Zecken sind ab einer Temperatur von etwa 8 Grad aktiv. Abhängig von Art und Stadium kann man Zecken das ganze Jahr hinüber finden. FSME tritt in Abhängigkeit von der Aktivität der virustragenden Zecken bevorzugt im Frühjahr, Sommer und Herbst auf. Da sich die Menschen in sonnenreichen und warmen Sommern häufiger und länger im Freien aufhalten, steigt in FSME-Risikogebieten folglich auch das Risiko einer Ansteckung mit dem FSME-Erreger (BZGA (2)).

6. Ansätze einer klimaresilienten Versorgung am Beispiel ausgewählter Krankheitsbilder

Die Anlässe einer klimaresilienten Versorgung sind vielfältig. Als präventiver Ansatz dient sie allen Patienten und berät hinsichtlich einer klimafreundlichen und gesunden Lebensweise, welche dem Klimaschutz (Mitigation) dient.

Als Maßnahme der Klimafolgeanpassung (Adaption) beinhaltet sie die Aufklärung über Risiken, Prävention und Zusammenhänge klimasensibler Krankheiten, z.B. Hitze, Luftverschmutzung, Allergien, insbesondere bei vulnerablen Patientengruppen.

Am Beispiel ausgewählter Krankheitsbilder können folgende Ansätze, Inhalte und Maßnahmen Teil einer klimasensiblen Gesundheitsberatung sein:

Krankheitsbilder	Inhalte/ Maßnahmen Klimasensibilisierung und Klimafolgeanpassung
Kardiovaskuläre- und Gefäßerkrankungen	

	Krankheitsspezifische Ansätze:	Krankheitsübergreifende Ansätze:
Herzinsuffizienz (Rechts-, Links-, Globale)	Trinkmengenanpassung und /oder Ausscheidungskontrolle Anpassung Diuretika, Blutdrucksenker	Einfluss hoher Temperaturen und veränderter Luftqualität auf die Gesundheit und das Herz-Kreislaufsystem (RR-Werte) und die krankheitsbedingten Begleiterkrankungen. Einfluss Sonneneinstrahlung auf den Kopf und notwendige Schutzmaßnahmen Auswirkung Gewicht/Ernährungsstil (Planetary Health Diet), Tabakentwöhnung, Mobilität und Bewegung auf Umwelt und Klima sowie eigene Gesundheit
(Art. Hypertonie	Anpassung Diuretika, Blutdrucksenker	
(Z.n.) Schlaganfall	Anpassung Diuretika, Blutdrucksenker	
(Z.n.) Herzinfarkt/ KHK	Anpassung Diuretika, Blutdrucksenker, Information über mögliche Zunahme und Umgang mit AP-Beschwerden	
Niereninsuffizienz	Trinkmengenanpassung und /oder Ausscheidungskontrolle	
Venöse Insuffizienz, Lymphödem	Anpassung/ Ansatz Diuretika, Lymphdrainage Erhöhte Ödembildung und Kompressionsmaßnahmen	
Atemwegserkrankungen		
	Krankheitsspezifische Ansätze:	Krankheitsübergreifende Ansätze:
COPD, Asthma	Anpassung/ Ansatz Medikation / Inhalation Umstellung umweltfreundliche Inhalatoren	Einfluss hoher Temperaturen und veränderter Luftqualität und lungenbelastender Schadstoffe auf die Gesundheit und das Herz-Kreislaufsystem (RR-Werte) und die krankheitsbedingten Begleiterkrankungen. Auswirkung Gewicht/Ernährungsstil (Planetary Health Diet), Tabakentwöhnung, Mobilität und Bewegung auf Umwelt und Klima sowie eigene Gesundheit
Endokrinologische Erkrankungen und Stoffwechselstörungen		
	Krankheitsspezifische Ansätze:	Krankheitsübergreifende Ansätze:
Adipositas (Stoffwechselbedingt)		Auswirkung Gewicht/Ernährungsstil (Planetary Health Diet), Tabakentwöhnung, Mobilität und Bewegung auf Umwelt und Klima sowie eigene Gesundheit Einfluss hoher Temperaturen und veränderter Luftqualität und lungenbelastender Schadstoffe auf die Gesundheit und das Herz-Kreislaufsystem (RR-Werte), die krankheitsbedingten Begleiterkrankungen und Psyche und Krankheitssymptomatik UV-Belastung.
Diabetes	Trinkmengenanpassung /-steigerung, Blutzuckermessungen, Medikationsanpassung (Diuretika)	
Multifaktoriell bedingte und generalisierte Krankheiten		

	Krankheitsspezifische Ansätze:	Krankheitsübergreifende Ansätze:
Harninkontinenz	Trinkmengenanpassung- / steigerung trotz Inkontinenz Ansprache über Inkontinenzrezepte	Einfluss hoher Temperaturen und veränderter Luftqualität und lungenbelastender Schadstoffe auf die Gesundheit und das Herz-Kreislaufsystem (RR-Werte), die krankheitsbedingten Begleiterkrankungen und Psyche und Krankheitssymptomatik Auswirkung Gewicht/Ernährungsstil (Planetary Health Diet), Tabakentwöhnung, Mobilität und Bewegung auf Umwelt und Klima sowie eigene Gesundheit UV-Belastung. Präventive Aufklärung über Zusammenhang von Klima und Gesundheit und dessen Einfluss aufgrund unseres Lifestyles
Tumorpatienten	Nierenfunktion unter Therapie und Trinkmengenanpassung Medikationscheck Ernährungszustand Auswirkungen Therapie auf Nierenfunktion und Lichtempfindlichkeit der Haut	
Adipositas		
Psychische Erkrankungen		
Parkinson/Demenz	Trinkenmengenanpassung und /oder Ausscheidungskontrolle Exsikkosegefahr (ggf. Einbezug Pflegepersonal)	
Chronische Hauterkrankungen unter Therapie (Psoriasis, Neurodermitis)		
geistigen Behinderungen	Trinkmengenanpassung und /oder Ausscheidungskontrolle Exsikkosegefahr (ggf. Einbezug Pflegepersonal)	
Allergiker	Verlängerte Allergiesaison, Kreuzallergene, „neue“ Allergene, Anpassung auf Pulverinhalatoren	
Muskuloskelettale Erkrankungen	Vermeidung diclofenac-haltiger Externa	

Literaturverzeichnis (I+ II)

AGA, DAG (Hrsg.), 2019. Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. AWMF-Nr. 050-002 Version August 2019.

Barrett et al, 2015. Barrett B, Charles JW, Temte JL. Climate change, human health, and epidemiological transition. Preventive medicine 2015; 70:69–75. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.013>.

Becker et al, 2019. Becker C., Herrmann, A., Haefeli, W., Rapp, K., & Lindemann, U. (2019). Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 62(5): 5. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 62(5): 5.

BMG.de.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Tabakkonsum_reduzieren.pdf. (Stand 14.03.2023).

BMK.gv.at. https://www.bmk.gv.at/themen/klima_umwelt/luft/luftguete/feinstaub.html (Stand 14.03.2023).

Bobbert P, 2020. Klimawandel ist Thema der Ärzteschaft. Deutsches Arzteblatt 2020;117(33–34):A1560.

Bundesministerium für Digitales und Verkehr., 2022. Mobilität in Deutschland (MiD). <https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Artikel/G/mobilitaet-in-deutschland.html> (Stand 14. 11.2022)

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, 2022. BMUV. Mein Essen, die Umwelt und das Klima: <https://www.bmu.de/jugend/wissen/details/mein-essen-die-umwelt-und-das-klima> (Stand 23. 012023)

Bundeszentrum für Ernährung, 2020. Bundeszentrum für Ernährung. Ernährung und Klimaschutz: <https://www.bzfe.de/nachhaltiger-konsum/orientierung-beim-einkauf/ernaehrung-und-klimaschutz/> (Stand 19. 012023)

BZgA.de. Leitfaden zur Kurzintervention Rauchstopp in der Arztpraxis <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/foerderung-des-nichtrauchens-informationsmaterial-fuer-multiplikatoren/leitfaden-zur-kurzintervention-bei-raucherinnen-und-rauchern/> (Stand 14.03.2023).

BZgA.de (2). Die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit | BZgA - Klima - Mensch - Gesundheit (Stand 14.03.2023).

Castaldi et al, 2022. Castaldi, S., Dembska, K., Antonelli, M. et al. The positive climate impact of the Mediterranean diet and current divergence of Mediterranean countries towards less climate sustainable food consumption patterns. <https://www.nature.com/articles/s41598-022-12916-9>.

Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R., Patterson C (2009). Managing the health effects of climate change. The Lancet, 373(9676), 1693–1733. doi:10.1016/S0140-6736(09) 60935-1

Deutscher Bundestag, 2022. Sachstand: Auswirkungen von Geschwindigkeitsbegrenzungen im Straßenverkehr auf die Treibhausgasemissionen. Bundestag WD 063/22 <https://www.bundestag.de/resource/blob/921316/4c93b48f865c540df7bd657b490ec6ac/WD-8-063-22-pdf-data.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2023. Planetary Health Diet. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.: <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/nachhaltige-ernaehrung/planetary-health-diet/> (Stand 19. 012023)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2023. DGE-Stellungnahme zur Einordnung der Planetary Health Diet. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.: <https://www.dge.de/presse/pm/dge-stellungnahme-zur-einordnung-der-planetary-health-diet/> (Stand 21. 012023)

Deutsche Herzzstiftung, 2017. Länger leben durch Mittelmeerküche Traum oder Wirklichkeit? <https://www.herzstiftung.de/system/files/2020-06/SD38-Laenger-leben-durch-2017.pdf>; <https://fet-ev.eu/mediterrane-ernaehrung/>

Deutsches Ärzteblatt, 2015. Tabakatlas: 121 000 Rauchertote jährlich in Deutschland <https://www.aerzteblatt.de/archiv/172961/Tabakatlas-121-000-Rauchertote-jaehrlich-in-Deutschland>

Fischer EM, Schär C, 2010. Consistent geographical patterns of changes in high-impact European heatwaves. Nat Geosci 3:398–403. doi: 10.1038/ngeo866

Gislason, Maya K., 2015. Climate change, health and infectious disease. Virulence 6 (6):539–542.

GOLD Guidelines, 2018. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

Günster et al, 2021. Günster, C., Klauber, J., Robra, B.-P., Schmuker, C. and Schneider, A.. Versorgungs-Report: Klima und Gesundheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. DOI: <https://doi.org/10.32745/9783954666270>

Haines A, Ebi K, 2019. The Imperative for Climate Action to Protect Health. N Engl J Med, 380(3), 263–273. doi:10.1056/NEJMr1807873

Herold G. (Hrsg.), 2023. Innere Medizin

Herrmann et al, 2019. Herrmann, A., Haefeli, W., Lindemann, U., Rapp, K., Roigk, P., & Becker, C. Epidemiologie und Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden älterer Menschen. Z Gerontol Geriatr 52(5): 487-502.

Hildt et al, 2019. Eberhard Hildt, Maria-Sabine Ludwig, Joseph Kuhn..Impfen neu denken: Ansatzpunkte und Perspektiven einer modernen Impfstrategie (springer.com)

IQWiG, 2010. Nutzenbewertung nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien bei Patienten mit essenzieller Hypertonie: Steigerung der körperlichen Aktivität. Rapid Report A0r-21D. IQWiG: www.iqwig.de/download/a05-21d_rapid-report_nichtmedikamentoeser_behandlungsstrategien_bei_hypertonie_steigerung_der_koerperlichen_aktivitaet.pdf Abgerufen am (Satnd 19.032023)

KLUG, 2022. klimawandel-gesundheit.de/planetary-health/ernaehrung/. Abgerufen am 24. Januar 2023 von ERNÄHRUNG IM KONTEXT VON PLANETARY HEALTH: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/planetary-health/ernaehrung/>

Krebsgesellschaft, 2022. Onko Internetportal. Durch Bewegung Krebs vorbeugen: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/bewusst-leben/basis-informationen-krebs-bewusst-leben-bewegung/durch-bewegung-kreb.html> (Stand 14. 112022)

Lewandowsky et al. 2020. The Debunking Handbook. DOI: 10.17910/b7.1182. Auf Deutsch [hier](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfmythen/Sicherheit_Nebenwirkungen_Download.pdf?__blob=publicationFile) verfügbar; Informationsmaterial „Faktensandwiches für wirksame Aufklärung“ des Robert Koch Instituts https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfmythen/Sicherheit_Nebenwirkungen_Download.pdf?__blob=publicationFile; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfmythen/Wirksamkeit_Impfschutz.html

Mahmud et al, 2020. The Impact of Climate Change on Vaccine-Preventable Diseases: Insights From Current Research and New Directions | SpringerLink

McMichael AJ, 2013. Globalization, climate change, and human health. The New England Journal of Medicine 368 (14):1335.

Miksch A, Andres E, Stegbauer C, Szecsenyi J: Prävention – Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band E1, Version 2.0, KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin 2021. https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/QISA/Downloads/qisa_teil_e1_v2_0_web.pdf

OECD, 2019. Health at a glance . www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm (Stand 14.03.2023).

OECD.org. Better Life Index: Umwelt. <https://www.oecdbetterlifeindex.org/de/topics/environment-de/> (Stand 14.03.2023).

Quam et al 2017. Quam VG, Rocklöv J, Quam M, Lucas RA. Assessing greenhouse gas emissions and health co-benefits: a structured review of lifestyle-related climate change mitigation strategies. International journal of environmental research and public health, 14(5), 468.

Rittweger et al., 2022. Temperature and particulate matter as environmental factors associated with seasonality of influenza incidence – A novel approach using Earth observation-based modeling in a health insurance cohort study from Baden-Württemberg (Germany). Environ Health. 2022; 21: 131.

RKI.de (1).

https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/K/Klimawandel_Gesundheit/Klimawandel_Gesundheit_node.html (Stand 14.03.2023).

RKI.de (2).

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Rauchen/Rauchen_node.html (Stand 14.03.2023, bzw. Stand 31.08.2018)

RKI.de (3).

https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/C/Chron_Erkrankungen/Chron_Erkrankungen_node.html (Stand 14.03.2023).

RKI.de (4). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/NCD-Surveillance/NCD-Surveillance_inhalt.html (Stand 14.03.2023).

RKI.de (5).

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads_J/FactSheets/JoHM_02_2018_Passivrauchbelastung_Erwachsene.pdf;jsessionid=B04EA3EBDADEB4420FFDEFC7B9296789.1_cid381?__blob=publicationFile (Stand 31.08.2018).

RKI.de (6). [RKI - Impfen](#) (Stand 28.03.2023)

RKI (7).

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads_J/FactSheets/JoHM_02_2018_Passivrauchbelastung_Erwachsene.pdf;jsessionid=B04EA3EBDADEB4420FFDEFC7B9296789.1_cid381?__blob=publicationFile (Stand 31.08.2018)

Robert Koch Institut (RKI), 2010. Klimawandel und Gesundheit - Ein Sachstandsbericht.

RKI, 2022. Epidemiologisches Bulletin 49/2022. Impfquoten bei Erwachsenen in Deutschland – Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance. Epidemiologisches Bulletin 49/2022 (rki.de)

Sachverständigenrat Medizin, 2009. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. www.svr-gesundheit.de „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009“).

Schauder, 2006. Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker

Schlimpert, 2022. <https://www.kardiologie.org/ischaemische-herzerkrankungen-koronare-herzkrankheit--khh/stoffwechselkrankheiten-und-ernaehrung/welche-ernaehrung-ist-besser-fuer-khk-patienten--mediterran-oder/20377712>

UN.org. <https://www.un.org/en/climatechange/science/climate-issues/food> (Stand 14.03.2023),

Umweltbundesamt, 2022 (1). Klimaschutz im Verkehr. Umweltbundesamt: <https://www.umweltbundesamt.de/themen/verkehr-laerm/klimaschutz-im-verkehr#ziele> (Stand 24.01.2023)

Umweltbundesamt, 2022 (2). Spezifische Emissionen des Straßenverkehrs Umweltbundesamt: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/verkehr/emissionen-des-verkehrs> (Stand 24.01.2023)

Umweltbundesamt, 2022 (3). Beitrag der Landwirtschaft zu den Treibhausgas-Emissionen. Umweltbundesamt: Beitrag der Landwirtschaft zu den Treibhausgas-Emissionen. <https://www.umweltbundesamt.de/daten/land-forstwirtschaft/beitrag-der-landwirtschaft-zu-den-treibhausgas#treibhausgas-emissionen-aus-der-landwirtschaft> (Stand 26.04.2023)

Umweltbundesamt.de (1). <https://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/gesundheitsrisiken-durch-hitze> (Stand 14.03.2023)

Umweltbundesamt.de (2). <https://www.umweltbundesamt.de/daten/klima/treibhausgas-emissionen-in-deutschland#emissionsentwicklung> (Stand 14.03.2023).

Varnaccia et al, 2017. Varnaccia G, Zeiher J, Lange C, Jordan S. Journal of Health Monitoring · 2017 2(2). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-034. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2645>

Verbraucherzentrale Bayern, 2010. Verkehrsmittel im Umwelt-, Zeit- und Kostenvergleich. https://www.verbraucherzentrale-bayern.de/sites/default/files/migration_files/media221043A.pdf (Stand 14. 11. 2022)

Walinski, A. et al: Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 117-24; DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0403

Watts et al, 2015a. Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W, Costello A Health and climate change: policy responses to protect public health. The Lancet, 386(10006), 1861–1914. doi:10.1016/s0140-6736(15)60854-6

Watts et al, 2015b. Watts N, Campbell-Lendrum D, Maiero M, Fernandez Montoya L, Lao K Strengthening Health Resilience to Climate Change – Technical Briefing for the World Health Organization Conference on Health and Climate. Geneva: United Nations, World Health Organization

WHO. int (1). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051287> (Stand 14.03.2023).

WHO.int (2). <https://www.who.int/europe/news/item/07-06-2022-cycling-and-walking-can-help-reduce-physical-inactivity-and-air-pollution--save-lives-and-mitigate-climate-change> (Stand 14.03.2023).

WHO.int (3). <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/heatwaves-how-to-stay-cool> (Stand 24.02.23).

WHO.int (4). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349086>. (Stand 14.03.2023).

World Health Organization, 2022. Tobacco: poisoning our planet. [9789240051287-eng.pdf](#)

World Health Organization, 2020. WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-001222-6

World Health Organization, 2019. Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden. Neue und aktualisierte Hinweise. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation. Heatwaves: How to stay cool. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/heatwaves-how-to-stay-cool> (Stand 24.02.23)

World Health Organization, 2015. Operational framework for building climate resilient health systems (ISBN 9 978 92 4 156507 3). Retrieved from Geneva, Switzerland

World Health Organization, 2013. review-of-evidence-on-health-aspects-of-air-pollution-revihaapinterim-report. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/air-quality/publications/2013/review-of-evidence-on-health-aspects-of-air-pollution-revihaapinterim-report> (Stand 24. 012023)

WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2021. Plant-based diets and their impact on health, sustainability and the environment: a review of the evidence: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349086>

WWF, 2022. Essen wir das Klima auf. WWF Themen und Projekte: <https://www.wwf.de/themen-projekte/landwirtschaft/ernaehrung-konsum/essen-wir-das-klima-auf> (Stand 24. 01.2023)

Zacharias et al, 2015. Zacharias S, Koppe C, Mücke H, Climate Change Effects on Heat Waves and Future Heat Wave-Associated IHD Mortality in Germany. Climate 100–117. doi: 10.3390/cli3010100

III. Fokus der klimaresilienten Versorgung von Kindern und Jugendlichen im pädiatrischen Modul der HzV

1. Kinder als vulnerable Gruppe

Die Klimafolgen werden sich nicht gleichmäßig auf die Bevölkerung auswirken. Insbesondere Kinder sind von Umwelteinflüssen und damit auch von Klimaveränderungen stärker betroffen (Chance et Harmsen, 1998) und werden weltweit, aber auch in Deutschland, als vulnerable Gruppe einen Großteil der durch den Klimawandel verursachten Krankheitslast tragen (Philipsborn et Chan, 2018).

Sie bedürfen daher eines besonderen Schutzes. [KLUG (1)]

Darüber hinaus werden Kinder und Jugendliche zukünftig viel stärker von den Folgen der Klimakrise betroffen sein. [KLUG (1)]

Kinder sind auf vielfältige Art verletzlich, sowohl körperlich als auch sozial und psychisch. Sie sind empfänglicher als Erwachsene, weil in ihrer raschen Entwicklung körperliche und seelische Prägungen stattfinden und gleichzeitig Abwehrmechanismen noch unzureichend ausgebildet sind. [KLUG (1)]

So sind Kinder in erster Linie betroffen, wenn es heißer wird, Allergien ganzjährig und heftiger werden, toxische Substanzen sich weiter ausbreiten, Starkwetterereignisse und Dürren eintreten oder gar die Existenz bedrohen, oder gestörte Welthandels- und Produktionssysteme das Lebensnotwendige nicht mehr liefern können. [KLUG (1)]

Durch die fortlaufende körperliche Entwicklung sind Kinder vulnerabel für Hitze und Luftverschmutzung. Aufgrund einer höheren Atemfrequenz sind Kinder stärker Luftverunreinigungen ausgesetzt.

Kinder verbringen tendenziell mehr Zeit draußen als Erwachsene, wodurch sie Hitze und Kälte, Regen und Schnee, bestimmten Allergenen und Insektenstichen stärker ausgesetzt sein können. [EPA]

Kinder und Jugendliche in Deutschland sind somit verstärkt exponiert gegenüber klimawandelbedingten Faktoren wie Hitze, UV-Strahlung, Allergenen, Luftschadstoffen, Extremwetterereignissen und neuen Infektionskrankheiten.

Daraus entstehende, bereits heute relevante gesundheitliche Problemlagen sind unter anderem hitzebedingte Gesundheitsprobleme, ein erhöhtes Hautkrebsrisiko, Allergien und Atemwegserkrankungen sowie Unfälle oder psychische Belastungen aufgrund von Extremwetterereignissen (Augustin et al. 2017; Bunz et Mücke, 2017; Lake et al., 2017).

Der Fokus der klimaresilienten Beratung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ihren Angehörigen ist damit a priori deutlich präventiver ausgerichtet als im Bereich der Erwachsenenwelt:

Es geht um primäre Krankheitsvermeidungsstrategien bei einem hochvulnerablen sich entwickelndem Organismus.

2. Umweltstressoren

Die Umwelt ist auch bei Kindern und Jugendlichen einer der wichtigsten Einflussfaktoren für die menschliche Gesundheit, wie die Forschung im Bereich Environmental Public Health bestätigt. Umweltstressoren biologischer, chemischer und physikalischer Art sowie hierdurch bedingte Defizite können negative Gesundheitseffekte hervorrufen. Diese können akut, oder auch mittel- bis langfristig auftreten. Das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation Europa (WHO Europe) verdeutlicht in seiner Broschüre „Gesunde Umwelt für gesündere Menschen, 2018“ die gesundheitlichen Folgen wichtiger, in Europa weit verbreiteter Umweltbelastungen (Umweltbundesamt [UBA] 2020; UN Environment 2019). [WHO.int]

2.1. Luftverschmutzung und Allergene

So gilt die Luftverschmutzung als der Umweltstressor mit dem größten Einfluss auf die menschliche Gesundheit und als Risikofaktor für unter anderem akute und chronische Atemwegserkrankungen, Herzerkrankungen oder auch Lungenkrebs. Berechnungen zur Schätzung vorzeitiger Todesfälle in der europäischen WHO-Region aufgrund der Luftschadstoffbelastung liegen im Bereich von 620.000.

In Deutschland spielt nicht nur die Außenluftbelastung mit Feinstaub, Stickoxiden und Ozon eine wichtige Rolle, sondern auch die Innenraumbelastung. Im Innenraum sind die Belastung durch Passivrauch, Schimmelpilze und Innenraumschadstoffe von besonderer Bedeutung. Beispielweise gibt es einen Zusammenhang zwischen Passivrauchbelastung und dem Risiko am plötzlichen Kindstod zu versterben.

Besonders bei Kindern und Heranwachsenden wurde in Studien ein negativer Einfluss auf die Lungenentwicklung durch verschiedene Außenluftschadstoffe beobachtet (Günster et al, 2021).

In Deutschland sind insbesondere die Konzentrationen von Stickstoffdioxid und Feinstaub noch immer zu hoch. Eine langfristige Exposition gegenüber Feinstaub kann beispielsweise Atemwegserkrankungen bei Kindern auslösen. (World Health Organization, 2013); [Umweltbundesamt (1)]

Allergene spielen eine wichtige Rolle bei der allergischen Rhinitis, dem Asthma bronchiale und der atopischen Dermatitis, den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Bedingt durch den Klimawandel beobachten wir eine Verlängerung der Vegetationsperiode, allgemein beginnt Blütezeit durchschnittlich 14 Tage früher als im langjährigen Mittel. Es kommt zu einer „Einwanderung“ von Ambrosia, mit Blütezeit ab Juli bis Oktober bzw. Frostbeginn. Im Innenraum können auch durch klimaprotektive Maßnahmen wie Dämmung vermehrt Schimmelpilze entstehen, und diese können ebenfalls zu allergischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen führen.

Mittlerweile geht man davon aus, dass das Meiden von bestimmten Lebensmitteln im Kleinkindalter nicht der Allergieentwicklung vorbeugt, sondern eher im Gegenteil: Kleine Kinder sollten möglichst viele unterschiedliche Lebensmittel kennenlernen und dadurch ihr Immunsystem auf Toleranz trainieren. Vielfalt auf dem Gaumen und im Umfeld, wie z.B. auf dem Bauernhof, scheint widerstandsfähiger gegenüber Allergien zu machen (Günster et al, 2021)

2.2. Umgebungslärm

Für Umgebungslärm, einem weiteren sehr wichtigen Umweltstressor liegen die DALYs (Disability-adjusted life years) für Schlafstörungen, lärmbedingte Verstimmungen und kognitive Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen bei 903.000, 654.000 respektive 45.000. Des Weiteren sind Herz-Kreislaufereignisse, metabolische und Effekte auf die psychische Gesundheit Folgen von Umgebungslärm.

2.3. Exposition mit Chemikalien

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld im Bereich Umwelt und Gesundheit ist die Exposition gegenüber einer Vielzahl (potenziell) gesundheitsgefährdender Chemikalien. Kontakt besteht aufgrund ihres ubiquitären Vorkommens in der Umwelt sowie u.a. als Zusatz in verbrauchernahen und Alltagsprodukten oder als Pestizid / Austritt aus Verpackungsmaterial in Lebensmitteln. Eine allgemeine Kostenschätzung hinsichtlich durch chemische Exposition verursachte Erkrankungen und physiologische Störungen im Kindesalter beläuft sich auf 71 Milliarden Euro pro Jahr für Europa. Kinder (einschließlich Un- und Neugeborene, Kleinkinder) reagieren sehr vulnerabel auf die Exposition gegenüber Chemikalien. Die mit der Chemikalienexposition assoziierten Gesundheitsfolgen betreffen u.a. die Gehirnentwicklung, die Atemwegsgesundheit, Hormonstörungen und metabolische Störungen (WHO Europe 2018; siehe hierzu auch Kommission Umweltmedizin und Environmental Public Health 2020). Mit GerES V (Deutsche Umweltstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen) liegen aktuelle Daten zur Belastung dieser Gruppen in Deutschland vor (Cholmakow-Bodechtel et al, 2018) UBA 2020a; siehe auch Schwedler et al. 2020; Murawski et al. 2020; Duffek et al. 2020).

3. Extremwetterereignisse, Temperaturextreme und UV-Strahlung

Neben unmittelbaren gesundheitlichen Belastungen durch Extremwetterereignisse, wie beispielsweise Verletzungen, treten auch langfristige Folgen, z.B. psychische Belastungsstörungen, auf. Diese Belastungen betreffen bestimmte vulnerable Gruppen, z. B. ältere Menschen, Kinder, Schwangere oder Einsatzkräfte, in besonderem Maße. Diese Gruppen können sich evtl. nicht (mehr) selbstständig versorgen oder in Sicherheit bringen und die auftretenden körperlichen Belastungen können sie an ihre Grenzen bringen. [RKI (1)] Hitze kann negative Auswirkungen auf die kindliche Gesundheit zeigen, im Kleinkindesalter kann Überhitzung zu Dehydration führen, im Jugendalter kann Sport im Freien bei Hitze zu hitzebedingten Erkrankungen führen (DSPG 2017). Übermäßige UV-Strahlung im Kindes- und Jugendalter ist ein Risikofaktor für später im Leben auftretenden Hautkrebs.

Kinder sind besonders vulnerabel gegenüber Hitze. Die Wahrscheinlichkeit für das Erleben von Extremwetterereignissen ist stark gestiegen: Bei 2020 Geborenen liegt sie weltweit für Hitzewellen 6,8-fach höher im Vergleich zu 1960 Geborenen. [Thieme]

Aufgrund der geringeren physiologischen Anpassungskapazität zählen insbesondere Säuglinge und Kleinkinder zur Risikogruppe [RKI (1)].

Weltweit führt Hitze u.a. zu Zunahme von plötzlichem Kindstod

- erhöhtem Frühgeburtenrisiko [KLUG (2)]
- Zunahme gastroenteraler Infektionen
- häufigeren Notaufnahme-Konsultationen, häufig wegen Dehydrierung
- Die Mortalität und die Morbidität bei Kindern sind durch Hitze erhöht. [Thieme]

UV-Strahlung schädigt das Erbgut und ist, wie auch Asbest und ionisierende Strahlung, in die höchste Risikogruppe 1 als „krebserregend für den Menschen“ eingestuft. Vor allem UV-bedingte Krebserkrankungen belasten das Wohl der Allgemeinheit und verursachen hohe Kosten für das Gesundheitswesen. UV-bedingte Gesundheitsschäden an Augen und Haut können grundsätzlich jeden treffen, Kinder sind besonders gefährdet.

Sonnenbrände als Konsequenz einer zu intensiven UV-Bestrahlung beispielsweise verdoppeln das Risiko, an schwarzem Hautkrebs zu erkranken – bei Kindern wird von einer Verdreifachung gesprochen. Das Risiko für UV-bedingte Erkrankungen wirkungsvoll zu senken, umfasst vorbeugende Maßnahmen von Geburt an. Vor allem ein wirkungsvoller Schutz der Kinder ist geboten, da Kinder eine gegenüber Erwachsenen deutlich höhere Empfindlichkeit der Augen und der Haut für UV-Strahlung aufweisen. [RKI (1)]

4. Fokus Pädiatrie: Körperliche Aktivität fördern

Körperliche Aktivität fördert die körperliche, psychische und soziale Gesundheit und kann der Entwicklung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter vorbeugen. In Deutschland waren in den Jahren 2014 bis 2017 ca. 26 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland pro Tag mindestens 60 Minuten körperlich aktiv und erreichten somit die Mindestempfehlung der WHO. Mit zunehmendem Alter sinken die Anteile: bei den 14- bis 17-Jährigen sind es nur 12 %. [RKI (2)]

Vor allem Radfahren und Zufußgehen können dazu beitragen, Bewegungsmangel und Luftverschmutzung zu verringern, Menschenleben zu retten und das Klima zu schützen [WHO.int (1)]

Adipositas gefährdet bereits im Kindesalter die Gesundheit und kann bis ins Erwachsenenalter negative gesundheitliche Folgen haben. Etwa 15 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind übergewichtig oder adipös. Adipositas zählt als eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Eine ausgewogene Ernährung, körperliche Aktivität und ausreichend Schlaf beugen der Entstehung kindlicher Adipositas vor. (Varnaccia et al, 2017)

5. Fokus Pädiatrie: Rauchen und Klima

Das Rauchverhalten im Jugendalter ist von besonderem Interesse, da hier in vielen Fällen die Weichen für den Tabakkonsum im späteren Leben gestellt werden. Gemäß einer Studie in Deutschland (Jahre 2004 bis 2017) rauchten 7,2% der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Ungefähr die Hälfte davon täglich (3,7% der 11- bis 17-Jährigen). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die rauchen, stieg mit dem Alter an. (Zeiger et al, 2018)

Der jugendliche Organismus ist besonders anfällig für Schädigungen durch die toxischen Substanzen des Tabakrauches, zudem verringert ein früher Raucheinstieg die Chance eines erfolgreichen Rauchausstiegs im späteren Leben. (Zeiger et al, 2018)

Nikotinabusus ist weiterhin das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Neben den direkten gesundheitlichen Auswirkungen produziert die Tabakindustrie jährlich rund 84 Millionen Tonnen CO₂ und trägt damit zum Klimawandel bei. [RKI (3); WHO.int (2)]

Tabakrauch ist mit Abstand der bedeutendste Innenraumschadstoff in Deutschland und zugleich vollständig vermeidbar. Fast die Hälfte der nicht aktiv rauchenden KiGGS-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer leben in Haushalten mit mindestens einem rauchenden Elternteil. (Zeiger et al, 2018)

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte haben die Möglichkeit, die Themen Schutz vor Passivrauch und Rauchverzicht regelmäßig anzusprechen und eine individuelle Beratung anzubieten. [RKI (4)]

6. Fokus Pädiatrie: Prävention durch Impfschutz

Zwischen 2012 und 2021 konnten teilweise deutlich steigende Zahlen bei wichtigen Impfungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland beobachtet werden. Den größten und zunehmenden Versorgungsanteil hat die Kinder- und Jugendmedizin. Deren Anteil variierte zwischen 75 Prozent (Influenzaimpfung) und 93 Prozent (Varizellenimpfung). [Zi, 2022]

Trotz dieser positiven Entwicklungen bestehen jedoch weiterhin Defizite bei vielen Impfungen: Kinder in Deutschland werden teilweise zu spät oder nicht vollständig geimpft. Dadurch werden national bzw. international gesetzte Impfquotenziele nicht erreicht. Bei der Inanspruchnahme aller Impfungen gibt es große regionale Unterschiede. [RKI (5)]

Weltweit stellen Krankheiten, die durch Impfungen vermeidbar sind, eine relevante Ursache für Mortalität und Morbidität dar. Klimafaktoren haben sich als wichtige Faktoren für die Übertragung von durch Impfung vermeidbaren Atemwegserkrankungen, durch Wasser übertragenen Darmkrankheiten und durch Mücken übertragenen Krankheiten erwiesen. Das Klima ist somit eine wichtige Triebkraft für die Dynamik vieler Infektionskrankheiten, einschließlich derer, die durch Impfung vermeidbar sind (Mahmud et al, 2020).

7. Fokus Pädiatrie: Psychische Belastung

Neben den körperlichen Auswirkungen des Klimawandels ist dieser auch belastend für die psychische Gesundheit. Kinder und Jugendliche sind auch hier besonders verwundbar.[dgkj]

Mit fortschreitender Erderwärmung sind eine stärkere psychische Belastung der Bevölkerung und ein steigender Versorgungsbedarf für psychische Erkrankungen zu erwarten. Beispielsweise durch Hitze verschlechtern sich zahlreiche psychische Erkrankungen, Morbidität und Mortalität steigen. Naturkatastrophen erhöhen die Prävalenzen vor allem von PTBS, Depressionen und Angststörungen bei den Betroffenen. Eine geografisch bedingte erhöhte Exposition, der zugrundeliegende Gesundheitszustand sowie begrenzte Anpassungs- und Bewältigungskapazitäten können die Vulnerabilität von Individuen oder Bevölkerungsgruppen erhöhen. Psychisch erkrankte Menschen sowie Kinder und Jugendliche gehören zu den für die Auswirkungen des Klimawandels besonders vulnerablen Gruppe. (Walinski et al, 2023)

Synopsis umweltbedingter Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter

Umweltstressor	Gesundheitseffekt
Passivrauchexposition	Kleinkinder die am plötzlichen Kindstod sterben (SIDS)
Bewegungsmangel, endokrin wirksame Chemikalien	Kinder mit Übergewicht, Medienabusus
Passivrauchexposition, Feinstaub, Ozon, Schimmelpilze	Kinder mit chronischen Atemwegserkrankungen (Asthma b., Bronchitis)
Hitze	Kleinkinder mit Störungen der Thermoregulation
UV-Strahlung	Kinder mit Sonnenbrand als Risikofaktor für Hautkrebs im Erwachsenenalter
Neurotoxische Chemikalien, endokrin wirksame Chemikalien	Kinder mit Entwicklungs- und Verhaltensstörungen
Extremwetterereignisse	Kinder mit mentalen Störungen
Vektor übertragene Erkrankungen	FSME, West-Nil Virus, Dengue, Chikunkunya, Leishmaniose
Lärm	Kinder mit Entwicklungs- und Verhaltensstörungen

Tabelle: Umweltstressoren und potentielle Gesundheitsfolgen

Literaturverzeichnis (von Abschnitt III)

Augustin et al. 2017. Augustin J, Sauerborn R, Burkart K, Endlicher W, Jochner S, Koppe C. Gesundheit. In G. P. Brasseur, D. Jacob, & S. Schuck-Zöller (Eds.), Klimawandel in Deutschland (pp. 137-149). Berlin, Heidelberg: Springer.

Bunz & Mücke 2017. Klimawandel – physische und psychische Folgen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 60(6), 632-639.

Chance et Harmsen, 1998. Children are different: environmental contaminants and children's health. Can J Public Health. 1998; 89: S9-13-S10-5

Cholmakow-Bodechtel et al, 2018. Cholmakow-Bodechtel C , Mayer S, Scharf L, Schieferstein T Deutsche Umweltstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, GerES 2014-2017 Vorbereitung und Durchführung der Feldarbeit inklusive Datenlieferung. https://www.bmuv.de/fileadmin/Daten_BMU/Pool/Forschungsdatenbank/fkz_3714_62_200_1_umweltstudie_geres_bf.pdf

dgkj. Presseinfo: Klimawandel und Kindergesundheit - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.. <https://www.dgkj.de/aktuelles/news/detail/post/presseinfo-klimawandel-und-kindergesundheit> (Stand 13.12.2023)

DSPG (2017). Sport bei hohen sommerlichen Temperaturen — was Kinder und Jugendliche beachten sollten: [DGSP • Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V.](#) (Stand 18.03.2024)

EPA. United States Environmental Protection Agency. <https://www.epa.gov/climateimpacts/climate-change-and-childrens-health> Climate Change and Children's Health (Stand 13.12.2023)

Günster et al, 2021. Günster, C., Klauber, J., Robra, B.-P., Schmuker, C. and Schneider, A.. Versorgungs-Report: Klima und Gesundheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. DOI: <https://doi.org/10.32745/9783954666270>

KLUG (1). <https://www.klimawandel-gesundheit.de/planetary-health/kindergesundheit/>. (Stand 20.02.2024)

KLUG (2). <https://www.klimawandel-gesundheit.de/tag-der-kinderrechte-gesundheit-von-kindern-durch-die-klimakrise-massiv-gefaehrdet/>. (Stand 20.02.2024)

Lake et al. 2017. Lake IR, Jones NR, Agnew M, Goodess CM, Giorgi F, Hamaoui-Laguel, L, Epstein MM. Climate Change and Future Pollen Allergy in Europe. Environmental Health Perspectives, 125(3), 385-391. doi:10.1289/EHP173

Mahmud et al, 2020. Mahmud AS, Martinez PP, He J, Baker RE. Current Environmental Health Reports (2020) 7:384–391 [The Impact of Climate Change on Vaccine-Preventable Diseases: Insights From Current Research and New Directions](#). <https://link.springer.com/article/10.1007/s40572-020-00293-2>

Philipsborn et Chan, 2018. Climate change and global child health. Pediatrics. 2018; 141e20173774 <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3774> DOI|

RKI (1). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JHealthMonit_2023_S4_Sachstandsbericht_Klima (Stand 13.12.2023)

RKI (2).

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/HTML_Themenblatt_Koerperliche_Aktivitaet.html (Stand 13.12.2023)

RKI (3).

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Rauchen/Rauchen_node.html (Stand 14.03.2023, bzw. Stand 31.08.2018)

RKI (4).

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads_K/2010_3_Gesundheitsrisiko_Passivrauchen.pdf?__blob=publicationFile (Stand 13.12.2023)

RKI (5). https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/48/Art_01.html (Stand 13.12.2023)

Thieme.de (1)

<https://natuerlich.thieme.de/aktuelles/nachrichten/detail/klimawandel-kinder-sind-besonders-vulnerabel-620> (Stand 13.12.2023)

Umweltbundesamt (1). <https://www.umweltbundesamt.de/themen/luft/wirkungen-von-luftschadstoffen/wirkungen-auf-die-gesundheit#aussenluft> (Stand 13.12.2023)

Varnaccia et al, 2017. Varnaccia G, Zeiher J, Lange C, Jordan S. Journal of Health Monitoring · 2017 2(2). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-034. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2645>

Walinski et al, 2023. Walinski A; Sander J; Gerlinger G; Clemens V; Meyer-Lindenberg A; Heinz A, Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 117-24; DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0403. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/229915/Auswirkungen-des-Klimawandels-auf-die-psychische-Gesundheit>

World Health Organization, 2013. review-of-evidence-on-health-aspects-of-air-pollution-revihaapinterim-report. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/air-quality/publications/2013/review-of-evidence-on-health-aspects-of-air-pollution-revihaapinterim-report> (Stand 24. 01.2023)

WHO.int. Gesunde Umwelt für gesündere Menschen. <https://www.who.int/europe/de/publications/i/item/WHO-EURO-2018-3004-42762-59655> (Stand 20.02.2024)

WHO.int (1). <https://www.who.int/europe/news/item/07-06-2022-cycling-and-walking-can-help-reduce-physical-inactivity-and-air-pollution--save-lives-and-mitigate-climate-change> (Stand 14.03.2023).

WHO. int (2). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051287> (Stand 14.03.2023).

Zeiher et al, 2018. Zeiher J, Starker A, Kuntz B. Robert Koch-Institut, Berlin Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring · 2018 3(1); https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads_J/FactSheets/JoHM_01_2018_Rauchverhalten_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

Zi, 2022. <https://www.zi.de/detailansicht/15-dezember-2022> (Stand 13.12.2023)

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND und die AOK prüfen die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES anhand der AOK-Abrechnung der HÄVG/MEDIVERBUND auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 19, 20 des Vertrages, **Anlage 12**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt **insbesondere** anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/des Qualitätszuschlags/des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Dokumentation mindestens eines HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontaktes (APK) (HZV-Versicherter) bei Abrechnung einer Pauschale P2 oder P3 oder Vertreterpauschale sowie Zielauftragspauschale entsprechend der Anlage 12;
 - e) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß ICD 10, bis zu 5-stellig (ab 2009 ggf. ICPC 2, vgl. § 26 Abs. 1 des Vertrages);
 - f) Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen pro HZV-versichertem Patienten gemäß Krebsfrüherkennungsrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung;
 - g) keine gleichzeitige Abrechnung von Qualitätszuschlägen (Sonografie; Kleine Chirurgie) und Überweisung an einen anderen Arzt (ab technischer Verfügbarkeit);

Der Umfang der von der HÄVG/MEDIVERBUND zum Zwecke der Prüfung der AOK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages iVm. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten
- (3) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand (**Anlage 10**) übermittelten Dokumentation.
- (4) Die HÄVG/MEDIVERBUND erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem HAUSARZT übersandten Abrechnungsnachweis (§ 19 Abs. 5 des Vertrages). Zu Einzelheiten der Prüfung und Versendung des Abrechnungsnachweises sowie zu möglichen Abrechnungskorrekturen wird auf das in den §§ 19, 20 des Vertrages und **Anlage 12** ABSCHNITTE III und IV niedergelegte Verfahren verwiesen.
- (5) Die HÄVG/MEDIVERBUND und die AOK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige HZV-Abrechnungen.

- (6) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach **Anlage 15** Anwendung finden.
- (7) **Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.**

Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

- (1) Zur Identifikation von speziellen Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarfen bei Kindern und Jugendlichen und zur schnelleren Einsteuerung in Maßnahmen der stationären Vorsorge oder Rehabilitation, können HAUSÄRZTE sowie KINDER-/JUGENDÄRZTE die „Einleitung einer stationären Vorsorge bzw. Rehabilitation“ (gemäß Anlage 12/12a) durchführen.
- (2) Das Verfahren zur Erkennung von Vorsorge- und Rehabilitationsbedarfen (inklusive der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsfähigkeit, -ziele und -prognose) erfolgt über medizinische Checklisten zu zwei Indikationsbereichen:
 - a. Somatische Indikationen und korrespondierende gesicherte ICD-10-Kodes (Anhang 1.1 zu Anlage 14)

A	Übergewicht / Adipositas	E66.04; -05; -09
B	Obstruktive Atemwegserkrankungen	J44.-, J45.-
C	Atopisches Ekzem / Neurodermitis	L20.-
D	Allergische Rhinokonjunktivitis	J30.-
E	Nahrungsmittelallergie	T78.-, L23.-

- b. Indikationen bei Verhaltens- und psychosomatischen Störungen und korrespondierende gesicherte ICD-10-Kodes (Anhang 1.2 zu Anlage 14)

F	Störungen des Sozialverhaltens	F91.-, F92.-, F94.-
G	Hyperkinetische Störungen	F90.-
H	Depressive Störungen	F32.-, F33.-, F34.1, F92.0
I	Angststörungen – Panikstörung – Trennungsangst	F40.-, F41.-, F93.0, F93.1, 93.2

- (3) Der HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT beurteilt im Rahmen der Patientenbehandlung, welche Kinder- und Jugendlichen aufgrund der beschriebenen Indikationen für das Checklisten-Screening infrage kommen (z. B. mit den Vorsorgeuntersuchungen, aber auch im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Behandlung).
 - (4) Die durch den HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT ausgefüllte Checkliste wird zusammen mit einem verkürzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsantrag (ersetzt Muster 61 und ist einheitlich für die Deutsche Rentenversicherung und AOK zu verwenden), der vom Versicherten bzw. dessen Erziehungsberechtigten auszufüllen und zu unterzeichnen ist, vom HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT an die AOK gesendet. Checkliste und

Kurzantrag (Anhang 1.1 oder Anhang 1.2) sind zusammen an die jeweilige AOK-Bezirksdirektion zu übermitteln.

- (5) Um den Vorsorge- bzw. Rehabilitationserfolg nachhaltig zu sichern, sollen die Behandlungsergebnisse der stationären Maßnahme auf Grundlage des Entlassberichtes der stationären Einrichtung durch den HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT mit dem Patienten, dessen Erziehungsberechtigten und - bei Abweichung - zusätzlich dessen Bezugspersonen besprochen und dokumentiert werden. Im Rahmen der Nachsorge kann über bestehende Kooperationsstrukturen zwischen dem HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT und dem Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg den Erziehungsberechtigten ein Gespräch mit dem Sozialen Dienst zu psychosozialen und pädagogischen Fragestellungen angeboten werden. In Kooperation mit und auf schriftliche Veranlassung durch den HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT stehen darüber hinaus spezifische Gesundheitsangebote der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung.

Anhänge

Anhang 1 zu Anlage 14:	Checkliste zu somatischen Indikationen
Anhang 2 zu Anlage 14:	Checkliste zu Verhaltens- und psychosomatischen Störungen
Anhang 3 zu Anlage 14:	Kurzantrag HZV-KinderReha (stat. Vorsorge u. Rehabilitation)
Anhang 4 zu Anlage 14:	Hintergrundinformation zu den Checklisten (Anhang 1 + 2)
Anhang 5 zu Anlage 14:	unbesetzt

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

CHECKLISTE GESUNDHEITSVORSORGE¹ UND REHABILITATION² FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

SOMATISCHE INDIKATIONEN³

VORSORGE	Zutreffendes bitte ankreuzen	REHABILITATION
Vorsorge- bzw. Rehabilitationsfähigkeit gegeben? (bzgl. Motivation, Mobilität, physische und psychische Belastbarkeit)		
Realistische Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele erfüllt? (bzgl. Schädigung, Beeinträchtigung Aktivität und Teilhabe, Kontext- und Risikofaktoren)		
Positive Vorsorge bzw. Rehabilitationsprognose gegeben? (bzgl. Schädigung, Beeinträchtigung Aktivität und Teilhabe, Kontext- und Risikofaktoren)?		
☐	☐	☐
Ambulante Therapien ausgeschöpft?		

A: ÜBERGEWICHT / ADIPOSITAS – ICD-10: E66.04; -05; -09	
Body-Mass-Index 90.-97.Pz. mit Risikofaktoren oder Komorbiditäten	Body-Mass-Index > 97.Pz.
☐	☐

B: OBSTRUKTIVE ATEMWEGSERKRANKUNGEN – ICD-10: J44.-; J45.-	
Wiederholte obstruktive Episode oder rezidivierende obstruktive Bronchitis (J44.-)	Chronisch rezidivierende Episode mit Verdacht auf Asthma bronchiale oder gesichertes Asthma bronchiale (J45.-) mit schlechter Therapiekontrolle unter Behandlung.
☐	☐

C: ATOPISCHES EKZEM / NEURODERMITIS – ICD-10: L20.-	
bis Stufe 2: Leichte bis moderate Ekzeme mit unzureichendem Therapieerfolg unter Maßnahmen der Basistherapie und Vermeidung von Triggerfaktoren sowie bei niedrig potenten topischen Steroiden und antipruriginösen/ antiseptischen Wirkstoffen.	ab Stufe 3: Moderate/Schwere Ekzeme mit unzureichendem Therapieerfolg unter Maßnahmen der Stufen 1 u. 2 und der zeitweisen Notwendigkeit höher potenter topischer Steroide.
☐	☐

D: ALLERGISCHE RHINOKONJUNKTIVITIS – ICD-10: J30.-	
Intermittierende Symptomatik < 4 Tage / Woche; < als 4 Wochen Geringe Symptome Keine/geringe Beeinträchtigung der Lebensqualität	Persistierende Symptomatik ≥ 4 Tage / Woche; ≥ 4 Wochen Belastende Symptome mit Beeinträchtigung der Lebensqualität
☐	☐

E: NAHRUNGSMITTELALLERGIE – ICD-10: T78.-, L23.-	
Grad I – Leichter bis moderater Verlauf in der Vorgeschichte mit primär enteraler Symptomatik ohne systemische Reaktion.	ab Grad II(-IV) – zunehmende systemische Reaktion. Schwere Verläufe in der Vorgeschichte mit generalisierter, systemischer Reaktion (z.B. generalisierte Urticaria, Dyspnoe). Cave: Bei potentiell lebensbedrohlich Reaktionen sind akut-klinische Maßnahmen zu erwägen.
☐	☐

☐ Kontaktaufnahme durch die Einrichtung während der oder im Anschluss an die Maßnahme erwünscht.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

¹ Vorsorgebedürftigkeit besteht nach § 23 SGB V, wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden, oder wenn die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist (Primärprävention).

² Rehabilitationsmaßnahmen sind nach § 40 SGB V dann zielführend, wenn eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abgewendet, eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe beseitigt oder eine Verschlimmerung vermieden werden muss. Dabei sind die Kriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistische Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose zu berücksichtigen.

³ Hinweis: Die Ausführungen in Anhang 4 zu Anlage 14 sind zu beachten. Begleitpersonen können bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres mit beantragt werden, in medizinisch begründeten Einzelfällen bis zwölf Jahre. Erstellt durch DRV Nord, BVKJ BW, AOK BW

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

CHECKLISTE STATIONÄRE VORSORGE¹ UND REHABILITATION² FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

INDIKATIONEN bei VERHALTENS- und PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN³

VORSORGEBEDARF	Zutreffendes bitte ankreuzen	REHABILITATIONSBEDARF
Vorsorge- bzw. Rehabilitationsfähigkeit gegeben? (bzgl. Motivation, Mobilität, physische und psychische Belastbarkeit)		
Realistische Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele vorhanden? (bzgl. Schädigung, Beeinträchtigung Aktivität und Teilhabe, Kontext- und Risikofaktoren)		
Positive Vorsorge- bzw. Rehabilitationsprognose gegeben? (bzgl. Schädigung, Beeinträchtigung Aktivität und Teilhabe, Kontext- und Risikofaktoren)		
☐	☐	☐
Ambulante Therapien ausgeschöpft?		

F: STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS – ICD-10: F91.-, F92.-, F94.-	
Leichte Sozialverhaltensstörung, deren Ausmaß eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) noch zulässt. Noch keine 6 Monate bestehend. ☐	Mäßig bis schwer ausgeprägte Sozialverhaltensstörung, deren Ausmaß eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) zumindest zeitweise erheblich einschränkt. Länger als 6 Monate bestehend. ☐

G: HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN – ICD-10: F90.-	
Leicht bis mäßig unaufmerksam Subtyp, dessen Ausprägung eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) noch aufrechterhält, wobei eine künftige Gefährdung nicht ersichtlich ist. ☐	Mäßig bis stark unaufmerksam Subtyp, dessen Ausprägung eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) zumindest zeitweise erheblich erschwert, wobei die Entwicklung komorbider Störungen nicht auszuschließen ist. ☐

H: DEPRESSIVE STÖRUNGEN – ICD-10: F32.-, F33.-, F34.1, F92.0	
Leicht ausgeprägte depressive Störung - keine Suizidalität - ohne relevante Komorbiditäten - mit ausreichend Ressourcen in der Familie - ohne Rückfallgefährdung - ohne weitere Risiken ☐	Mittelgradige depressive Störung - ohne akute Suizidalität - Mangel an Ressourcen in der Familie - erhebliche psychosoziale Belastungen (Vernachlässigung, Armut u.a.) - erkennbare Funktionseinschränkungen - unzureichende Alltagsbelastbarkeit/Reduktion schulischer Fähigkeiten ☐

I: ANGSTSTÖRUNGEN – PANIKSTÖRUNG – TRENNUNGSANGST – ICD-10: F40.-, F41.-, F93.0, F93.1, F93.2	
Leichte Angst- und Panikstörung* In der Regel < 4 Verhaltensauffälligkeiten pro Monat erkennbare Angstzustände führen zu einer nur kurzzeitigen psychosozialen Beeinträchtigung, deren Ausmaß eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) noch zulässt, eine künftige Verschlechterung jedoch nicht ausschließt. Intermittierende Symptomatik. ☐	Schwere Angst- und Panikstörung* In der Regel ≥ 4 Verhaltensauffälligkeiten pro Woche erkennbare Angstzustände führen zu wiederholten und ausgeprägten psychosozialen Beeinträchtigungen, die eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) zumindest zeitweise erheblich erschweren oder beeinträchtigen. ☐
Leichte Trennungsangst* - Trennungssituation wird toleriert trotz erkennbarer Angst - keine psychosoziale Beeinträchtigung ☐	Ausgeprägte Trennungsangst* - ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigung durch Vermeidung einer Trennung ☐

☐ Kontaktaufnahme durch die Einrichtung während der oder im Anschluss an die Maßnahme erwünscht.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

¹ Vorsorgebedürftigkeit besteht nach § 23 SGB V, wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden, oder wenn die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist (Primärprävention).

² Rehabilitationsmaßnahmen sind nach § 40 SGB V dann zielführend, wenn eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abgewendet, eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe beseitigt oder eine Verschlimmerung vermieden werden muss. Dabei sind die Kriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistische Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose zu berücksichtigen.

³ Hinweis: Die Ausführungen in Anhang 4 zu Anlage 14 sind zu beachten. Begleitpersonen können bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres mit beantragt werden, in medizinisch begründeten Einzelfällen bis zwölf Jahre.

* Es sollte eine weitere Abgrenzung zur akutmedizinischen Behandlung erfolgen, im Sinne einer Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit. Ist diese nicht gegeben liegt bei gleichzeitiger Entwicklungsgefährdung in der Regel eine akutmedizinische Behandlungsindikation vor.
Erstellt durch DRV Nord, BVKJ BW, AOK BW

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



Deutsche
Rentenversicherung



Eingangsstempel des
Leistungsträgers

Antrag auf HZV-KinderReha – ☐ Rehabilitation ☐ Vorsorge

1 Angaben zum Vater oder zur Mutter (Person, aus deren Versicherung der Antrag gestellt wird)

Name, Vorname des Vaters		Geburtsdatum
Name, Vorname der Mutter		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer (von einem Elternteil)		Vorwahl/Telefonnummer
Postleitzahl	Wohnort	

2 Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
Rentenversicherungsnummer des Kindes		

3 Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

Name		Vorname
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

4 Krankenkasse

Name der Krankenkasse	☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert

Rentenversicherungsnummer

KV-Nummer

5 Gesundheitsstörungen des Kindes

Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule?
- Impfschaden?

☐ nein ☐ ja, von welcher Stelle? _____

Wurden dort Leistungen beantragt?

☐ nein ☐ ja, Aktenzeichen _____

Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Gesundheitsstörung des Kindes ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch eine andere Person verursacht worden?

☐ nein ☐ ja

Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

☐ nein ☐ ja, am _____

bei welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____

6 Angaben, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

Das Kind

- ☐ befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen)
- ☐ befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen)
- ☐ leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des Trägers beifügen)
- ☐ ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen)
- ☐ Sonstiges:

7 Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird gestellt von

Name, Vorname/Dienststelle		
in der Eigenschaft als		
☐ gesetzlicher Vertreter	☐ Vormund	☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter
Postleitzahl	Wohnort, Straße, Hausnummer	Vorwahl/Telefonnummer

Rentenversicherungsnummer

KV-Nummer

8 Kommunikationshilfen und anerkannte Heilmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers bzw. anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen, oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja, das Kind ist angewiesen auf _____

9 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. blinde und sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

☐ als Großdruck	☐ als CD (Schriftdatei oder Textdatei im „doc.“-Format)
☐ in Braille (Kurzschrift)	☐ als Hörmedium (DC-DAISY Format)
☐ in Braille (Vollschrift)	

10 Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift Mutter oder Vater/Betreuer

11 Erklärung und Information

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Leistungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließe die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einem evtl. zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Leistungsträger sofort mitzuteilen.

Ort/Datum

Unterschrift Mutter oder Vater/Betreuer

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

ERKLÄRUNG:

Jede chronische Erkrankung, insbesondere bei Komorbiditäten und zusätzlichen Risikofaktoren aus allen Lebensbereichen kann prinzipiell Indikation für eine stationäre Vorsorge oder Rehabilitation sein.

Zu beachten ist natürlich, dass nicht der alleinige medizinische Schweregrad einer Erkrankung entscheidend ist, sondern die Gesamtauswirkung der Erkrankung auf das gesamte umgebende System der Familie und die soziale Teilhabe des Kindes/Jugendlichen.

Stationäre Rehabilitation:

Die stationäre Rehabilitation ist perspektivisch Teil eines Langzeitmanagements von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und ihren Familien mit dem Ziel der Verbesserung, mindestens aber Stabilisierung (Verhinderung einer Verschlechterung) des gesundheitlichen Status quo vor dem Hintergrund der aktuellen oder zukünftigen Anforderungen in Schule, Ausbildung und Beruf sowie des Ziels einer möglichst normalen sozialen Teilhabe in allen Lebensbereichen.

Stationäre Vorsorge:

Die stationäre Vorsorge stellt sozusagen den Schritt vor der stationären Rehabilitation dar, wenn die Wiederherstellung der Gesundheit mit dem Ziel einer Erwerbsfähigkeit noch nicht im Vordergrund steht und bei Ausschöpfung der verfügbaren ambulanten Behandlungsmöglichkeiten das gewünschte Therapieziel nicht erreicht werden kann, eine Beeinträchtigung droht oder eingetreten ist.

In der folgenden Synopsis werden Kriterien für die Einleitung beider Maßnahmen an verschiedenen (chronischen) Krankheitsbildern dargestellt.

Nicht gemeint sind hier so genannte Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen, die auf die Erholung der Eltern fokussieren. In solchen Einrichtungen sind nicht die Kinder und Jugendlichen die adressierten Zielpersonen, sondern in der Regel nur Begleitpersonen. Die (chronisch) kranken Begleitkinder sind bestenfalls in ein loses und unverbindliches Behandlungsangebot eingebunden, das weder personell, noch institutionell oder apparativ den Behandlungsstandard einer Rehabilitationseinrichtung erreicht.

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE

STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

A ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

Übergewicht ist häufig bereits eine Vorstufe der Adipositas. Adipositas liegt vor, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörperfettmasse pathologisch erhöht ist. Da der Fettanteil des Körpers nur mit aufwendigen Methoden exakt zu bestimmen ist, hat sich die Bestimmung der einfachen messbaren Parameter Körpergröße und Körpergewicht sowie der daraus ableitbare Body Mass Index ($BMI = \text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2$, kg/m^2) zur Abschätzung des Körperfettanteils bei Erwachsenen durchgesetzt. Da der BMI alters- und geschlechtsabhängig ist, müssen im Kindesalter BMI-Referenzkurven verwendet werden. Die AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas) empfiehlt die Verwendung der Referenz für deutsche Kinder, die 2001 für die AGA publiziert wurde.¹ Die AGA empfiehlt die Verwendung des 90., bzw. 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils als Grenzwert zur Definition von Übergewicht, bzw. Adipositas.

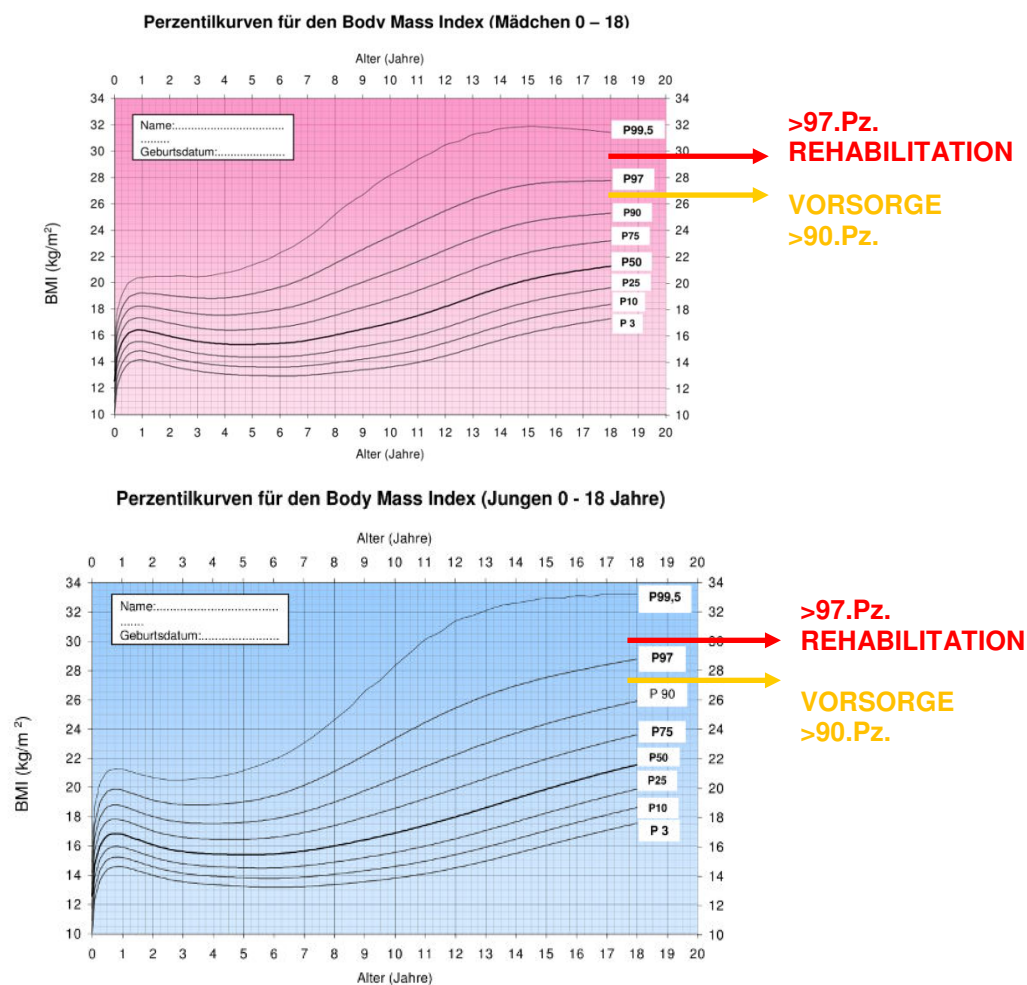


Abbildung 1: Perzentilkurven²

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter definiert die BMI-Kategorien über bestimmte Perzentilen dieser Referenzdaten:

BMI	90.-97. Pz.:	Übergewicht
BMI	> 97. Pz.:	Adipositas
BMI	> 99,5. Pz.:	extreme Adipositas

¹ (Kromeyer-Hauschild et al. 2001)

² (ebd.)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE

STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

Präziierte ICD-10-Kodierung:

E66.04 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren.

E66.05 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren.

E66.09 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Grad oder Ausmaß der Adipositas (Body-Mass-Index [BMI]) nicht näher bezeichnet. Kodierung zudem immer bei Kindern unter 3 Jahren.

Für türkisch-stämmige Kinder gibt es andere Grenzwerte.³

Tabelle 2 Körperhöhe, Gewicht, BMI deutsch-türkischer Kinder

Alter Jahre	Körperhöhe				Gewicht				BMI				
	Mittelwert	SD	p3	p97	p10	p50	p90		p3	p10	p50	p90	p97
0	51,5	2,2	47,4	55,7	2,7	3,3	3,8		10,7	11,2	12,3	13,6	14,2
0,25	60,6	2,3	56,2	64,9	4,8	5,6	6,4		12,6	13,3	15,2	17,3	18,4
0,5	67,1	2,6	62,3	71,9	6,3	7,3	8,4		14,0	14,6	16,2	17,9	18,8
0,75	72,0	2,7	66,8	77,1	7,6	8,7	9,9		14,5	15,2	16,8	18,8	19,8
1	75,5	2,9	70,1	80,9	8,5	9,7	11,0		14,7	15,4	17,0	18,9	19,9
1,5	81,9	3,1	76,0	87,7	9,8	11,3	13,0		14,5	15,2	16,9	19,1	20,3
2	87,0	3,6	80,3	93,7	10,8	12,5	14,4		14,4	15,0	16,5	18,4	19,5
3	95,8	4,1	88,1	103,5	13,2	15,2	17,5		14,4	15,0	16,5	18,5	19,6
4	103,6	4,6	95,0	112,1	15,3	17,7	20,8		14,5	15,0	16,5	18,5	19,7
5	110,6	5,0	101,1	120,0	17,4	20,4	24,3		14,4	15,0	16,7	19,0	20,4
6	117,4	5,5	106,9	127,8	19,8	23,4	28,4		14,7	15,3	17,0	19,4	20,9
7	122,9	5,9	111,8	134,1	21,9	26,2	32,2		14,7	15,4	17,3	20,1	21,9
8	128,0	6,2	116,3	139,7	24,2	29,0	35,7		14,8	15,6	17,7	20,8	22,9
9	133,2	6,6	120,8	145,6	26,7	32,4	40,4		15,3	16,1	18,3	21,4	23,5
10	138,6	7,1	125,3	151,9	29,7	36,4	46,0		15,6	16,5	19,0	22,6	25,0
11	144,2	7,8	129,6	158,9	33,0	41,6	53,9		16,4	17,4	20,0	23,8	26,2
12	150,7	8,2	135,3	166,1	37,5	47,6	61,1		16,7	17,8	21,0	25,7	29,0
13	155,8	7,7	141,3	170,3	40,6	51,9	66,1		17,1	18,2	21,4	26,2	29,5
14	158,3	6,9	145,2	171,3	45,0	54,8	67,9		17,7	18,8	21,9	26,4	29,4
15	159,4	6,4	147,4	171,3	46,8	56,2	68,8		18,2	19,3	22,2	26,3	29,0
16	159,9	6,1	148,4	171,4	48,3	57,2	69,3		18,6	19,6	22,4	26,1	28,4
17	160,0	6,1	148,6	171,5	48,9	57,2	68,3		18,5	19,6	22,3	26,0	28,3
18	160,1	6,1	148,7	171,5	48,4	56,6	67,7		18,3	19,4	22,1	25,7	27,9
0	52,1	2,2	47,9	56,2	2,9	3,5	4,1		11,0	11,5	12,9	14,4	15,1
0,25	62,0	2,4	57,5	66,4	5,2	6,2	7,1		13,9	14,5	16,1	17,7	18,6
0,5	69,1	2,6	64,1	74,0	6,6	7,7	8,8		13,9	14,6	16,1	17,8	18,7
0,75	73,8	2,8	68,5	79,0	7,9	9,1	10,5		14,2	15,0	16,8	18,9	20,0
1	77,1	2,9	71,6	82,6	9,3	10,7	12,3		15,3	16,1	18,0	20,3	21,5
1,5	83,5	3,2	77,5	89,5	10,9	12,4	14,1		15,1	15,9	17,8	20,1	21,3
2	88,3	3,6	81,5	95,2	11,2	12,9	14,9		14,3	15,0	16,5	18,4	19,4
3	96,9	4,1	89,2	104,7	13,7	15,7	18,1		14,8	15,3	16,7	18,4	19,3
4	104,8	4,6	96,1	113,5	15,9	18,5	21,7		14,9	15,4	16,8	18,5	19,4
5	111,5	5,1	101,9	121,0	18,0	21,1	25,2		14,8	15,4	17,0	18,9	20,1
6	118,2	5,4	108,0	128,3	20,9	24,2	28,5		15,1	15,8	17,3	19,4	20,6
7	123,9	5,7	113,3	134,5	22,9	26,8	32,0		15,0	15,7	17,4	19,8	21,3
8	129,2	5,9	118,1	140,3	25,0	29,5	36,0		15,0	15,8	17,7	20,5	22,2
9	134,6	6,2	122,9	146,2	27,4	32,6	40,4		15,3	16,1	18,0	20,9	22,7
10	139,7	6,5	127,4	152,0	30,0	36,2	45,3		15,6	16,4	18,6	21,9	24,2
11	144,2	6,9	131,3	157,1	33,0	39,9	49,9		16,1	16,9	19,2	22,6	24,9
12	149,6	7,5	135,5	163,6	35,8	44,4	57,1		16,4	17,3	19,8	23,8	26,5
13	155,8	8,6	139,5	172,1	40,1	49,9	63,8		17,0	18,0	20,6	24,6	27,5
14	163,0	9,4	145,4	180,7	44,8	56,7	73,0		17,6	18,6	21,3	25,5	28,3
15	168,7	8,5	152,6	184,7	50,5	62,5	78,2		18,1	19,2	22,0	26,2	29,1
16	172,3	7,3	158,5	186,1	55,5	66,8	81,6		18,5	19,6	22,5	26,8	29,8
17	174,3	6,6	161,8	186,7	59,2	69,4	82,6		18,9	19,9	22,9	27,3	30,3
18	175,1	6,7	162,6	187,7	60,3	70,8	84,2		19,0	20,1	23,1	27,5	30,4

³ Hermanussen (2017)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

RISIKOFAKTOREN FÜR ÜBERGEWICHT / ADIPOSITAS

- familiäre Belastung (Diabetes mellitus Typ II bei den Eltern
Herzinfarkt oder Schlaganfall vor vollendetem 55. LJ. bei Verwandten 1. und 2. Grades)
- Insulinresistenz
- Hypercholesterinämie
- metabolisches Syndrom
- emotionale oder psychosoziale Belastung

KOMORBIDITÄTEN BEI ÜBERGEWICHT / ADIPOSITAS

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- gestörte Glukosetoleranz
- Pubertas praecox
- Syndrom der polyzystischen Ovarien
- orthopädische Erkrankungen (Arthrosen von Hüfte, Knie und Sprunggelenk, WS-Syndrom)
- Schlaf-Apnoe-Syndrom
- Pickwick-Syndrom
- depressive Verstimmung

B OBSTRUKTIVE ATEMWEGSERKRANKUNGEN

In Abhängigkeit vom Alter gibt es verschiedene phänotypische Ausprägungen der obstruktiven Atemwegserkrankungen. Übergänge sind z.T. fließend, die Verlaufsbeobachtung ist entscheidend für eine phänotypische Zuordnung.

EPISODISCHE OBSTRUKTIVE ATEMWEGSEPISE (BRONCHIOLITIS/BRONCHITIS)

Bei 15-20% aller Säuglinge und Kleinkinder unter 2 Jahren treten transiente Formen auf. Diese sind meist assoziiert mit viralen Infekten (= **viral wheeze**, **obstruktive Bronchitis**). Typische Symptome sind Husten, pfeifende Atmung, pulmonale Überblähung und Atemnot. Die Episode beginnt meist mit einem Infekt der oberen Luftwege und heilt in einer Zeitspanne von ca. 2 Wochen wieder aus. Im beschwerdefreien Intervall besteht keine bronchiale Entzündung bzw. bronchiale Hyperreagibilität.

REZIDIVIERENDE OBSTRUKTIVE ATEMWEGSEPISE

Ca. 2-4% der Kleinkinder erkranken in den ersten 2-4 Jahren immer wieder an rezidivierenden obstruktiven Episoden (= **intermediate onset wheeze**, **rez. obstruktive Bronchitis**). Die Symptome verschwinden in der Regel dann wieder.

CHRONISCH REZIDIVIERENDE OBSTRUKTIVE ATEMWEGSEPISE MIT V.a. ASTHMA

2-5% der Kleinkinder erkranken an rezidivierenden obstruktiven Episoden v.a. spät nach dem 4. Lebensjahr (= **late onset wheeze**).

Bei 5-7% der Säuglinge persistiert die Symptomatik bis ins Schulalter (= **persistent wheeze**). Diese Formen sind häufig mit Atopie vergesellschaftet. Diese Kinder haben typischerweise auch interkurrent Symptome einer bronchialen Entzündung bzw. Hyperreagibilität.

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE

STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

Für eine Unterscheidung hinsichtlich der Zuweisung zur gesundheitlichen Vorsorge bzw. Rehabilitation kann folgendes Schema mit herangezogen werden. Grundsätzlich gilt, dass bei einer schlechten Therapiekontrolle unter Behandlung eine rehabilitative Maßnahme zu ergreifen ist.

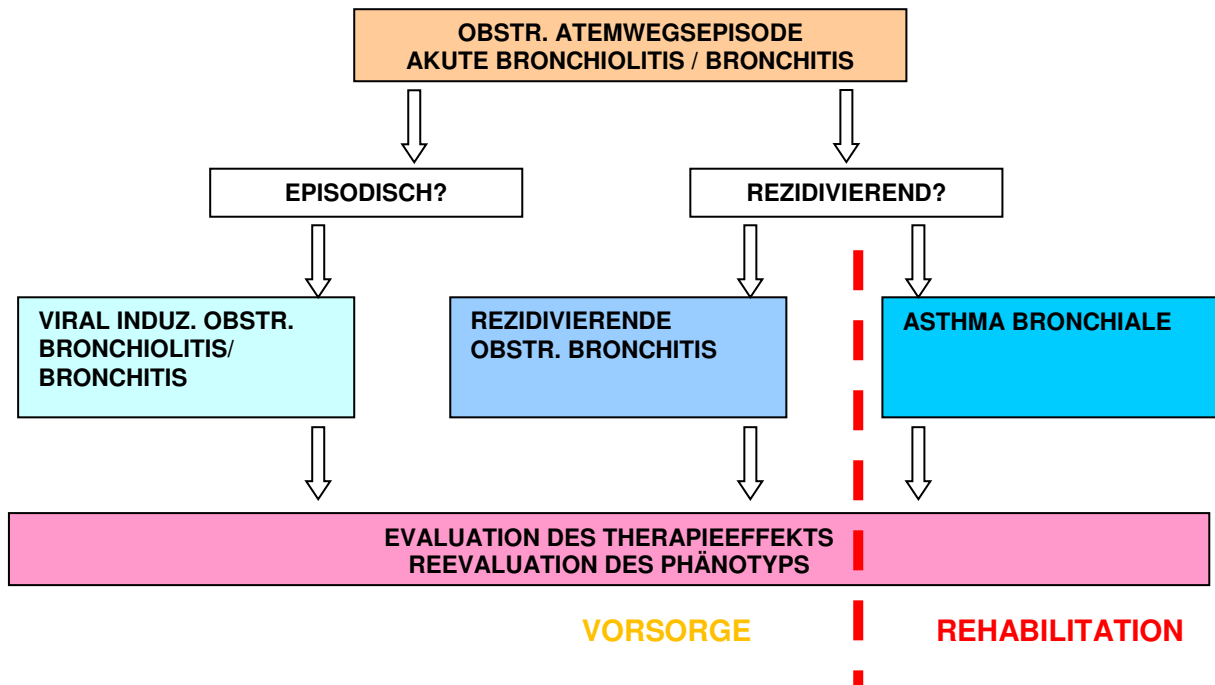


Abbildung 2: Phänotypisierung der obstruktiven Atemwegserkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter⁴

Bewährt hat sich für die Differenzialdiagnostik der **"modified asthma predictive Index,,:**

≥ 4 Episoden mit Giemen im letzten **Jahr**,
die länger als 1 Tag anhielten und den Schlaf beeinträchtigten

+

1 (Major) Kriterium:

Asthma eines Elternteiles
ärztlich diagnostizierte Dermatitis atopica oder
Nachweis Sensibilisierung gegen Inhalations-Allergene

ODER

2 (Minor) Kriterien:

Nachweis der Sensibilisierung gegen Nahrungsmittel
4 % Eosinophilie,
Giemen unabhängig von Infekten

Guilbert, Atopic characteristics of children with recurrent wheezing at high risk for the development of childhood asthma, Allergy Clin Immunol 2004

C ATOPISCHES EKZEM / NEURODERMITIS

Bis zur Einschulung leiden ca. 10-20% der Kinder zumindest zeitweise an einem atopischen Ekzem. Nach Daten des Kinder- und Jugend-Gesundheitssurveys (KIGGS) sind aktuell 7,5% der 0-17-Jährigen betroffen. Unter den 0-2-Jährigen gibt es mehr männliche, unter den 14-17-Jährigen mehr weibliche

⁴ (Guilbert 2004)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE

STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

Betroffene. Zum Jugendalter wird Neurodermitis allgemein seltener. Über 80% der von Neurodermitis betroffenen Kinder und Jugendlichen wenden Medikamente oder Salben an. Eine regelmäßige Therapie sollte in allen Altersstufen auch im symptomfreien Intervall angewendet werden. Dies führt zu Konfliktpotential im Familienkreis, da der Verlauf unberechenbar und schwer vorhersehbar ist. Bei vielen Betroffenen und Angehörigen bestehen zudem häufig Vorurteile gegenüber antientzündlichen Medikamenten, insbesondere dem Kortison. Hautscores dienen der Dokumentation der Ausdehnung und des Schweregrades (v.a SCORAD = Scoring Atopic Dermatitis). Für eine Beurteilung (Score) werden Art der Hauterscheinungen, deren Ausmaß, Intensität sowie subjektive Parameter wie Juckreiz und Schlaflosigkeit einbezogen.

Zur Abschätzung eines Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarfs bietet sich der Schweregrad nachfolgendem Stufen-Schema an.⁵

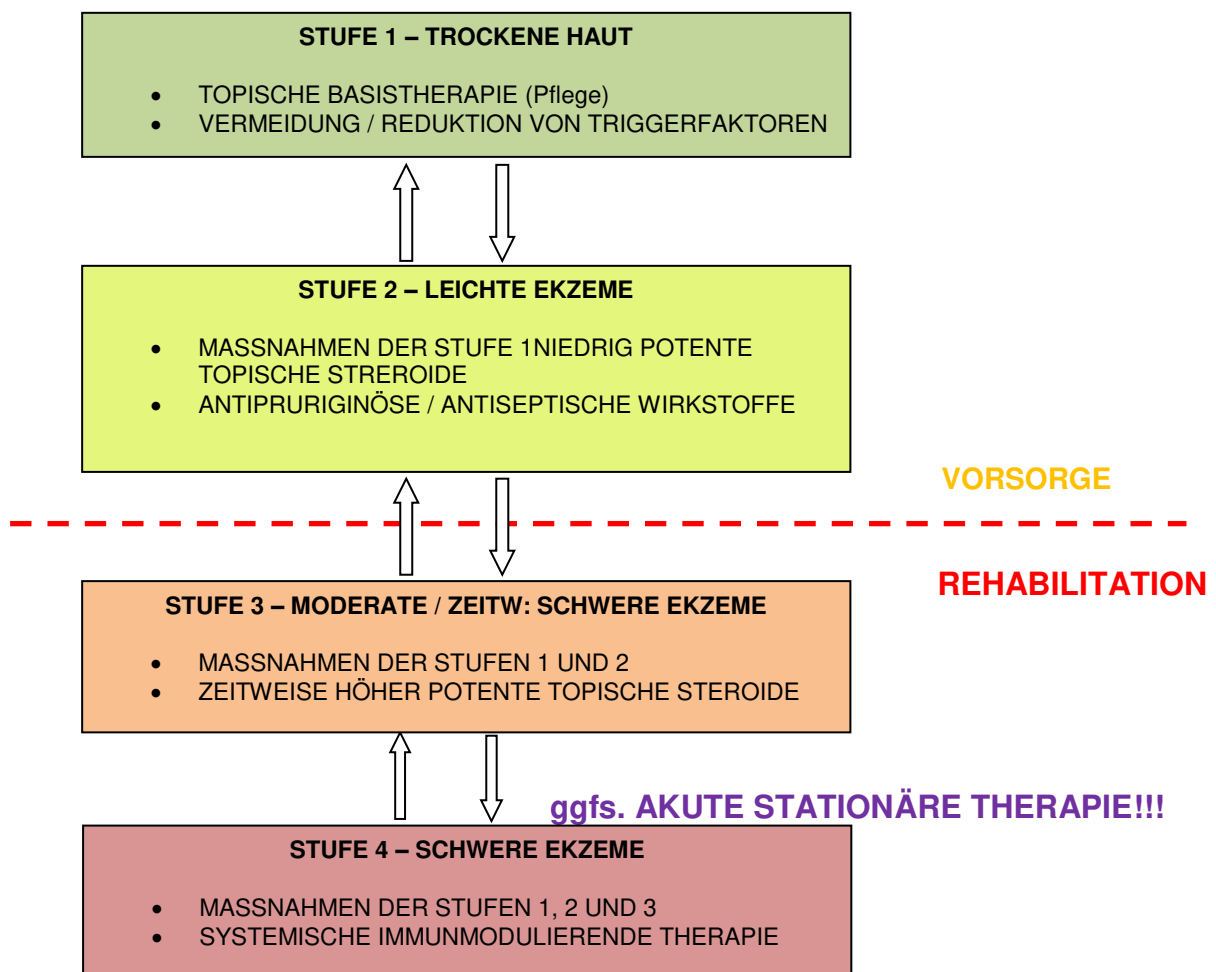


Abbildung 3: Stufen Schema Neurodermitis⁶

Ein Vorsorgebedarf ergibt sich bei Säuglingen und Kleinkindern mit leichtem Verlauf eines atopischen Ekzems.

⁵ (AWMF 2014)

⁶ (Werfel 2008)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE

STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

D ALLERGISCHE RHINOKONJUNKTIVITIS (AR)

Bei der allergischen Rhinokonjunktivitis (AR) handelt es sich um eine IgE-vermittelte Entzündung der Nasenschleimhaut durch eine Allergenexposition. Nach der KIGGS-Basiserhebung 2009-2011 leiden 9,1% der Kinder und Jugendlichen an einem Heuschnupfen. Die Lebenszeitprävalenz beträgt etwa 20%.⁷ Da die Erkrankung meist in der frühen Kindheit beginnt hat sie mit ihren lästigen Symptomen sehr häufig Auswirkungen auf das Sozialleben, die schulische Leistungsfähigkeit sowie die spätere Erwerbsfähigkeit, bzw. die Arbeitsproduktivität. Die AR ist durch eine hohe Komorbidität gekennzeichnet, wie Asthma bronchiale, atopisches Ekzem, Nahrungsmittelallergie u.a.⁸

KLASSIFIKATION / SCHWEREGRADEINTEILUNG DER AR

Dauer der Symptomatik	
INTERMITTIEREND	PERSISTIEREND
< 4 Tage pro Woche	≥ 4 Tage pro Woche
< als 4 Wochen	≥ 4 Wochen

VORSORGE	Schwere der Symptomatik	REHABILITATION
	GERING	MÄSSIG BIS SCHWER
	Symptome sind vorhanden	Symptome sind vorhanden und belastend
	Symptome beeinträchtigen die Lebensqualität nicht	Symptome beeinträchtigen die Lebensqualität

Abbildung 4: Schweregradeinteilung der allergischen Rhinokonjunktivitis nach Leitlinie der DGAJ

E NAHRUNGSMITTELALLERGIE

Eine Allergie ist eine überschießende Abwehrreaktion auf bestimmte Stoffe (Allergene). Im Kindes- und Jugendalter treten allergische, bzw. anaphylaktische Reaktionen z.B. bei einer Sensibilisierung gegenüber bestimmter Nahrungsmittel auf. Eine Stratifizierung nach Schweregrad ermöglicht die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie.

SCHWEREGRADEINTEILUNG

VORSORGE	REHABILITATION
Grad I – Leichter bis moderater Verlauf in der Vorgeschichte mit primär enteraler Symptomatik ohne systemische Reaktion	Grad II(-IV) – zunehmende systemische Reaktion, schwere Verläufe in der Vorgeschichte mit generalisierter, systemischer Reaktion (z.B. generalisierte Urticaria, Dyspnoe) Cave: sind potentiell lebensbedrohliche Reaktionen zu erwarten (wie Schock oder Kreislaufstillstand), sind nicht rehabilitative, sondern akut-klinische Maßnahmen angezeigt.

Abbildung 5: Schweregradeinteilung zur Klassifizierung allergischer/anaphylaktischer Reaktionen.^{9 10}

⁷ (Hölling et al. 2014)

⁸ (Bousquet et al. 2001)

⁹ (Allergo 2003)

¹⁰ (Ring et al. 1977)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

PSYCHOSOMATISCHE INDIKATIONEN

Nach den Untersuchungen der KIGGS-Studie¹¹

- emotionale Probleme
- Verhaltensprobleme
- Hyperaktivitätsprobleme
- Peerprobleme

Bei 20,6 % der Kinder und Jugendlichen (3-17 Jahre) bestehen Hinweise auf psychische Störungen. Jungen (23,4 %) sind dabei häufiger betroffen als Mädchen (16,9 %). Bei 12,4 % der Kinder und Jugendlichen sind zusätzlich deutliche Beeinträchtigungen im sozialen und familiären Alltag zu verzeichnen.¹²

KRITERIEN ZUR EINSCHÄTZUNG DES PSYCHOSOZIALEN RISIKOS

1. niedriges Bildungsniveau der Eltern
2. beengte Wohnverhältnisse
3. psychische Störungen der Eltern
4. Kriminalität
5. Eheliche Disharmonie
6. frühe Elternschaft
7. Ein-Eltern-Familien
8. unerwünschte Schwangerschaft
9. mangelnde soziale Integration und Unterstützung
10. ausgeprägte chronische Schwierigkeiten (z.B. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit)
11. mangelnde Bewältigungsfähigkeiten (Umgang mit Lebensereignissen)

F STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS¹³

Im Zentrum von Störungen des Sozialverhaltens stehen dissoziale, aggressive oder aufsässige Verhaltensweisen. Schwierige psychosoziale Umstände sind häufig vergesellschaftet und können zu einer emotionalen Störung wie z. B. Depression oder Angst führen.

LEITSYMPTOME

- deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten oder Tyrannisieren
- ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder Tieren
- erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln
- Stehlen
- häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause

¹¹ (Hölling et al. 2014)

¹² (RKI 2015)

¹³ (Esser et al. 1994)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE

STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

SCHWEREGRADEINTEILUNG

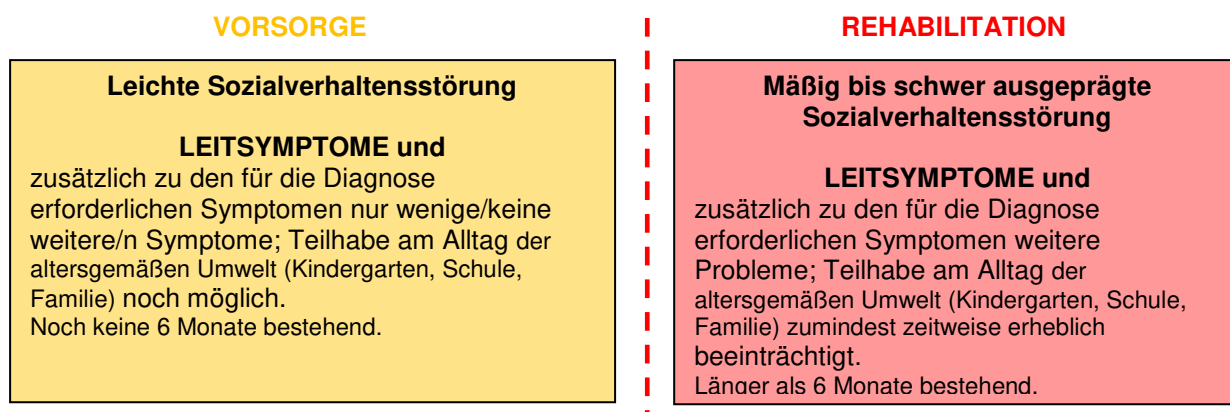


Abbildung 6: Schweregradeinteilung der Störungen des Sozialverhaltens¹⁴

G HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN

Die Merkmale einer Hyperkinetischen Störung sind Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität. Charakteristischerweise beginnt die Störung vor dem 6. Lebensjahr und sollte in mindestens 2 Lebensbereichen/Situationen über mehr als 6 Monate auftreten (z. B. Schule und Familie). Die Verhaltensweisen bzw. Muster sind durchgehend.¹⁵ Nach ICD-10 (klinische Kriterien) müssen sowohl Unaufmerksamkeit als auch Überaktivität vorliegen.

EINTEILUNG UND SCHWEREGRAD

- Vorherrschend unaufmerksamer Subtypus
- Vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Subtypus
- Gemischter Subtypus

Generell gilt, dass sich der Schweregrad nach der Intensität der Symptomatik sowie dem Grad in verschiedenen Lebensbereichen festmachen lässt. Darüber hinaus wird die Einschränkung des Funktionsniveaus beurteilt. Hierbei ist wichtig ob die Symptomatik lediglich in fremdbestimmten oder zusätzlich auch in selbstbestimmten Situationen auftritt. Obwohl sich die Leitlinien derzeit in Überprüfung befinden kann eine Abgrenzung zwischen Vorsorge und Rehabilitation folgendermaßen vorgenommen werden:

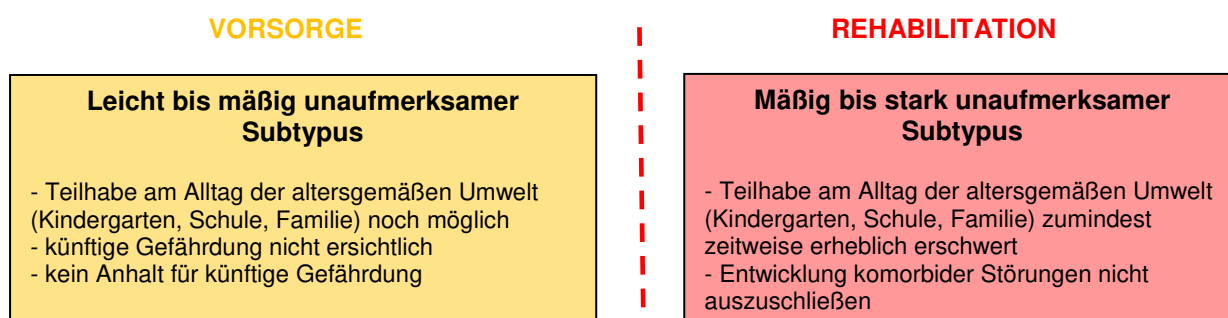


Abbildung 7: Schweregradeinteilung der hyperkinetischen Störungen¹⁶

¹⁴ (Poustka 2007)

¹⁵ (ebd.)

¹⁶ (DGKJP 2007)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

H DEPRESSIVE STÖRUNGEN¹⁷

Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge werden leichte depressive Störungen behandelt. Es erfolgen Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Im Mittelpunkt stehen depressive Störungen ohne Komorbidität und ohne nennenswerte Risikofaktoren, familiäre Vorbelastungen durch affektive Störungen oder Warnsignale für einen Rückfall. Es erfolgt über einen Zeitraum von 6-8 Wochen eine aktive Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation. Voraussetzung für die Aufnahme ist eine vollständige, altersgerechte Alltagsbewältigung.

SCHWEREGRADEINTEILUNG

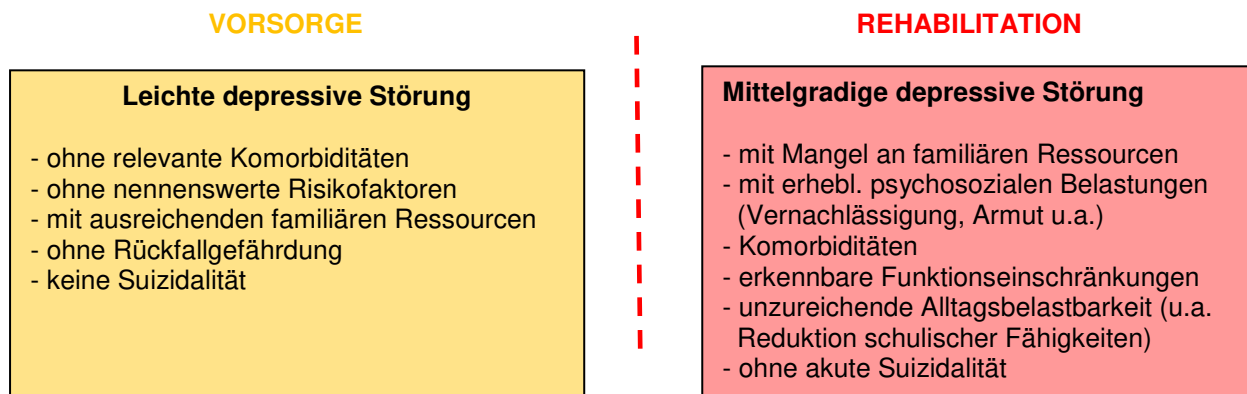


Abbildung 8: Schweregradeinteilung der depressiven Störungen¹⁸

I ANGSTSTÖRUNGEN¹⁹ – PANIKSTÖRUNG – TRENNUNGSANGST

Die Hauptsymptomatik besteht aus Störungen übermäßig ausgeprägter und unrealistischer Angst. Sekundär können mit geringem Ausprägungsgrad depressive Symptome, Zwangssymptome und Elemente der phobischen Angst vorhanden sein.

Bei Panikstörungen treten wiederholte Panikattacken mit weitgehend angstfreien Intervallen auf. Eine Panikattacke ist eine klar abgrenzbare Episode von intensiver Angst oder Unbehagen, bei der die nachfolgend genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb weniger Minuten ein Maximum erreichen können:

SYMPTOME EINER GENERALISIERTEN ANGSTSTÖRUNG²⁰

- generalisierte und anhaltende Angst, die sich aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt, sondern frei flottiert
- Symptome von Angst treten an den meisten Tagen über eine Dauer von mindestens mehreren Wochen auf: Befürchtungen (übertriebene Sorgen bezüglich alltäglicher Ereignisse und Probleme wie die Schul- oder Arbeitssituation, Sorgen über zukünftiges Unglück, Schwierigkeiten die Sorgen zu kontrollieren, Konzentrationsschwierigkeiten, Nervosität)
- Symptome der Anspannung (Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen, körperliche Unruhe, Zittern, Unfähigkeit zum Entspannen)
- vegetative Übererregbarkeit (Tachykardie, Tachypnoe, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit, Mundtrockenheit, Oberbauchbeschwerden)
- Bedürfnis nach Beruhigung, somatische Beschwerden

¹⁷ (Schulte-Körne 2013)

¹⁸ (ebda.)

¹⁹ (ebda.)

²⁰ (DGKJP 2007)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

SYMPTOME EINER GEMISCHTEN ANGST- UND DEPRESSIVEN STÖRUNG

- ausgewogenes Vorhandensein von Angst und Depression in milder Ausprägung
- vorübergehendes Auftreten von vegetativen Symptomen
- Symptome erfüllen jeweils nicht die Kriterien einer Angst- oder depressiven Störung

SYMPTOME EINER PANIKSTÖRUNG

- Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Mundtrockenheit, Erstickungsgefühl, Hyperventilation, Brustschmerz oder Beklemmungsgefühl, Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden, Schwindel, Entfremdungsgefühle (Derealisation oder Depersonalisation), Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, Angst zu sterben, Hitzegefühle oder Kälteschauer, Herzklopfen, Parästhesien
- intensive Angst führt meist zu fluchtartigem Verlassen des Ortes
- die einzelnen Anfälle dauern meist nur wenige Minuten
- die Situation, in der eine Panikattacke auftritt wird danach häufig vermieden
- einer Panikattacke folgt meist die ständige Furcht vor einer erneuten Attacke

SCHWEREGRADEINTEILUNG

VORSORGE

Leichte Angst- oder Panikstörung
- I.d.R. <4 Verhaltensauffälligkeiten pro Monat
- erkennbare Angstzustände führen zu einer nur kurzzeitigen psychosozialen Beeinträchtigung, deren Ausmaß eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) noch zulässt, eine künftige Verschlechterung jedoch nicht ausschließt
- intermittierende Symptomatik

REHABILITATION

Schwere Angst- oder Panikstörung
- I.d.R. ≥4 Verhaltensauffälligkeiten pro Woche
- erkennbare Angstzustände führen zu wiederholten und ausgeprägten psychosozialen Beeinträchtigungen, die eine Teilhabe am Alltag der altersgemäßen Umwelt (Kindergarten, Schule, Familie) zumindest zeitweise erheblich erschweren oder beeinträchtigen

Abbildung 9: Schweregradeinteilung der Angst- und Panikstörungen²¹

²¹ (DGKJP 2007)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

SYMPTOME EINER EMOTIONALEN STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST

- unrealistische und anhaltende Besorgnis, der Bezugsperson könne etwas zustoßen oder der/die Betroffene könne durch unglückliche Ereignisse von der Bezugsperson getrennt werden
- andauernder Widerwille oder Weigerung, zur Schule/zum Kindergarten zu gehen, um bei der Bezugsperson oder zu Hause bleiben zu können
- anhaltende Abneigung oder Weigerung, ohne Beisein einer engen Bezugsperson oder weg von zu Hause schlafen zu gehen
- anhaltende, unangemessene Angst davor, allein oder ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein
- wiederholte Alpträume, die Trennung betreffend
- wiederholtes Auftreten somatische Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen oder Kopfschmerzen) vor oder während der Trennung
- extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson (z.B. Unglücklichsein, Schreien, Wutausbrüche, Anklammern)

SCHWEREGRADEINTEILUNG

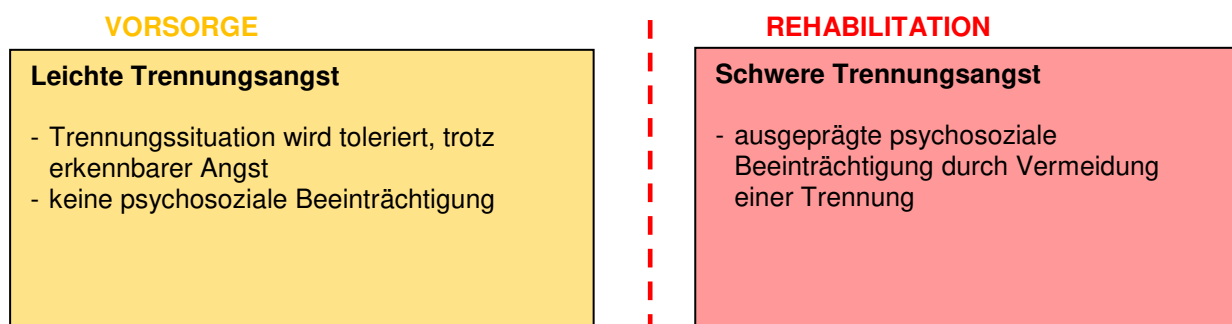


Abbildung 10: Schweregradeinteilung der emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters²²

²² (DGKJP 2007)

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

a. Korrespondenzadresse:

Dr. Christian Falkenberg,
Fachklinik Satteldüne
Tanenwai 32
25946 Nebel / Amrum

Literaturverzeichnis:

Abu-Arafeh, I.; Russell, G. (1994). Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. 765-9. BMJ 309 (6957).

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - AWMF (2014). Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem; atopische Dermatitis] AWMF-Registernummer: 013-027.

Allergo, J. (2003); 12:182–94 (Allergische Rhinokonjunktivitis Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI) Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Allergische Rhinitis“ der Sektion HNO)

Bousquet, J.; Van Cauwenberge, P.; Khaltaev, N. (2001). Allergic rhinitis and its impact on asthma. J Allergy Clin Immunol:108(5 Suppl):S147-334.

Allergy Clin Immunol (2001);108: S147-334.

Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie - DGKJP (2007). u.a. (Hrsg.): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzteverlag 3. Überarbeitete Auflage, S. 265-275.

Esser, M.; Laucht, G.; Schmidt, M. (1994). Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung. Die Auswirkungen psychosozialer Risiken für die Kindesentwicklung. Darmstadt.

Frey, U.; Barben, J.; Hammer, J. (2013). Therapeutische Umschau. Obstruktive Atemwegserkrankungen im Kindesalter, 70 (11).

Guilbert, T.W. Atopic characteristics of children with recurrent wheezing at high risk for the development of childhood asthma, Allergy Clin Immunol 2004

Hermanussen, M. in: Praxishandbuch der pädiatrischen Grundversorgung, Hrsg. Fegeler, Jäger-Roman, Rodens, 2017, Elsevier-Verlag, ISBN 978-3-437-21281-9)

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer U., Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Bundesgesundheitsblatt, S. 807-819.

International Classification of Headache Disorders. www.ihc-classification.org. (2015). Abgerufen am 20. Oktober 2015

Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D. et al. (2001): Monatsschrift. Kinderheilkunde. 149:807-818

Kröner-Herwig, B.; Heinrich, M.; Morris, L. (2007). Headache in German children and adolescents. A population-based epidemiological study, 380-8.

Poustka, F., Schmidt, M. (2007). Leitlinie zu Störung des Sozialverhaltens. Registernummer 028-020. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

Poustka, F. (2006). (S1) Leitlinie Angststörungen. Registernummer 028-022. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

Poustka, F. (2006). (S1) Leitlinie Enkopresis. Registernummer 028-027. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

Poustka, F. (2006). (S1) Leitlinie Enuresis und funktionelle Harninkontinenz. Registernummer 028-026. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

Poustka, F. (2006). (S1) Leitlinie Hyperkinetische Störung. Registernummer 028-019. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

Ring, J. (2014). (S2) Leitlinie zur Akuttherapie und Management der Anaphylaxie. 23:96. Allergo J Int.

Ring, M. (1977). The Lancet. Incidence and severity of anaphylactoid reactions to colloid volume substitutes, 1: 466-9.

Robert Koch Institut (RKI). www.kiggs-studie.de. (2015). Abgerufen am 15. Oktober 2015

Schulte-Körne, D. (2013). (S3) Leitlinie Depressive Störung bei Kindern und Jugendlichen, Behandlung von... Registernummer 028-043. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

Wabitsch, K. (2014). Konsenzbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. www.a-g-a.de.

Werfel, T. (2008). (S2) Leitlinie Dermatologie: Neurodermitis. AWMF-Registernummer 013-027.

HINTERGRUNDINFORMATION ZUR CHECKLISTE
STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DRV Nord ^{a.)}, BVKJ Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Perzentilkurven	2
Abbildung 2: Phänotypisierung der obstruktiven Atemwegserkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter	5
Abbildung 3: Stufen Schema Neurodermitis	6
Abbildung 4: Schweregradeinteilung der allergischen Rhinokonjunktivitis nach Leitlinie der DGAI	7
Abbildung 5: Schweregradeinteilung zur Klassifizierung allergischer/anaphylaktischer Reaktionen.	7
Abbildung 6: Schweregradeinteilung der Störungen des Sozialverhaltens.....	9
Abbildung 7: Schweregradeinteilung der hyperkinetischen Störungen.....	9
Abbildung 8: Schweregradeinteilung der depressiven Störungen	10
Abbildung 9: Schweregradeinteilung der Angst- und Panikstörungen	11
Abbildung 10: Schweregradeinteilung der emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters ²³	12

Prüfwesen

ABSCHNITT I: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die AOK prüft die Abrechnungen der HAUSÄRZTE über die Abrechnungsprüfkriterien der **Anlage 13** im Rahmen der Prüfung der AOK-Abrechnung (§ 20 Abs. 1 des Vertrages) hinaus insbesondere hinsichtlich
 - a) des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht;
 - b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;
 - c) der Plausibilität der Zahl der von HZV-Versicherten in Anspruch genommenen HAUSÄRZTE und sonstigen Ärzte und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der HZV-Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Grundlage der ihr insoweit über die HZV hinaus vorliegenden Daten;
 - d) der vom HZV-Versicherten an den HAUSARZT zu zahlenden Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Bestehen von Befreiungsgründen) und des damit verbundenen Verfahrens gemäß § 43 b Abs. 2 SGB V.
 - e) der Plausibilität von Verordnungen im Rahmen dieses Vertrags – auch in Verbindung mit Verordnungen aus der kollektivvertraglichen Versorgung, soweit davon HZV-Versicherte betroffen sind.
- (2) Die AOK kann (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung der HAUSÄRZTE hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 5 des Vertrages (z.B. werktägliche Sprechstunde, Abendsprechstunde) überprüfen.
- (3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.
- (4) Die AOK unterrichtet die HÄVG/MEDIVERBUND über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie die HZV betreffen.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die die HZV betreffen, kann die HÄVG/MEDIVERBUND den betroffenen HAUSARZT zu einer schriftlichen

Stellungnahme auffordern. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt die HÄVG/MEDIVERBUND in der Regel mit dem HAUSARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der HAUSARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens der HÄVG/MEDIVERBUND kann mit Zustimmung des HAUSARZTES ein vom Hausärzterverband Baden-Württemberg, von MEDI Baden-Württemberg e.V. und/oder von der AOK vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der AOK hinzugezogen werden. Für Prüfungen gemäß Abs. 1 lit. e kann die HÄVG/MEDIVERBUND darüber hinaus auch HAUSÄRZTE beauftragen, einen HAUSARZT, der gemäß Abs. 1 auffällig ist, hinsichtlich der Klärung von Auffälligkeiten persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Sowohl die HÄVG/MEDIVERBUND als auch die von der HÄVG/MEDIVERBUND beauftragten HAUSÄRZTE erhalten von der AOK zur Erfüllung ihrer Aufgabe die Adressen des betreffenden HAUSARZTES, der gemäß Abs. 1 auffällig wurde, mitgeteilt. Zur Identifizierung der konkreten Fälle erhalten HÄVG/MEDIVERBUND und die beauftragten HAUSÄRZTE neben dem Sachverhalt und Zeitraum das Geburtsjahr und das Geschlechtsmerkmal des betroffenen HZV-Versicherten mitgeteilt.

- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 und eine Abrechnungskorrektur durch die HÄVG/MEDIVERBUND nicht klären bzw. beseitigen (§§ 19 Abs. 5 bzw. 9 des Vertrages), erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils 2 Vertretern der HÄVG/MEDIVERBUND und der AOK zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann die HÄVG/MEDIVERBUND rechtliche Schritte gemäß § 8 Absatz 5 des Vertrages einleiten (Abmahnung bis hin zur fristlosen Kündigung).
- (7) Falls nach Durchführung des Verfahrens gemäß Ziffern 5 und 6 konkrete Anhaltspunkte für schwerwiegende Verstöße gegen den Vertrag bestehen, die nicht ausgeräumt werden können, kann die AOK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von den betroffenen Patienten einholen und entsprechende Einsicht in die Patientenakten nehmen oder Patienten befragen. Dem HAUSARZT wird vor einer solchen Maßnahme erneut Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 6 Wochen gegeben.
- (8) Die AOK kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die HÄVG/MEDIVERBUND zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 13** auffordern. Die HÄVG/MEDIVERBUND kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die AOK zu Prüfungen nach dieser **Anlage 15** auffordern.
- (9) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der AOK auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 Abs. X SGB durchgeführt werden.

- (10) Zur Klarstellung: Eine Abrechnungskorrektur nach § 19 Abs. 5 bzw. 9 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser **Anlage 15** unberührt.
- (11) **Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist.** Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

ABSCHNITT II: Verhältnis zu §§ 106 und 106b SGB V

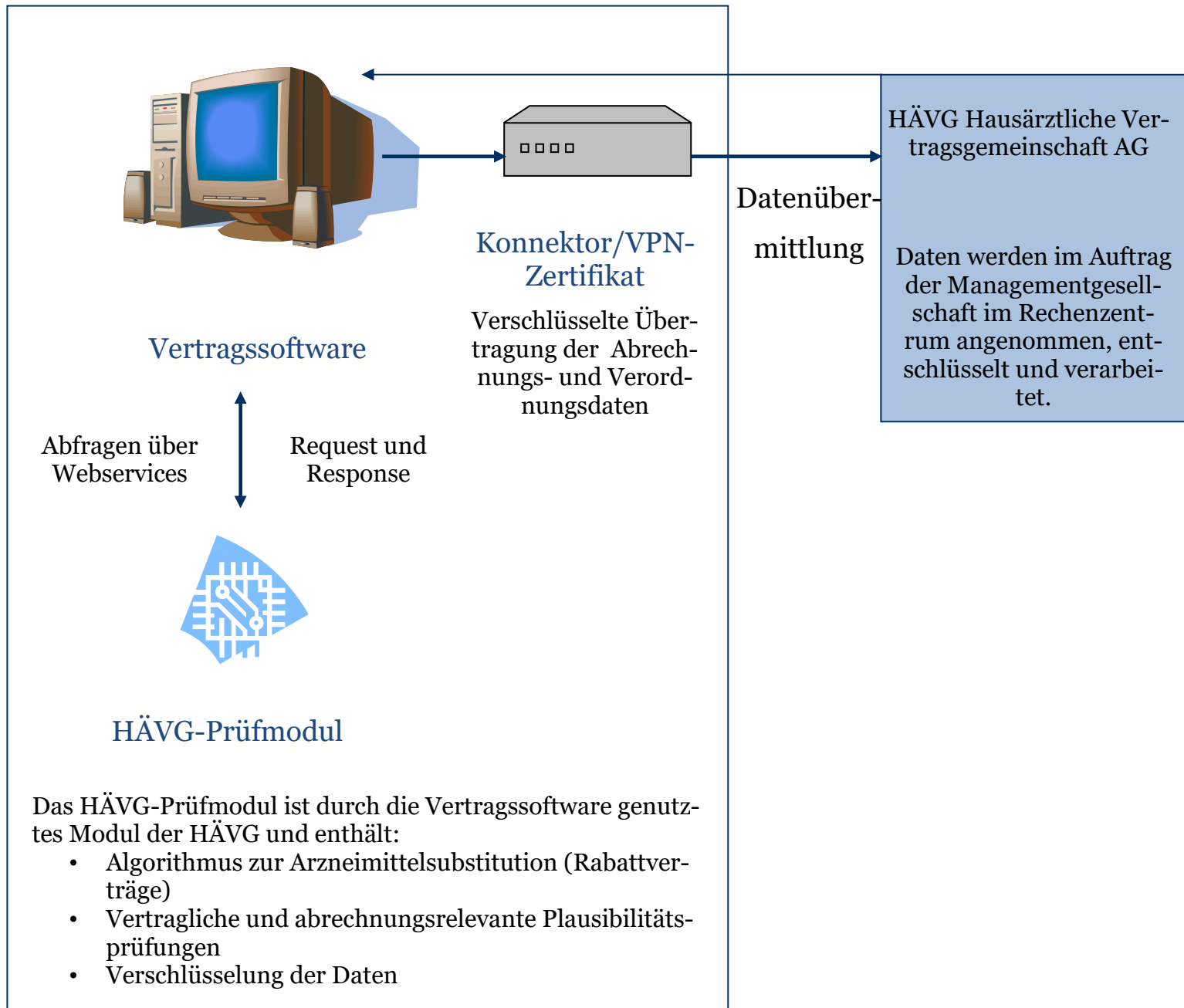
§ 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt, soweit sich aus Anlage 12 Anhang 3 keine Abweichungen ergeben.

Wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106 SGB V und 106b SGB V von der Gemeinsamen Prüfungsstelle oder vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss ein rechtskräftiger Bescheid ausgestellt, ist die HÄVG/MEDIVERBUND verpflichtet im Auftrag der AOK, den Anteil der Nachforderung, der auf die selektivvertragliche Versorgung nach diesem VERTRAG entfällt, bei dem HAUSARZT einzufordern. Für die Fälle in denen HAUSÄRZTE einer Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen zustimmen, muss die HÄVG eine Verrechnung vornehmen und den Zahlungseingang sicherstellen. Eine Ratenzahlung ist auf max. 5 Monate begrenzt. Der HAUSARZT wird über den festgesetzten Betrag durch ein Rechnungsstellungsverfahren in Kenntnis gesetzt.

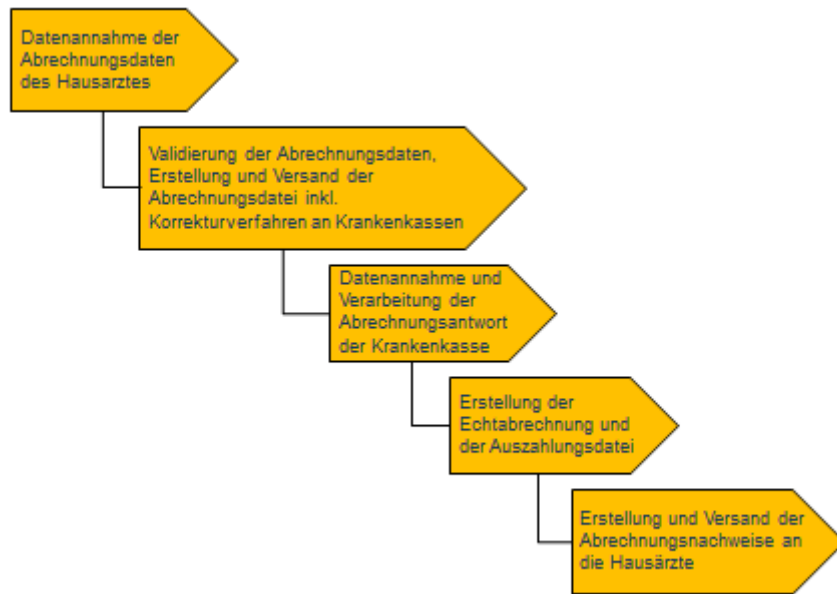
HAUSÄRZTE ohne Honorarauszahlungen, z.B. aufgrund der Beendigung des HZV-Vertrages oder Insolvenz, sind von der Regelung ausgeschlossen. Der Einzug wird in diesen Fällen von der AOK übernommen. Zudem erfolgt bei Regressforderungen über 15.000 € der Regresseinzug direkt durch die AOK Baden-Württemberg. Gleiches gilt für HAUSÄRZTE, die einer Aufrechnung/Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen widersprechen.

Datenverarbeitung im Rahmen der HZV

I. Schaubild der Datenübermittlung im Rahmen der Abrechnung



II. Prozessschritte der HÄVG Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG („HÄVG“) im Rahmen der Abrechnung



1. Datenübermittlung vom HAUSARZT an die gem. § 295a Abs. 2 SGB V beauftragte HÄVG als Rechenzentrum

Der HAUSARZT übermittelt an die Managementgesellschaft folgende Daten zur Abrechnung seiner im Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen:

- Informationen über den abrechnenden Arzt (BSNR, LANR, HÄVG-ID/ MEDIVER-BUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, ggf. Telefon und Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (KV- Prüfnummer, System-ID, Name der Software, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Informationen zum Managementgesellschaft HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Identifikator für den HzV-Vertrag
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Versichertennummer und Status)
- Abrechnungsrelevante Daten (Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen-Text, Diagnosen-Code, Art der Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisierung, Diagnosesicherheit)

- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- ggf. Informationen zu Stellvertretern (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name)
- Informationen zur Weiterüberweisung (Überweisungsdatum, Quartal, Geschlecht, Überweisung an, Überweisungsart, Auftragsart, Unfallkennzeichen)
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

2. Datenübermittlung von der HÄVG als beauftragtes Rechenzentrum an die AOK

Das beauftragte Rechenzentrum übermittelt an die AOK folgende Daten zur Abrechnung der im Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen:

- Informationen über den abrechnenden Arzt (LANR, BSNR, HÄVG-ID/ MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name)
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Versichertennummer, Kassen-IK, Status, Geschlecht, Abrechnungsziffern, /präventive bzw. kurative Behandlungsfälle, ICD-10 Diagnosen, Art der Inanspruchnahme

III. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft, der AOK und teilnehmenden HAUSÄRZTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des HZV-Vertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK und die teilnehmenden HAUSÄRZTE gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Versicherteneinschreibung gem. § 8 des HZV-Vertrages und der Abrechnung gem. § 20 des HZV-Vertrages bestimmen und durch ihre Zusammenarbeit als gemeinsame Verantwortliche iSv Art. 26 iVm Art. 4 Nr. 7 DSGVO agieren. Dementsprechend regeln die Parteien nachfolgend ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Versichertendaten iSd Art. 26 DSGVO.

1. Zweck der Verarbeitung:

- (1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK und den teilnehmenden Hausärzten nur zum Zweck der Erfüllung des HZV-Vertrages und nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften gestattet. Die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung und nach den vereinbarten Vorgaben des Vertrages verwendet. Die Managementgesellschaft und die AOK legen die Inhalte des HZV-Vertrages gemeinsam fest.
- (2) Die Parteien bewahren die verarbeiteten Daten jeweils im eigenen Zuständigkeitsbereich unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert und nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist, es sei denn, zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine entsprechend längere Aufbewahrungsfrist vor. Für die Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist jede Partei selbst verantwortlich.
- (3) Der Umfang und Inhalt der von den Versicherten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung verarbeiteten Daten ergibt sich aus §§ 73b, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem HZV-Vertrag.

2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT mit der Teilnahmeerklärung und dem dazugehörigen Merkblatt über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK legen gemeinsam den Inhalt und die Formulierung dieser Informationen im Einzelnen fest.

3. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der Versicherten gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der Versicherten nach Art. 15 ff. ist die AOK verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem. Anlagen 7 und 7a.

4. Datensicherheit

Jede Partei trägt im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches die Gewähr dafür, dass die in Art. 32 DSGVO genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden.

5. Vorgehen bei Datenschutzverletzungen/Kommunikation mit Aufsichtsbehörden

- (1) Für die Prüfung und Bearbeitung aller Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten, einschließlich der Erfüllung deshalb bestehender Meldepflichten gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) bzw. den Betroffenen (Art. 34 DSGVO) ist jede Partei selbst zuständig.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK unterrichten sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Bearbeitungsablaufs.

6. Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.
- (2) Die Managementgesellschaft, die AOK und die HAUSÄRZTE haften nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge eines schuldhaften Verstoßes gegen die Datenschutzbestimmungen und/oder durch die schuldhafte Verletzung dieser Vereinbarungen entstehen. Eine Partei, die von Dritten oder einer weiteren Partei im Zusammenhang mit der Verletzung von gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen in Anspruch genommen wird, hat gegen die Partei, in deren Verantwortungsbereich gemäß der Zuordnung der Verantwortung für die Datenverarbeitung die Einhaltung der verletzten Datenschutzvorschriften fällt, einen Anspruch auf Freistellung von sämtlichen dieser Ansprüche.
- (3) Im Innenverhältnis haften die Parteien einander nur für ihren Anteil an der haftungsauslösenden Ursache. Nummer 6 Absatz 2 Satz1 gilt entsprechend im Falle einer gegen eine Partei wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften verhängten Geldbuße, sofern die mit der Geldbuße belegte Partei die Rechtsmittel gegen den Bußgeldbescheid ausgeschöpft hat. Bleibt eine Partei mit einer Geldbuße belastet, die nicht ihrem Verantwortungsanteil an dem Verstoß entspricht, ist die jeweils andere Partei verpflichtet, sie von der Geldbuße in dem Umfang freizustellen, in dem sie die Verantwortung für den sanktionierten Verstoß trägt. Ungeachtet dessen bleibt durch diesen Vertrag die volle Eigenverantwortung der Parteien gegenüber Betroffenen unberührt (Art. 26 Abs. 3 DSGVO).

7. Sonstige Pflichten

- (1) Die Parteien werden alle mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen schriftlich zur Vertraulichkeit im Hinblick auf die Daten verpflichtet.
- (2) Jede Partei führt für sich ein eigenes Verzeichnis zu allen Kategorien von in gemeinsamer Verantwortung durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, das alle Angaben nach Art. 30 Abs. 2 DSGVO enthält.
- (3) Sofern und solange die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, bestellt jede Partei selbst einen fachkundigen und zuverlässigen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO.

IV. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft und der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft und die AOK verarbeiten über den Regelungsbereich von **Ziffer III** hinaus im Rahmen des HZV-Vertrages gemeinsam die Daten der teilnehmenden HAUSÄRZTE gemäß den Bestimmungen von **Abschnitt IV des HZV-Vertrages**. Nachfolgend regeln die Managementgesellschaft und die AOK ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Daten i.S.d. Art 26 DSGVO in diesem Verarbeitungsbereich.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK sind verpflichtet für ihren Zuständigkeitsbereich den Datenverarbeitungsablauf lückenlos und soweit technisch möglich revisionssicher zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist für einen Zeitraum von 12 Monaten vorzuhalten und bei Bedarf der Managementgesellschaft und der AOK vorzulegen.
- (3) Die Managementgesellschaft und die AOK sind nur berechtigt, die Daten im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den EWR zu verarbeiten.

1. Informationspflichten gegenüber den HAUSÄRZTEN gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden HAUSARZT werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der HAUSARZT wird von der Managementgesellschaft im Rahmen der Teilnahmeerklärung der Ärzte (Anhang zu Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Ziffer VII) über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.

2. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der HAUSÄRZTE gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der HAUSÄRZTE nach Art. 15 ff. ist die Managementgesellschaft verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig,

dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem.

3. Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis

Die Managementgesellschaft und die AOK sind verpflichtet, für die vertragsgemäße Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellen sie sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert, angewiesen und auf die Vertraulichkeit verpflichtet wurde.

4. Sonstige Rechte und Pflichten

- (1) Die nach der DSGVO, dem BDSG oder anderen Regelungen im Sozialgesetzbuch erforderlichen Meldungen über die Datenverarbeitung an die zuständigen Aufsichtsbehörden nehmen die Managementgesellschaft und die AOK in eigener Zuständigkeit wahr.
- (2) Änderungen und Nebenabreden zu dieser Datenschutzanlage bedürfen der Schriftform und sind von allen Vertragsparteien zu unterschreiben. Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft und/oder der AOK müssen auch nach dem im Vertrag genannten Vertragsende hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen verarbeiteten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die Managementgesellschaft und die AOK unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (3) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch eine Partei ist stets ein wichtiger Grund für die Managementgesellschaft und die AOK zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Dies gilt auch, wenn ein Auftragnehmer gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verstößt und dieses Verhalten einem Vertragspartner zuzurechnen ist.
- (4) Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft oder der AOK müssen auch nach dem Ende des Vertrages hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die AOK und die Managementgesellschaft unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (5) Im Übrigen gelten die getroffenen Vereinbarungen aus **Ziffer III** für die Managementgesellschaft und die AOK entsprechend für den Verarbeitungsbereich von **Ziffer IV**.

V. Information für den HAUSARZT gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme und des Teilnahmeantrages an der HZV

- (1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den Hausärzteverband, die Managementgesellschaft und das beauftragte Rechenzentrum, die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, zum Zweck der Teilnahme des Arztes an der HZV ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO in Verbindung mit dem HZV-Vertrag nach § 73b SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. HAUSARZTES. Er kennt den Inhalt des HZV-Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am HZV-Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.
- (2) Empfänger der Daten des HAUSARZTES sind die jeweilige Krankenkasse und Ihre Dienstleister sowie der Hausärzteverband, die Managementgesellschaft und das beauftragte Rechenzentrum, die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG.
- (3) Die Dauer der Datenverarbeitung ergibt sich aus Vertrag sowie aus Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gelöscht.
- (4) Der HAUSARZT hat das Recht auf Auskunft zu seinen Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO), auf Löschung seiner Daten (Art. 17), auf Berichtigung seiner Daten z.B. falscher Daten (Art. 16 Satz 1) und auf Sperrung seiner Daten (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Hierfür wendet er sich an die verantwortliche Stelle:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln,
Tel. 02203-5756-1111

- (5) Datenschutzbeauftragter des Hausärzteverbandes, der HÄVG, Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln; Tel. 02203-5756-1111; E-Mail: dsb@hzv.de
- (6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch den Hausärzteverband und/oder die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die HÄVG sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Nordrhein-Westfalen:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf
Tel.: 0211/38424-0
Fax: 0211/38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Pflicht	Managementgesellschaft	AOK	HAUSARZT
Festlegung der gemeinsamen Verarbeitungstätigkeiten im Rahmen des HZV-Vertrages	wird von den Verantwortlichen gemeinsam getroffen		
Erfüllung der jeweils eigenen Rechenschaftspflicht gemäß Art. 5 Abs. 2 DSGVO	erfolgt stets eigenständig durch jeden der gemeinsam Verantwortlichen		
Erfüllung der Informationspflichten gem. Art. 13 DSGVO: gegenüber den teilnehmenden Versicherten	☐	☐	☒
Erfüllung der Informationspflichten gem. Art. 13 DSGVO: gegenüber den teilnehmenden Hausärzte	☒	☐	☐
Erfüllung der Rechte der betroffenen Personen gem. Art. 15 ff. DSGVO: gegenüber den teilnehmenden Hausärzte	☒	☐	☐
Erfüllung der Rechte betroffener Personen gem. Art. 15 ff. DSGVO: gegenüber den teilnehmenden Versicherten	☐	☒	☐

Gewährleistung der zur DSGVO-konformen Verarbeitung erforderlichen Maßnahmen gem. Art. 24 DSGVO	erfolgt stets eigenständig durch jeden der gemeinsam Verantwortlichen		
Umsetzung der Anforderungen zum Datenschutz durch Technikgestaltung/ datenschutzfreundliche Voreinstellung gemäß Art. 25 DSGVO	erfolgt stets eigenständig durch jeden der gemeinsam Verantwortlichen		
Bereitstellung der wesentlichen Inhalte des Vertrages für die betroffenen Personen gem. Art. 26 Abs. 2 S. 2 DSGVO	wird von den Verantwortlichen gemeinsam vorgenommen		
Führung des Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten gemäß Art. 30 DSGVO	erfolgt stets eigenständig durch jeden der gemeinsam Verantwortlichen		
Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung gemäß Art. 32 DSGVO	erfolgt stets eigenständig durch jeden der gemeinsam Verantwortlichen		
Bearbeitung von Datenschutzverletzungen gem. Art. 33, 34 DSGVO	erfolgt stets eigenständig durch jeden der gemeinsam Verantwortlichen		
Durchführung der Datenschutz-Folgenabschätzung Konsultation der Aufsichtsbehörde gem. Art. 35, 36 DSGVO			

Benennung eines Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO	erfolgt stets eigenständig durch jeden der gemeinsam Verantwortlichen		
Verpflichtung der Beschäftigten auf die Wahrung der Vertraulichkeit personenbezogener Daten;	erfolgt stets eigenständig durch jeden der gemeinsam Verantwortlichen		
Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis Art. 35 SGB I	☒	☒	☐
Verpflichtung auf das Berufsgeheimnis	☒	☐	☒

Spezifische Regelungen für Kinder- und Jugendärzte

- (1) Die in dieser Anlage aufgeführten Absätze weichen von den im HZV-Vertrag gemachten Regelungen und Vorschriften ab, sofern es sich um die Belange der Kinder- und Jugendärzte handelt, die als HAUSÄRZTE (im Folgenden KINDER-/JUGENDÄRZTE) über die Anlage 12a abrechnen. Die Abweichungen wurden einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern konsentiert.
- (2) Folgende Abweichungen gelten für KINDER-/JUGENDÄRZTE:
 - a) Die BVKJ-Service GmbH vertritt als Vertragspartner die teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte und übernimmt diesbezüglich die Rechte und Pflichten analog dem Hausarztverband, Landesverband Baden-Württemberg e.V. und MEDI Baden-Württemberg e.V. für die KINDER-/ JUGENDÄRZTE, die an Anlage 12a teilnehmen. Das Recht zur Kündigung für die BVKJ-Service GmbH gilt analog § 17 Abs. 2. Die BVKJ-Service GmbH wird vom BVKJ e.V., Landesverband Baden-Württemberg, vertreten durch den Vorsitzenden des Landesverbandes, unterstützt. Managementgesellschaft im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Versorgung des HZV-Vertrags gemäß den konsentierten Anlagen ist der MEDIVERBUND.
 - b) Die Teilnahmeerklärung von KINDER-/JUGENDÄRZTEN wird in Anlage 1a aufgenommen, an den MEDIVERBUND geschickt und dort verwaltet. Bisher am HZV-Vertrag teilnehmende HAUSÄRZTE, die einen Arztgruppenschlüssel für Kinder- und Jugendärzte haben, können zum technisch-prozessual nächstmöglichen Folgequartal über die Anlage 12a abrechnen, sofern sie eine Erklärung gemäß Anlage 1a abgeben. Zu diesem Zeitpunkt eingeschriebene HZV-Versicherte bleiben dem KINDER-/JUGENDARZT erhalten und müssen nicht erneut eingeschrieben werden. Der Wechsel zwischen Anlage 12 und 12a erfolgt nahtlos.
 - c) Innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ ist die Teilnahme samt Abrechnung eines HAUSARZTES nach Anlage 12 und eines KINDER-/JUGENDARZTES nach Anlage 12a möglich. Es gelten die Abrechnungsregelungen von HZV-Leistungen innerhalb von BAG/MVZ (gem. Anlage 12a Abschnitt III Ziffer IV).
 - d) Die Praxisausstattung für KINDER-/JUGENDÄRZTE entspricht der Auflistung in Anlage 12a unter P1.
 - e) § 19 des HZV-Vertrages gilt für die Anlage 12a mit folgenden Maßgaben entsprechend:

- a. Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12a gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2019.
- b. Einigen sich die Vertragspartner bis zum 30. Juni 2019 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12a), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31. Dezember 2020 fort.
- c. Einigen sich die Vertragspartner vor dem 30. Juni 2019 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12a), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem KINDER-/ JUGENDARZT unverzüglich mit. Ist der KINDER-/JUGENDARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am HZV-Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum 31. Dezember 2019 zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der KINDER-/JUGENDARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den KINDER-/JUGENDARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.
- d. Besteht der HZV-Vertrag über den 31. Dezember 2020 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12a für ein weiteres Jahr fort, wenn sich nicht die Vertragspartner unbeschadet lit. a. spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weiteren Ein-Jahres-Zeiträume, die der HZV-Vertrag über den 31. Dezember 2020 hinaus fortbesteht.
- f) § 21 des HZV-Vertrages gilt für die Anlage 12a mit folgenden Maßgaben entsprechend:

Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem KINDER-/JUGENDARZT eine an die Höhe der HZV-Vergütung gekoppelte Verwaltungskostenpauschale für die Organisation der Teilnahme an der HZV inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer zu erheben. Der KINDER-/JUGENDARZT ist zur Entrichtung der Verwaltungskostenpauschale verpflichtet. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1a.

- g) KINDER-/JUGENDÄRZTE regeln ihre Vertretungen grundsätzlich mit anderen KINDER-/JUGENDÄRZTEN. Im Ausnahmefall können Vertretungen auch mit HAUSÄRZTEN abgestimmt werden, die über die Anlage 12 abrechnen.

- h) Im Beirat gemäß § 23 des HZV-Vertrags werden durch Beitritt der neuen Vertragspartner die Stimmenverhältnisse nicht geändert. Für KINDER-/JUGENDÄRZTE entscheidet ein zusätzlicher Beirat, der aus 3 Vertretern der AOK, 1 Vertreter des MEDIVERBUND und 2 Vertretern der BVKJ-Service GmbH besteht. Die Mitglieder können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Vertreter der BVKJ-Service GmbH mindestens einmal im Kalenderjahr an einer Beiratssitzung gemäß § 23 teilnehmen. Für Beschlussfragen im Beirat gemäß § 23 stellt die AOK das Benehmen mit der BVKJ-Service GmbH für alle die Belange her, die die KINDER-/JUGENDÄRZTE mittelbar betreffen.
- i) Die Anlage 1 wird ergänzt um die Anlage 1a, die für KINDER-/ JUGENDÄRZTE verwendet wird, die einen Antrag zur Teilnahme an Anlage 12a stellen. Die Vertragspartner empfehlen den Vertragsteilnehmern die Teilnahme an der Intranet-Plattform „PädInform“ (diese gewährleistet insbesondere eine zeitnahe Information zum HZV-Vertrag) und die Einrichtung einer Homepage zur Darstellung der Praxis in „Kinderärzte-im-Netz“.
- j) Die Anlage 2 wird ergänzt durch die Anlage 2a, die ausschließlich für KINDER-/JUGENDÄRZTE gilt und die für KINDER-/JUGENDÄRZTE die Fortbildungsverpflichtungen und Qualitätsvoraussetzungen regelt.
- k) Die in Anlage 5 definierten Unterlagen werden um die kinder- und jugendärztliche Versorgung im AOK-HausarztProgramm ergänzt. Das Merkblatt für an der HZV teilnehmende Versicherte gemäß Anlage 7 wird in Anlage 7a für die Belange der BVKJ-Service GmbH angepasst.
- l) Die Anlage 12 wird um die Anlage 12a ergänzt, die ausschließlich für KINDER-/JUGENDÄRZTE gilt.
- m) Der Anhang 6 der Anlage 12 (Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung in der HZV) wird gemäß Anhang 5 Anlage 12a angepasst.
- n) Anlage 6 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass der MEDIVERBUND die Managementfunktion übernimmt. Die unter Punkt 1.1.1 benannte Teilnahmeerklärung wird für KINDER-/ JUGENDÄRZTE jeweils auf den Websites der MEDIVERBUND AG und PädInform zum Download zur Verfügung gestellt.

- o) Die Qualifikation „Psychosomatik“ ist Teilnahmevoraussetzung für alle an der Anlage 12a teilnehmenden KINDER-/ JUGENDÄRZTE. Sollte die Qualifikation zum Zeitpunkt der Vertragsteilnahme des KINDER-/JUGENDARZTES noch nicht vorliegen, muss der Nachweis bis spätestens 12 Monate nach Beginn der Teilnahme vorgelegt werden. In diesen Fällen ist mit der Teilnahmeerklärung des KINDER-/JUGENDARZT eine Anmeldebestätigung der Qualifizierungsmaßnahme bei der Managementgesellschaft vorzulegen.
- p) Die Vertragspartner vereinbaren die kontinuierliche Überprüfung der Abrechnung der sozialpädiatrischen Beratung und Koordination. Bei mehr als 10 % Versicherteninanspruchnahme (Berechnungsgrundlage bildet die Anzahl aller eingeschriebenen Versicherten) werden geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Vergütungsposition getroffen.
- q) Die Vertragspartner vereinbaren die kontinuierliche Überprüfung der Abrechnung der Besonderen Impfberatung. Bei mehr als 10 % Versicherteninanspruchnahme (Berechnungsgrundlage bildet die Anzahl aller eingeschriebenen Versicherten bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres) werden geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Vergütungsposition getroffen.
- r) Die Vertragspartner vereinbaren die jährliche Überprüfung von Direktinanspruchnahmen.

(3) Eckpunkte zur Förderung der Weiterbildung

Die Vertragspartner sind sich einig, zur Sicherstellung der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin zu fördern. Das von der Landesregierung geförderte und vom Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg entwickelte und umgesetzte Konzept Verbundweiterbildung^{Plus} ist in besonderem Maße dazu geeignet, die Ziele des Pädiatrie-Moduls zur nachhaltigen Sicherung der wohnortnahen ambulanten Versorgung in Baden-Württemberg zu unterstützen. Das bisherige hausärztliche Konzept des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin wurde zum 01.01.2022 auch für weiterbildende und weiterzubildende Kinder-/Jugendärzte zugänglich gemacht.

Weiterbildungsbefugte KINDER-/JUGENDÄRZTE erhalten während der Zeit der Weiterbildung eines Arztes aus dem Programm Verbundweiterbildung^{Plus} mit Gebietswunsch Kinder- und Jugendmedizin einen Zuschlag in Höhe von 3 EUR auf die kontaktunabhängige Grundpauschale P1. Voraussetzungen für die Vergütungsposition sind:

- A) Weiterbildungsbefugte haben eine aktuelle, gültige Weiterbildungsbefugnis über mindestens 12 Monate.
- B) Weiterbildungsbefugte haben eine gültige Kooperationsvereinbarung mit dem Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg über die Teilnahme an der Verbundweiterbildung^{Plus}.
- C) Weiterbildungsbefugte nehmen an der begleitenden Qualifikation (z. B. am „Train-the-Trainer“-Seminar) für Weiterbildungsbefugte des Kompetenzzentrums teil (Nachweise müssen ab 01.01.2023 vorliegen).
- D) Weiterbildungsbefugte stellen den Kinder-/Jugendarzt in Weiterbildung für die vereinbarten Schulungstage des Kompetenzzentrums frei.
- E) Weiterbildungsbefugte nehmen aktiv an der HZV teil.

Die Erfüllung der Anforderungen nach Punkt A-D wird vom Kompetenzzentrum überprüft und den Vertragspartnern mitgeteilt.

Der Zuschlag auf die P1 wird je KINDER-/JUGENDARZT maximal 1-mal pro Quartal gewährt, wenn der Weiterbildungsassistent zum 1. eines Quartals an der Verbundweiterbildung^{Plus} teilnimmt. Bei Wechsel oder Ausscheiden des Weiterbildungsassistenten bzw. bei Auslaufen der Weiterbildungsbefugnis der Weiterbildungsbefugten wird der bereits auf P1 gewährte Zuschlag nicht anteilig gekürzt.

Der Zuschlag auf die P1 wird je KINDER-/JUGENDARZT auch dann nur maximal 1-mal pro Quartal gewährt, wenn der KINDER-/JUGENDARZT mehrere Weiterbildungsassistenten beschäftigt.

Der an der Verbundweiterbildung^{Plus} teilnehmende weiterbildende KINDER-/JUGENDARZT muss den Nachweis seiner Weiterbildungsbefugnis sowie alle für die Abrechnung notwendigen Angaben zu den Weiterbildungsassistenten, dem in Anlage 12a benannten Rechenzentrum zur Verfügung stellen. Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg bietet dafür alle Unterlagen an.

Die Angaben zu Beginn und Ende einer Weiterbildungsbefugnis sowie zur Beschäftigungsdauer eines Weiterbildungsassistenten werden kontinuierlich vom Kompetenzzentrum dem in Anlage 12a benannten Rechenzentrum sowie AOK für die Prüfung und die Abrechnung zur Verfügung gestellt. Die Vergütung des Zuschlags erfolgt vorbehaltlich einer Bestätigung der Angaben zur Teilnahme an der Verbundweiterbildung^{Plus} durch das Kompetenzzentrum.

Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg

- (1) Die **Aufgabe** und der Fokus der Beratung durch den Sozialen Dienst (SD) der AOK Baden-Württemberg liegt in einer die haus- bzw. fachärztliche Versorgung ergänzenden, nicht-medizinischen bzw. nicht-therapeutische Beratung. Der SD hat einen Überblick über das regionale Leistungsangebot im Gesundheitswesen und bietet beratende und organisatorische Unterstützung für Patientinnen/Patienten bzw. Erziehungsberechtigte an, bei denen neben der medizinischen Behandlung ein weiterer Unterstützungsbedarf vorliegt.
- (2) Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD und der Hausarztpraxis (hier sind Kinder- und Jugendarztpraxen eingeschlossen) soll das übergeordnete **Ziel** einer stabilen Gesamtversorgungssituation der Patientinnen/Patienten bzw. Erziehungsberechtigten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden.
- (3) Die **beidseitige, vertrauensvolle Kooperation und Kommunikation** stehen im Mittelpunkt der interdisziplinären Versorgung. Die Hausarztpraxis kann den SD einbinden, aber auch der SD kann zur Klärung von Versorgungsfragen auf die Hausarztpraxis zugehen. Voraussetzung der vertrauensvollen Zusammenarbeit ist die Einwilligung der Patientin/des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten (Anhang 1 zu Anlage 19).
- (4) Die Hausarztpraxis fungiert in der medizinischen Versorgung als **Lotsin**. Sie nimmt daher den Kontakt zum regionalen SD auf und koordiniert den interdisziplinären Austausch zwischen Haus- und Facharztpraxis. Dies ist in den Facharztverträgen Orthopädie/Rheumatologie, PNP, Urologie, Nephrologie und Pneumologie geregelt (s. Anhänge 2 und 3 zu Anlage 19).
- (5) Der SD unterstützt, berät und informiert Patientinnen/Patienten bzw. Erziehungsberechtigte, bei denen ein **Unterstützungsbedarf** in einem oder mehreren der folgenden Bereiche vorliegt:
 - soziale & familiäre Teilhabe
 - gesellschaftliche & berufliche Teilhabe
 - haushalterische Versorgung/Wohnumfeld
 - Verfassung/Konstitution
 - sozialmedizinische und psychosoziale Versorgung

Grundlage für die unterstützungsbedürftigen Bereiche ergeben sich aus dem biopsychosozialen Modell und aus dem ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

- (6) Das **Formular** „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ (vgl. Anhang 1 zu Anlage 19) einschließlich der schriftlichen Patienteninformation wird genutzt, wenn die Hausarztpraxis den SD einbindet („neuer“ Beratungsfall für den SD oder zur Initiierung eines interdisziplinären Austausches). Der Patient/die Patientin bzw. die Erziehungsberechtigten erklären durch seine/ihre Unterschrift auf dem Beratungsbogen seine/ihre Einwilligung/Schweigepflichtentbindung.
- (7) Die arbeitsbegründenden **rechtlichen Grundlagen** sind unter anderem §§ 14 Abs. 1, 15 SGB I, § 1 Satz 4 SGB V (allgemeine Beratungsleistungen), § 11 Abs. 4 SGB V (Versorgungsmanagement), § 7a SGB IX (Pflegerberatung). Zudem ist der Soziale Dienst eine Satzungsleistung der AOK Baden-Württemberg.

Anhänge:

Anhang 1 zu Anlage 19:	Beratungsbogen und Informationen zur Einbindung des Sozialen Dienstes
Anhang 2 zu Anlage 19:	Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg, ausführliche Hintergrundinformationen Zielgruppe Erwachsene
Anhang 3 zu Anlage 19:	Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg, ausführliche Hintergrundinformationen Zielgruppe Kinder und Jugendliche bzw. Erziehungsberechtigte

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



Sozialer Dienst der AOK:
Kontaktaten siehe
Adressliste

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b und 140a SGB V

Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch

- ☐ i. d. R. **HZV-/PNP-Praxis:** Beratung durch SD wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des / der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____
- ☐ **PNP-Praxis:** interdisziplinäre Versorgungsplanung bei Kindern, Jugendlichen, behinderten Menschen (*Modul Psychotherapie*)
- ☐ **Orthopädie-Praxis:** Fallkonferenz Rücken:
M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Codes aus der Gruppe M54.- weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz): **M54.____G**
sowie
- ☐ F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- ☐ F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- ☐ F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

Vereinbartes Vorgehen

- ☐ **Anruf** in der **Praxis** durch SD wird gewünscht.
- ☐ **Anruf** bei dem / der **Patient/in** oder **Erziehungsberechtigten** durch SD wird gewünscht.

Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr
unter Telefon / Handy _____

Erklärung Patient/in

Ich stimme dem Unterstützungsangebot durch meine Krankenkasse zu und bin freiwillig mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Daten und Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Erklärung Praxis

Dem / der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten wurde die Einbindung des SD empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch den SD wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in oder Erziehungsberechtigten ausgehändigt.

Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in

Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis



Beratungsservice des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg

Worin liegt der Mehrwert?

Der SD unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. Im SD arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise systemische Beratung, Psychoonkologie und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert der SD die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Er stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt der SD im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch den SD wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter des SD sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, den SD einzubinden?

Die Einbindung des SD ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI <https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/> und HÄVG <https://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.417.0.html>). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
 - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
 - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
 - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
 - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
 - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
 - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
 - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
 - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
 - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
 - Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
 - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

Psychosozial – Ressourcenorientiert – Individuell

Patienteninformation

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg
mehr Service – mehr Nähe – mehr Leistung

Wann und in welchen Fällen kann Ihnen der Soziale Dienst helfen?

Wenn Sie am Hausarzt- oder Facharztprogramm teilnehmen, stehen wir Ihnen und Ihren Angehörigen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Oft führen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu finanziellen, beruflichen, persönlichen und / oder familiären Belastungen. Deshalb unterstützen und beraten wir Sie bei

- lebensverändernden Erkrankungen
- krankheits- und belastungsbedingten Arbeitsplatzproblemen
- Pflegebedürftigkeit / Hilfe für pflegende Angehörige
- Rehabilitation und Rente
- Schwerbehinderung.

Wer engagiert sich für Sie im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg?

Staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte bringen im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg ihre ganze Erfahrung für Sie ein. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeichnen sich nicht nur durch eine hohe persönliche Motivation aus. Sie alle haben ein Hochschulstudium absolviert und sich zudem durch diverse Weiterbildungen für diese sensible Aufgabe qualifiziert.

Was kann der Soziale Dienst für Sie tun?

Für Ihre persönlichen Sorgen, Unsicherheiten und Nöte haben wir immer ein offenes Ohr. Was wir miteinander besprechen, bleibt selbstverständlich unter uns. Einen diskreten und verantwortungsbewussten Umgang mit allem, was Sie uns anvertrauen, sichern wir Ihnen zu!

Wenn Sie es wünschen, können wir Ihnen bei vielen Themen ganz konkret helfen. Zum Beispiel, wenn es darum geht, sozialversicherungsrechtliche Fragen zu klären. Oder wenn wir gemeinsam mit Ihnen nach passenden

Möglichkeiten suchen, die Sie entlasten. Wir helfen Ihnen auch bei Anträgen rund um Rehabilitation und Pflege oder beim „Grad der Schwerbehinderung“. In persönlichen Gesprächen ist auch Ihre Krankheitsverarbeitung ein wichtiges Thema! Hier unterstützen wir gerne.

Wie kommen wir miteinander ins Gespräch?

Nachdem wir einen Termin vereinbart haben, begrüßen wir Sie gerne in den Räumlichkeiten der AOK oder treffen uns bei Ihnen zu Hause. Dann besprechen wir gemeinsam und ganz in Ruhe, welche Sorgen Sie beschäftigen und mit welchen Schritten es ganz konkret weitergeht. Weitere Termine vereinbaren wir individuell und in persönlicher Absprache mit Ihnen.

Unser wichtigster Grundsatz

Ob wir für Sie tätig werden dürfen, entscheiden alleine Sie! Wenn Sie unser Angebot nicht in Anspruch nehmen möchten, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Dies gilt auch dann, wenn wir Ihnen im Laufe unserer Beratung bestimmte Vorschläge machen, mit denen Sie nicht einverstanden sind.

Dies kann manchmal zur Folge haben, dass Sie unseren Beratungsservice oder Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht in vollem Umfang in Anspruch nehmen können. Selbstverständlich können Sie auf unsere Dienste sehr gerne jederzeit wieder zurückkommen.

Auf Seite 2 informieren wir Sie zu unserem Datenschutz.

Ganz im Vertrauen!

Datenschutz im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg



Ihre Daten in sicheren Händen

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Deshalb werden Ihre Daten bei uns so sicher verwahrt und gespeichert, dass Unbefugte nicht darauf zugreifen können. Wir geben Daten von Ihnen nur dann weiter, wenn Sie dies ausdrücklich erlauben. Auch dann, wenn Sie den Sozialen Dienst nicht mehr beanspruchen, sind Ihre Daten sicher, indem wir sie zugriffsgeschützt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen speichern. Nach Ablauf einer gewissen Frist werden sie gemäß den Bestimmungen zum Datenschutz vernichtet oder gelöscht.

Auch innerhalb der AOK Baden-Württemberg unterliegt der Soziale Dienst der Schweigepflicht. Er darf Informationen zu Ihrer Person nur dann intern weitergeben, wenn Sie Leistungen in Anspruch nehmen wollen (z. B. Haushaltshilfe, Pflegegeld), und diese Daten zwingend erforderlich sind. Wir geben Daten nur dann an Dritte (z. B. an behandelnde Ärzte) weiter, wenn wir dies vorher mit Ihnen abgesprochen haben. Hierzu erteilen Sie uns bitte jeweils Ihre schriftliche Einwilligung.

Um welche Daten geht es dabei genau?

- Diagnosen / Symptomatik bzw. die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen
- Beschreibung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (positives / negatives Leistungsbild)
- Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalte
- Einschränkungen durch drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit
- Ärzte / Angehörige eines Heilberufes, die in die Behandlung eingebunden sind
- geplante Behandlungen
- Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht notwendig erscheinen, um die gesundheitliche Situation zu verbessern.

Diese Maßnahmen können sich über die medizinische Behandlung hinaus auch auf Ihre aktuelle Lebenssituation beziehen. Dazu zählen beispielsweise:

- Ihre familiäre Situation
- Finanzielle Sorgen
- Probleme in der Umsetzung der Pflege
- Ihre häusliche Situation
- Ihre Arbeitsplatzsituation.

Besonderer Datenschutz - Ihr Sozialer Dienst

Der Soziale Dienst unterliegt den besonderen Anforderungen von §203 Abs.1 Nr.5 des Strafgesetzbuches. Dort steht, dass es unter anderem Sozialpädagogen nicht gestattet ist, unbefugt ein fremdes Geheimnis (ein persönliches oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis) das anvertraut wurde oder in sonst einer Weise bekannt geworden ist, zu offenbaren.

Zu diesen gesetzlichen Anforderungen gehört auch Transparenz. Deshalb informieren wir Sie zu Beginn unserer Tätigkeit ausführlich darüber, welche Daten zwischen welchen Institutionen ausgetauscht werden sollen und werden uns dazu Ihr Einverständnis einholen.

Ob im Rahmen Ihrer Unterstützung und Beratung zu einem späteren Zeitpunkt ein weiterer Datenaustausch erfolgen soll, entscheiden in jedem Einzelfall ausschließlich Sie selbst.

Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/datenschutzzerklaerung-1/>. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung.

Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg

ausführliche Hintergrundinformationen

Zielgruppe Erwachsene

Inhalt

1.	Biopsychosoziale Versorgung	2
2.	Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK.....	3
3.	Ziele im Sozialen Dienst der AOK.....	3
4.	Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen	4
5.	Methoden des Sozialen Dienstes der AOK	6
5.1	Versorgungsplanung	6
5.2	Einzelfallberatung	6
5.3	Case Management.....	7
5.4	Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung.....	7
6.	Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten	8
6.1	Strukturierte Zuweisung	11
6.2.	Schnittstellen facharztzentrierte Versorgung	12
6.3	Dokumenteneinsatz	16
7.	Rechtsgrundlagen.....	17
7.1	Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V	17
7.1.1.	Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V	17
7.1.2.	Besondere Versorgung nach § 140a SGB V	18
7.1.3.	Pflegeberatung nach §7a SGB XI	18
7.2.	Weitere rechtliche Grundlagen	18

1. Biopsychosoziale Versorgung

Aufbauend auf der Systemtheorie¹ beschrieb bereits in den 70er Jahren George Engel das biopsychosoziale Modell^{2,3}.

Dieses beinhaltet folgende Kernaussagen:

Bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind Einflüsse einer sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso bedeutsam wie entsprechende organopathologische Gegebenheiten. Aus Zwillingstudien ließen sich viele Wechselwirkungen zwischen Umwelt, genetischer Veranlagung und psychosozialen bzw. biologischen Faktoren ableiten. Biologisch-genetische und psychosoziale Faktoren können mithin eine Erkrankung ursächlich bedingen, den Verlauf bestimmen oder als Folge erscheinen.

Bei Patientinnen und Patienten mit schwer verlaufenden, nicht-spezifischen, funktionellen somatoformen Körperbeschwerden führen äußere Belastungsfaktoren oftmals zu einer Verschlimmerung der Beschwerden⁴. Im Sinne des biopsychosozialen Modells gilt es diese Faktoren zu eruieren und eine interdisziplinäre Versorgung anzuregen. Demnach steht als evidenzbasierte Begründungsgrundlage dafür, dass die ergänzende (psycho-) soziale, zeitlich begrenzte Begleitung durch den Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg (SD) einer Verbesserung der ganzheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten beiträgt.

Auf dieser Grundlage wird in komplexen Versorgungssituationen eine interdisziplinäre Kooperation angestrebt, in der der SD unterstützend zur medizinisch ambulanten Versorgung tätig ist. Grundlage für die Kooperation und Interaktion ist das oben beschriebene biopsychosoziale Modell, welches an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) angelehnt ist. Mit der ICF werden die biopsychosozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst. Zu beachten sind dabei auch die Auswirkungen der Erkrankung auf die komplexe Lebenssituation der Betroffenen. Funktionale Probleme sind z.B. Beeinträchtigungen in den Bereichen

- Mobilität
- Kommunikation
- Selbstversorgung im häuslichen Leben
- Interaktion mit Anderen
- Erwerbsleben.

Ergeben sich bei einer oder mehreren Komponenten der Funktionsfähigkeit aus diesen Bereichen Einschränkungen oder Probleme, kann der SD ergänzend beraten und unterstützen.

1 von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller Inc.

2 Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 4286, 129-136.

3 Engel, GL (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 137: 535-544.

4 Vgl. ebd., S. 103ff.

2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK

Im SD arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen bspw. in der systemischen Beratung, zertifizierte Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Weiterbildung Psychoonkologie.

Hauptauftrag des SD ist es, Versicherte im Gesamtkontext zu betrachten und hieraus eine stabile Gesamtversorgungssituation gemeinsam mit den Versicherten herzustellen. Für die Versicherten soll so eine angemessene Versorgung, eine individuelle Betreuung sowie eine wirtschaftliche Optimierung der Versorgung gefördert werden.

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Beratungen durch den SD sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg umgesetzt werden.

Die Arbeitsweisen dieser individuellen Versorgungsgestaltung zielen im Einzelfall z. B. auf eine Steigerung der Versorgungsqualität, bzw. Lebensqualität und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Der/dem Versicherten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Versorgungsgestaltung in einer für sie/ ihn oft unübersichtlichen und intransparenten Landschaft des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Komplexe und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe stehen dabei im Vordergrund.

3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD und der **Haus- / Facharztpraxis** soll das übergeordnete Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation des einzelnen Versicherten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden.

Grundauftrag und Grundsatzziele im Überblick:

- Sektorenübergreifende Bedarfsermittlung
- Herstellen / Beibehalten einer stabilen Gesamtversorgungssituation
- Individuelle Betreuung und Unterstützung
- Frühzeitige und nachhaltige Interventionen
- Strukturierte und interdisziplinäre Handlungsabläufe

4. Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen

Der Fokus der Beratung durch den SD liegt in einer, die medizinische / ärztliche Behandlung der Haus-/Facharztpraxen **ergänzenden, nicht-medizinischen bzw. nicht-therapeutische Beratung**. Der SD hat einen Überblick über das regionale Leistungsangebot im Gesundheitswesen und bietet beratende und organisatorische Unterstützung bei Patientinnen und Patienten an, bei welchen **neben der medizinischen Diagnose und Therapie ein weiterer Unterstützungsbedarf** in einem oder mehreren Bereichen vorliegt.

Die **Hausarztpraxis** erhält vom SD Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von Patientinnen/Patienten mit z. B. Langzeiterkrankungen, psychischen Erkrankungen, arbeitsplatzbedingten Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit etc. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Adhärenz und Empowerment, so dass die/der Versicherte im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt. Durch die Kooperation und Kommunikation mit der **Hausarztpraxis** erreicht der SD frühzeitig potentielle Risikopatientinnen/-patienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen zur weiteren Stabilisierung in die Wege leiten.

Seelische Belastungen im privaten und / oder beruflichen Umfeld münden ggf. bei Versicherten in Hilflosigkeit, Katastrophisierungsgedanken, Stimmungsstörungen und Passivität. In diesen Fällen kann von einer komplexen Versorgungssituation ausgegangen werden, so dass bspw. bei nachfolgenden **psychosoziale Kontextfaktoren** Unterstützung angeboten werden kann:

- Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z.B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungsprobleme mit Eltern / Familie)
- Häusliche Situation / Wohnen ist nicht sichergestellt bzw. Wohnungs- / Nachbarschafts-probleme
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Problem mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
- Problem mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.

Die **ganzheitliche Betreuung und Begleitung** bei Versicherten mit einer spezifischen Diagnose und mit mindestens einem der o.g. Kontextfaktoren durch den SD kann – in enger Absprache mit den jeweils beteiligten Akteurinnen und Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- Anamnese, diskursive Auftragsklärung und Schließung eines partizipativen Arbeitsbündnisses (Situationsanalyse)
- Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans (Ziel-/Maßnahmenplanung)
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bzw. beim Umgang mit der Erkrankung

- Einbezug der familiären und sozialen Situation
- Berücksichtigung des Arbeitsplatzes und beruflicher Perspektiven
- Berücksichtigung wirtschaftlicher/sozialer Probleme
- Unterstützung bei der Organisation der Rehabilitation/Nachsorge
- Unterstützung beim Umgang mit Tod und Sterben.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die in [Kapitel 7](#) aufgezeigten gesetzlichen Rechtsgrundlagen⁵.

Die **Haus-/Facharztpraxis** kann zudem den SD als kompetenten Ansprechpartner zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD unterstützt die **Haus-/Facharztpraxis** mit und ohne direkten Versichertenbezug beispielsweise bei der Suche nach Selbsthilfegruppen oder anderen Angeboten im regionalen Netzwerk. Durch den gemeinsamen Austausch im Rahmen dieses Unterstützungsmanagements kann sich auch ein direkter Beratungsbedarf für die/den Versicherten durch den SD ergeben.

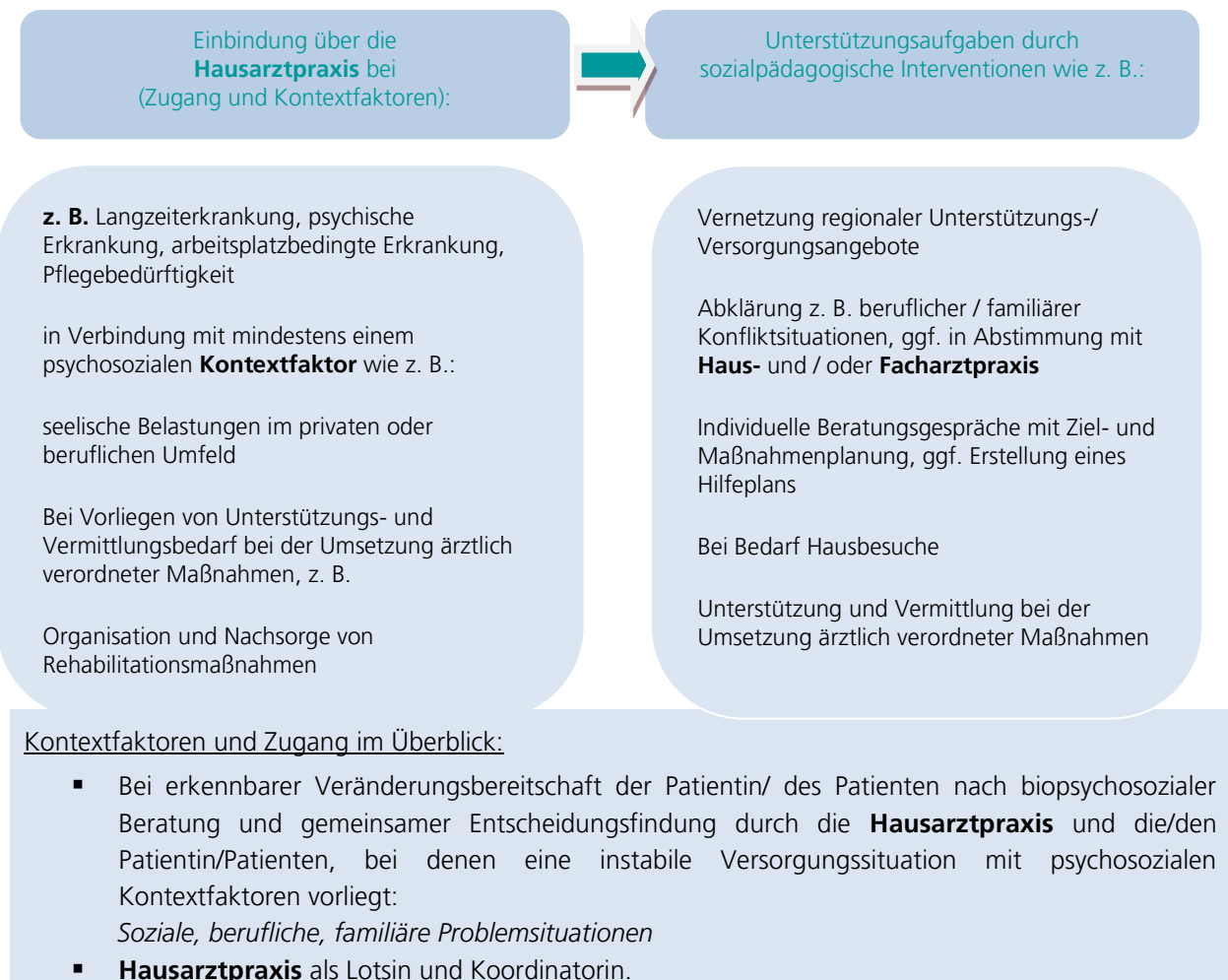


Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD

⁵ §11 (4) SGB V, §7a SGB XI, §27 i.V.m. §10 und §26 (3) SGB IX, §17 SGB I, §100ff SGB X i.V.m. §203 StGB

5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK

Der SD ergänzt im konkreten Fall die medizinische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Je nach Fallkomplexität, Zielsetzung und Maßnahmenplanung werden im gesamten Betreuungszeitraum verschiedene sozialpädagogische Methoden eingesetzt.

5.1 Versorgungsplanung

Der SD erstellt im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit der/dem Versicherten. Der Versorgungsplan basiert auf einer Situationsanalyse, die sich an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anlehnt. Er ermöglicht die Dokumentation einer umfassenden sozialpädagogischen Anamnese, die Planung und Verlaufskontrolle von Zielen und Maßnahmen sowie eine abschließende Fallevaluation. Bezugnehmend auf ICF und das biopsychosoziale Modell nimmt die Versorgungsplanung folgende Bereiche **defizit-** als auch **ressourcenorientiert** näher in den Blick:

- soziale & familiäre Teilhabe
- gesellschaftliche & berufliche Teilhabe
- häuslicher Versorgung / Wohnumfeld
- Verfassung / Konstitution
- sozialmedizinische und psychosoziale Versorgung.

5.2 Einzelfallberatung

Der SD erkennt im Rahmen der Einzelfallberatung mögliche psychische und soziale Belastungen sowie Einschränkungen, bringt diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigt sie in der Versorgungsplanung. Diese fundamentale Art der Betrachtung von Lebens- und Gesundheitssituationen ist im Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Versicherten die Grundlage für eine tragfähige Problemlösung⁶. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst⁷.

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

- Individuell und ganzheitlich
- Ressourcen- und lösungsorientiert
- Bezieht Versicherte und ihr soziales Umfeld mit ein
- Systemorientiert.

6 Sickendiek, U. et al. (2008). Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim/München: Juventa-Verlag.

7 Belardi, N. (2007). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5. , überarbeitete Auflage. München: Juventa-Verlag.

5.3 Case Management

Der SD erhebt eine strukturierte Analyse, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung). Dabei geht der SD ggf. situationsbezogenen Kooperationen mit anderen, regionalen Institutionen und Beratungsstellen ein. Die regionalen Versorgungsstrukturen werden hinzugezogen. Die Methode des Case Managements ist ein phasenhafter, ineinander übergehender und sich ggf. wiederholender Prozess⁸ :

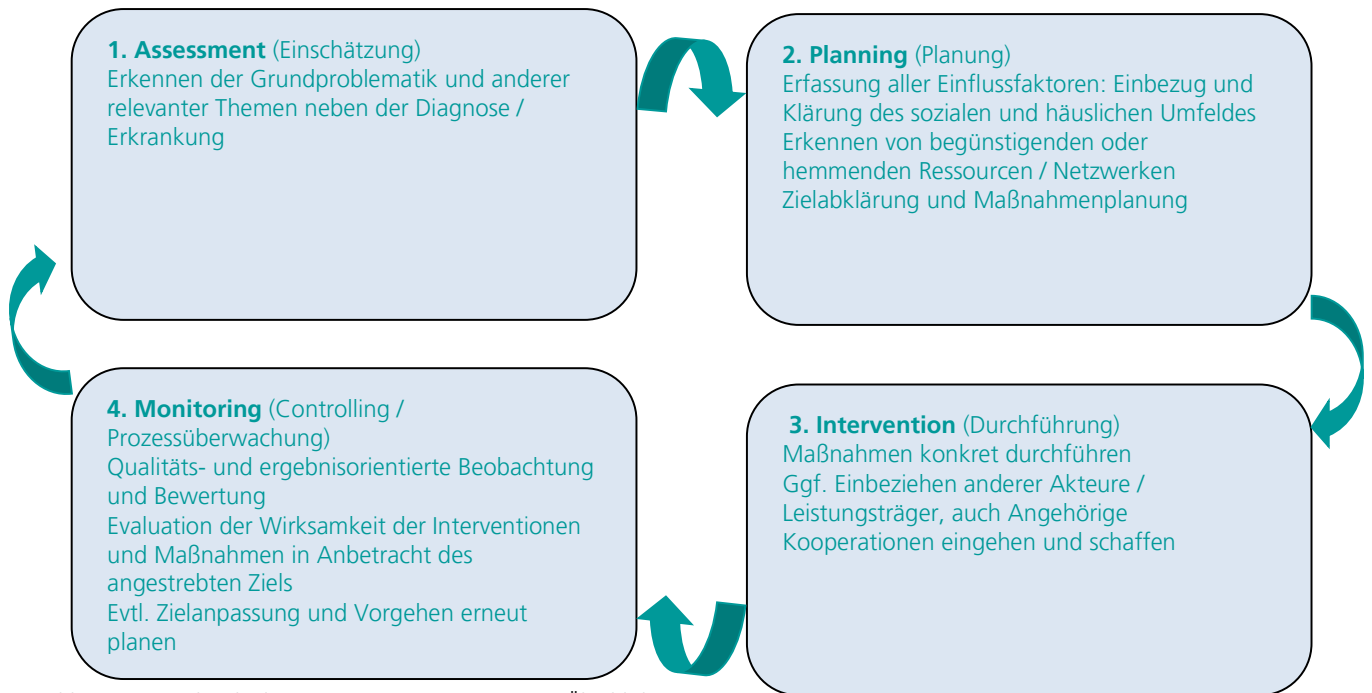


Abb. 2: Kernmerkmale des Case Managements im SD im Überblick

5.4 Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung

Interdisziplinäre Kooperation bzw. „Interprofessionalität“ bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen koordiniert und eng aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten.“⁹ Im Gesundheitswesen findet die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter anderem zwischen Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, medizinischem Fachpersonal, Pflegekräften und Sozialer Arbeit (hier durch den SD) statt. Durch einen gezielten Austausch wird die Qualität der einzelnen Kontakte zu den Patientinnen/Patienten gesteigert und Unter-/Über- und Fehlversorgung vermieden.

Die Komplexität der individuellen Unterstützungsbedarfe erfordert neben fundierten Fachkenntnissen auch eine umfangreiche Vernetzung mit einschlägigen Dienstleistenden der örtlichen bzw. überörtlichen Hilfesystemen. Der SD bewegt sich mit seinem Auftrag innerhalb aller

⁸ Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

⁹ BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.) 2018: Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin/Heidelberg, S. 282.

Netzwerkebenen. Netzwerkarbeit geht über die Form der Kooperation, die in der Regel auf bilaterale Beziehungen beschränkt ist, hinaus und dient der Erzeugung positiver individueller Lösungen sowie einer stabilen Gesamtversorgungssituation im Einzelfall. Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD nach strukturierter Analyse der Bedarfe durch Hinzunahme von regionalen Netzwerken komplexe Problemlagen neben den medizinischen Determinanten die sozialen Determinanten gemeinsam mit dem Versicherten in den Blick nimmt. Im Rahmen des Case Managements kooperiert der SD im Einzelfall z. B. mit folgenden **Netzwerkpartnerinnen/-partnern**:

- Haus- und Facharztpraxen
- Psychotherapiepraxen
- Psychologische Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Sozialleistungsträger wie Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Grundsicherung für Erwerbsunfähige
- Soziale Einrichtungen (Pflegeheime, Jugendhilfeeinrichtungen)
- Jugendamt
- Ggf. Arbeitgeber (mit Einverständnis des Versicherten)
- Integrationsfachdienst
- Rentenversicherung und weitere.

6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD und der **Hausarztpraxis** sollen das übergeordnete Rahmen- und Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation der/des einzelnen Patientin/Patienten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden. Die **Hausarztpraxis** erhält von dem regional zuständigen SD Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von chronisch erkrankten und/oder multimorbiden Versicherten. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Compliance, sodass die Patientin/ der Patienten im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt.

Der SD und die **Hausarztpraxis** sollen vertrauensvoll zusammenarbeiten. Eine gelingende Kommunikation und Kooperation führen dazu, dass frühzeitig Kontakt zu Versicherten mit Unterstützungsbedarf aufgenommen wird und Versicherte unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren dem SD zugeleitet werden können. Auf dieser Grundlage soll die Versorgung der Patientinnen/Patienten gemeinsam ganzheitlich gestaltet werden.

Weitere Kooperationsziele sind

- frühzeitig potenzielle „Risikopatientinnen/-patienten“ erreichen
- frühzeitig Hilfen initiieren
- frühzeitig potenzielle, weitere Hürden aufdecken
- frühzeitig Ressourcen mobilisieren/wiederherstellen.

Der Beratungsservice des SD umfasst im Einzelfall auch die Unterstützung der **Hausarztpraxis** (sogenanntes „Unterstützungsmanagement“). Die Mitarbeitenden des SD sind fachkompetente Ansprechpartner/innen für die Vertragspraxen bei Patientinnen/Patienten mit komplexen Krankheitsaspekten in Verbindung mit psychosozialen Aspekten, wenn zur Gestaltung einer effizienten Versorgung eine Zusammenarbeit des SD mit der **Hausarztpraxis** erforderlich ist. Diese flankierenden Maßnahmen dienen der Sicherung des (medizinischen) Case Managements.

Für eine transparente und qualitätsgesicherte Kooperation und Kommunikation werden konkrete Verfahrensabsprachen getroffen. Die Absprachen sollen schriftlich fixiert werden und mindestens folgende Punkte beinhalten:

- Namentliche Benennung einer festen Ansprechpartnerin/ eines festen Ansprechpartners des SD für die Praxis
- Namentliche Benennung einer festen Ansprechpartnerin/ eines festen Ansprechpartners der Hausarzt- / Facharztpraxis für den SD
- Konkrete Bestimmung des Verfahrens zur Kommunikation und Rückmeldungen (Telefon, schriftlich, persönlich etc.).

Sowohl der SD als auch die Arztpraxis sollen nach diesem Vertrag jeweils auf Anfrage miteinander zusammenarbeiten.

In der Regel erfolgt die Kommunikation zwischen SD und der gesamten **Hausarztpraxis**. Der regionale SD stellt sich zu Beginn einer Kooperation in der **Hausarztpraxis** vor. Die/Der Ärztin/Arzt bzw. VERAH/MFA können den SD über den Wunsch zur Unterstützung per Formular oder per Telefon informieren. (vgl. 6.1). Die/Der VERAH/MFA soll befähigt werden, im Patientenkontakt Kontextfaktoren zu identifizieren, die eine Einbindung des SD erforderlich machen.

Die Patientin/ Der Patient steht mit seinen individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt und wird von allen Beteiligten in der Stabilisierung seiner gesundheitlichen Lage unterstützt. Die **Hausarztpraxis** fungiert in der Rolle als Lotsin und Koordinatorin in der interdisziplinären Versorgung und bezieht bei Notwendigkeit weiterer medizinische Interventionen Facharztpraxen ein bzw. wird von diesen eingebunden:

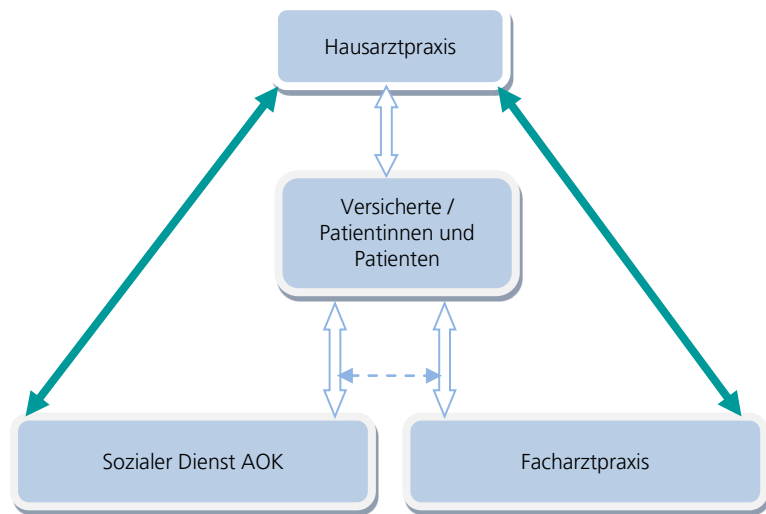


Abb. 3: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD wird zeitnah mittels Beratungsbogen (Anhang 1 zu Anlage 19) über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch die Hausarztpraxis informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen¹⁰:



Abb. 4: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die **Hausarztpraxis** erfolgen. Die **Hausarztpraxis** soll in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein.

Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und insbesondere mit der **Hausarztpraxis** als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

¹⁰ Im strukturiertem Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

6.2. Schnittstellen facharztzentrierte Versorgung

Die interdisziplinäre Kooperation zwischen **Hausarztpraxis** und dem SD beinhaltet unter anderem auch Schnittstellen zu den Facharztverträgen Orthopädie/Rheumatologie, Urologie, Nephrologie und Pneumologie. Um eine ganzheitliche medizinische Versorgung für die Patientin/den Patienten sicherzustellen, erfolgt in der Regel ein Austausch zwischen Haus-/ und Facharztpraxis.

Orthopädie/Rheumatologie

Der Facharztvertrag „Orthopädie / Rheumatologie“ stellt den Behandlungsschwerpunkt des anamnestischen und therapeutischen Gesprächs in den Vordergrund. Zudem wurde im Facharztvertrag „Orthopädie / Rheumatologie“ für Versicherte mit **unspezifischen Rückenschmerzen** bzw. mit **entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises** und entsprechend vorliegenden **Kontextfaktoren** die Einbindung des SD über die Hausarztpraxis ermöglicht. Das interdisziplinäre Zusammenwirken zielt in erster Linie auf nachhaltige Verhaltensänderungen zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Schmerzlinderung.

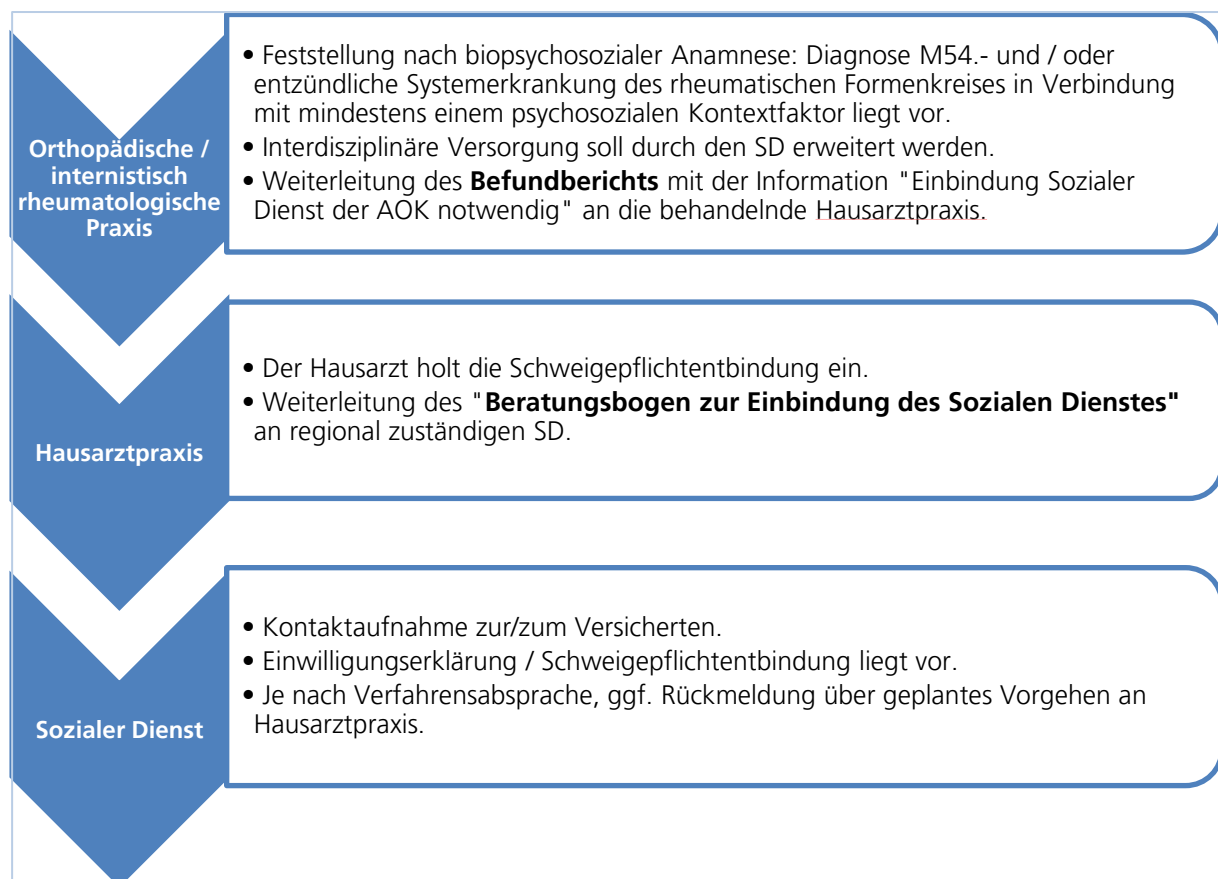


Abb. 5: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren interdisziplinäre Versorgung Facharztvertrag „Orthopädie/Rheumatologie“

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die **Hausarztpraxis** erfolgen. **Die Hausarztpraxis** soll in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein. Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte mit der Diagnose M54.- und / oder bei

entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und insbesondere mit der Hausarztpraxis als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

Die orthopädische/rheumatologische Facharztpraxis kann die Notwendigkeit einer Fallkonferenz feststellen. Diese besteht aus mindestens zwei Personen. Die Haus- und Facharztpraxis sind in jedem Fall beteiligt, der SD kann hinzugezogen werden. Auch kann der SD Fallkonferenzen über die behandelnde **Hausarztpraxis** gemäß den getroffenen Verfahrensabsprachen initiieren. Zielgruppe von Fallkonferenzen sind¹¹:

- Patientinnen/Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen
- Schmerzen sollten über 12 Wochen oder Arbeitsunfähigkeit ab 4 Wochen bestehen
- neben der spezifischen M-Diagnose ist zusätzlich ein ICD Code F45.40 F45.41 oder F62.80 Voraussetzung.

Die Leistungsinhalte von Fallkonferenzen regelt Anlage 17 Anhang 5.1 des HZV-Vertrages. Die Organisation von Fallkonferenzen bedarf einer engen Absprache zwischen den Beteiligten. Nur in besonderen Fällen kann die Facharztpraxis Orthopädie/Rheumatologie den SD zur Fallkonferenz direkt einschalten, indem er den „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ an den SD sendet. Diese Fälle stellen eine Ausnahme der Regelkommunikation (über die Hausarztpraxis, aufgrund der Lotsen-Funktion) dar.

Urologie

Bei urologischen Erkrankungen wird das biopsychosoziale Bedingungsgefüge insbesondere bei bedrohlichen oder komplexen Diagnosen wie z. B. Karzinomen beansprucht, jedoch auch bei potentiell gutartigen Tumorverläufen, die nicht immer klar vorhersehbar sind. Krebsdiagnosen gehen häufig mit massiven psychischen und sozialen Belastungen einher. Sie lösen häufig bei Betroffenen Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit und Ängste aus.

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die **Hausarztpraxis** erfolgen. Die **Hausarztpraxis** soll in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein. Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte mit z. B. onkologischen Erkrankungen, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und insbesondere mit der Hausarztpraxis als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

11 Anhang 5.1. zu Anlage 17 HZV-Vertrag, Anlage 12 Facharztvertrag Orthopädie/Rheumatologie.

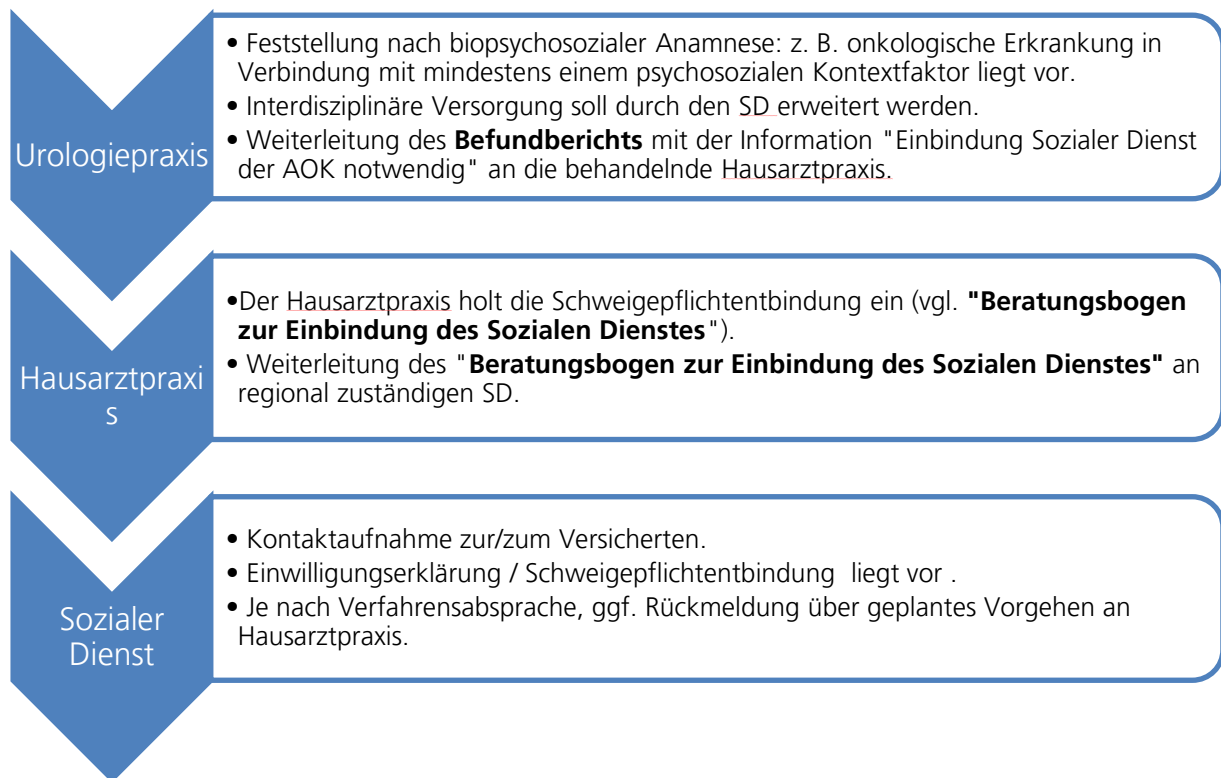


Abb. 6: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren interdisziplinäre Versorgung Facharztvertrag „Urologie“

Nephrologie

Schwerwiegende nephrologische Erkrankungen gehen häufig mit komplexen Versorgungssituationen einher und können bei Betroffenen Überforderung und Hilflosigkeit auslösen.

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die Hausarztpraxis erfolgen bzw. sollte die **Hausarztpraxis** in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein. Die **Hausarztpraxis** fungiert als Lotsin/Koordinatorin. Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte mit z. B. onkologischen Erkrankungen, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und insbesondere mit der Hausarztpraxis als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

Der SD kann bei instabilen Versorgungssituation bei Nierenersatztherapie (während einer Berufstätigkeit), onkologischen Erkrankung oder drohender/bestehender Pflegebedürftigkeit eine Beratung durchführen. Ausschlaggebend ist hierfür die erkennbare Veränderungsbereitschaft der Patientin/ des Patienten. In einer gemeinsamen Auftragsklärung mit den Beteiligten kann der SD die psychosozialen Kontextfaktoren (soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen) bearbeiten.

Bei Patientinnen/Patienten im präterminalen und terminalen Stadium der Niereninsuffizienz kann im Rahmen des biopsychosozialen Versorgungskonzepts ggf. auch der SD über die nephrologische

Facharztpraxis einbezogen werden. Es besteht dazu die gegenseitige zeitnahe Informationspflicht zwischen Haus- und Facharztpraxis (in schriftlicher Form).

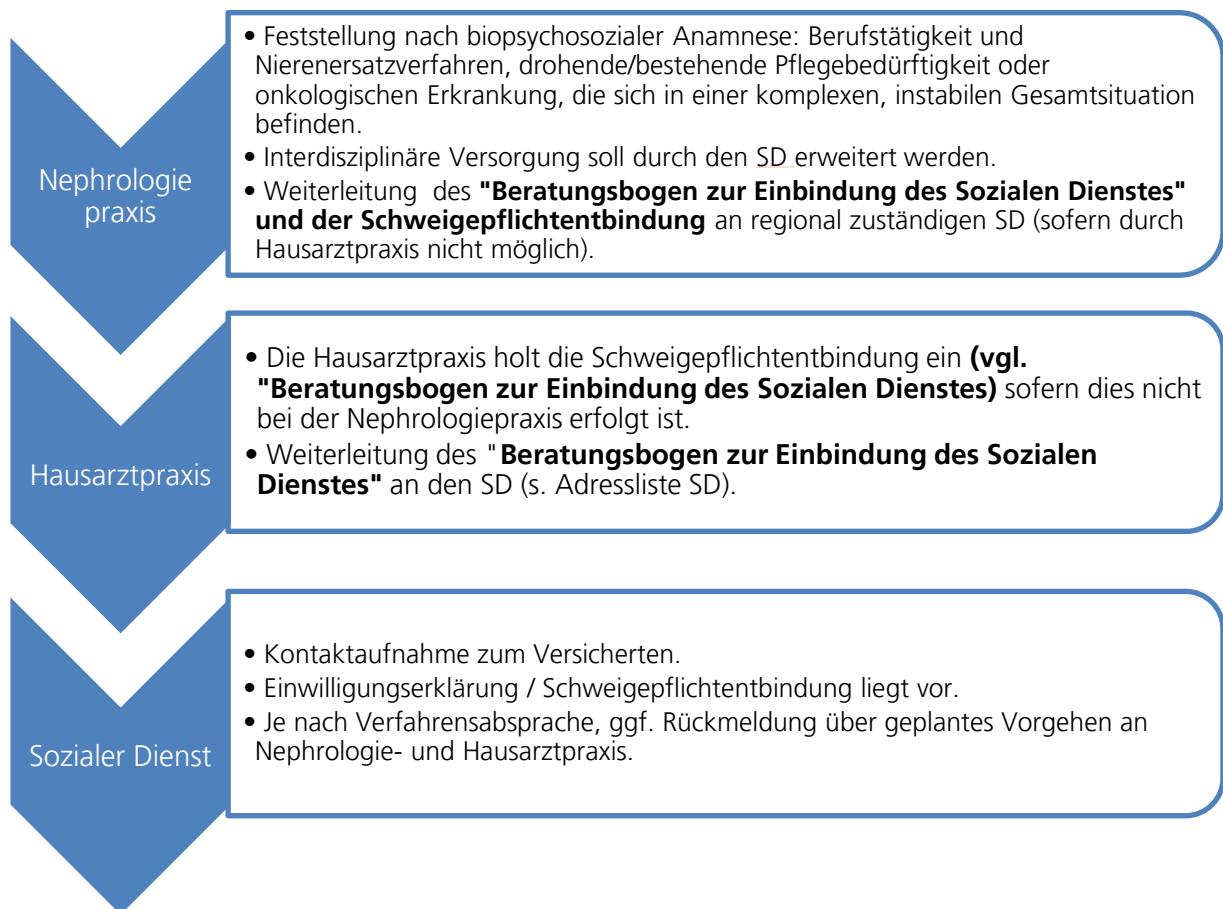


Abb. 7: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren interdisziplinäre Versorgung Facharztvertrag „Nephrologie“

Pneumologie

Schwerwiegende pneumologische Erkrankungen gehen häufig mit komplexen Versorgungssituationen einher und können bei Betroffenen Überforderung und Hilflosigkeit auslösen.

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die Hausarztpraxis erfolgen bzw. sollte die **Hausarztpraxis** in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein. Die **Hausarztpraxis** fungiert als Lotsin/Koordinatorin. Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte mit z. B. onkologischen Erkrankungen, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und insbesondere mit der Hausarztpraxis als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

Der SD kann bei instabilen Versorgungssituation wie bei onkologischen Erkrankungen/Tumor, COPD und Lungenerkrankung mit instabilen Pflegesetting (Pflegebedürftigkeit droht bzw.

besteht) eingebunden werden. In einer gemeinsamen Auftragsklärung mit den Beteiligten kann der SD die psychosozialen Kontextfaktoren (soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen) bearbeiten.

Versicherte, die sich in einer palliativen Situation befinden, können direkt von der Facharztpraxis an den SD gemeldet/vermittelt werden. Es besteht dazu die gegenseitige zeitnahe Informationspflicht zwischen Hausarzt- und Facharztpraxis (in schriftlicher Form).

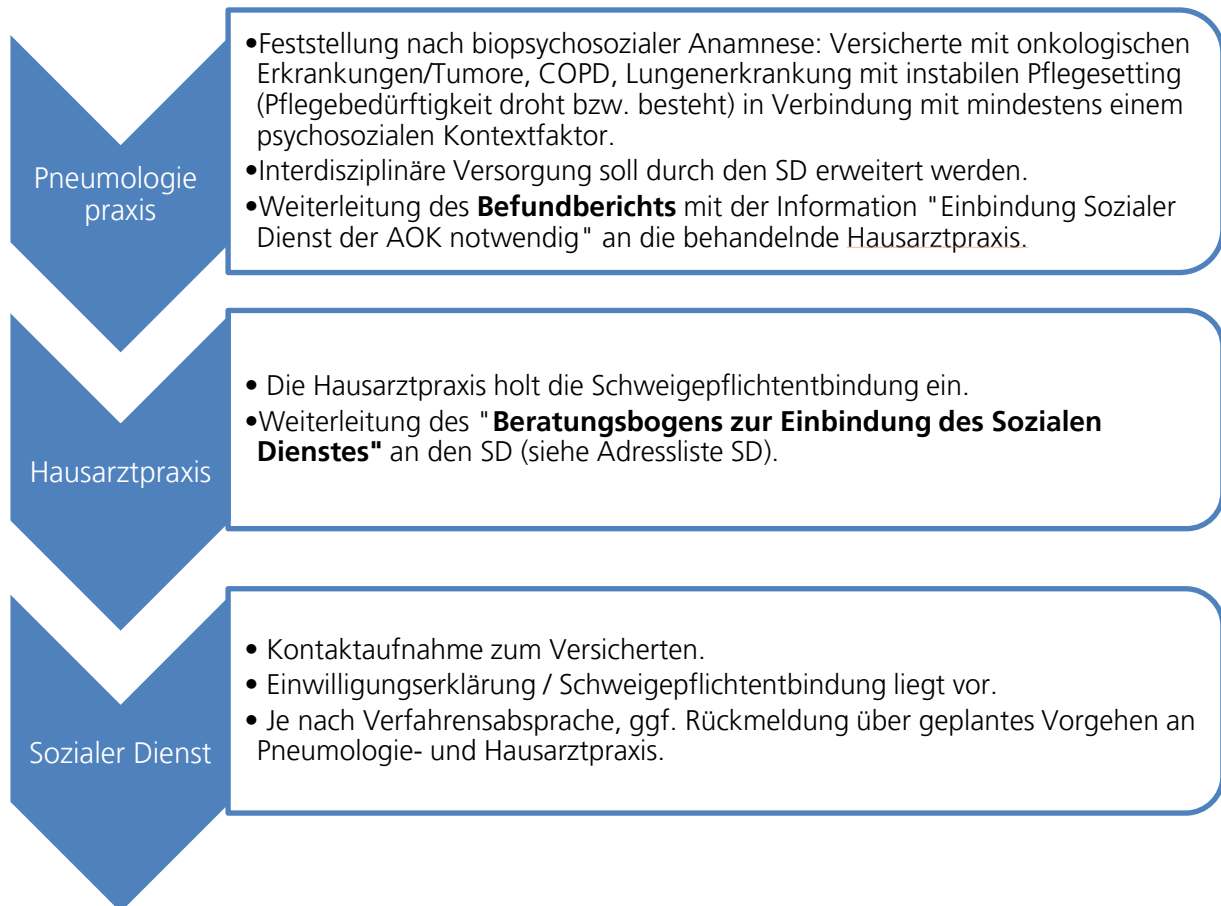


Abb. 8: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren interdisziplinäre Versorgung Facharztvertrag „Pneumologie“

6.3 Dokumenteneinsatz

Der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ gilt als Auftragsformular und wird i.d.R. von der **Hausarztpraxis** an den SD übermittelt. Erfasst werden neben den persönlichen und medizinischen Daten der Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Versicherten. Dieser ergibt sich aus den unter Kapitel 4 beschriebenen psychosozialen Kontextfaktoren. Der SD steht unter besonderer Schweigepflicht, so dass ein Austausch zwischen ihm und der **Hausarztpraxis** nur nach Einwilligung und Schweigepflichtentbindung der/des Versicherten erfolgen kann. Liegt diese Schweigepflichtentbindung seitens der/des Versicherten vor, gibt der SD nach Rücksprache mit ihr/ihm über die Inhalte eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die **Hausarztpraxis**,

sofern diese auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ entsprechend angekreuzt ist.

Die **Hausarztpraxis** hat die Möglichkeit, konkret empfohlene Ziele und Maßnahmen auszusprechen. Diese werden vom SD verfolgt und können im weiteren Beratungsverlauf im konkreten Versichertenkontakt ergänzt bzw. verändert werden. Zur weiteren Ziel- und Maßnahmenplanung kann eine Rücksprache zwischen **Hausarztpraxis** und SD erfolgen, um die angestrebten Schritte im Rahmen eines Case Managements zu besprechen und somit zielgerichtet und ohne lange Zeitverzögerungen beraten zu können.

7. Rechtsgrundlagen

7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V

Unabhängig des § 140a SGB V haben Versicherte gemäß [§ 11 Absatz 4 SGB V](#) Anspruch auf Versorgungsmanagement. Das Versorgungsmanagement zielt auf die Lösung von Schnittstellenproblemen für reibungslose Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen. Die betroffenen Leistungserbringer arbeiten zusammen und übermitteln sich gegenseitig erforderliche Informationen. Hieraus ergibt sich für die AOK Baden-Württemberg der Sicherstellungsauftrag für eine sachgerechte Anschlussversorgung und Hilfevermittlung.

7.1.1. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

In seinen Grundzügen regelt [§ 73b SGB V](#), dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten haben. Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73b SGB V hinausgehen:

- Teilnahme der Hausärztinnen und Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
- Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
- Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

In Folge des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen sehen sich Hausarztpraxen steigenden Anforderungen gegenüber. Ziel ist es, mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen

Versorgung zu verbessern. Auch durch die Kooperation mit dem SD können diese Ziele erreicht werden.

7.1.2. Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

In seinen Grundzügen zielt [§ 140a SGB V](#) auf besondere Versorgungsformen auf der Basis einer Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und/oder Sektoren. In den Verträgen nach [§ 140a SGB V](#) werden Inhalt, Umfang und Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung näher geregelt.

Dies gilt insbesondere für die Verträge des AOK-FacharztProgramms. Deren vorrangiges Ziel ist die Überwindung von Versorgungsbrüchen auf der Grundlage einer systematischen Verzahnung und engmaschigen Zusammenarbeit, in der die Hausarztpraxis die Lotsenfunktion übernimmt. Insbesondere hinsichtlich der Koordinierung der Versorgung kann die Kompetenz des SD umfassend und konsequent genutzt werden.

7.1.3. Pflegeberatung nach §7a SGB XI

Die Pflegeberatung nach [§ 7a SGB XI](#) hat unter anderem durch den demografischen Wandel auch Relevanz für die hausarztzentrierte Versorgung. Unterstützungsbedarfe und Versorgungsprobleme werden häufig von den Hausarztpraxen identifiziert. In der Beratung durch den SD werden Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarfe analysiert und gemeinsam mit den Versicherten und Angehörigen individuelle Maßnahmen eingeleitet. Durch die Beratung und Koordinierung passgenauer Hilfen für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige sollen nachhaltige Strukturentwicklungen gefördert werden, um pflegebedürftigen Menschen den Verbleib im bisherigen Wohn- und Lebensumfeld zu ermöglichen und damit auch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umzusetzen. Der engen Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen ist deshalb eine zentrale Bedeutung zuzuschreiben.

7.2. Weitere rechtliche Grundlagen

Die AOK Baden-Württemberg hat als Krankenkasse allgemeine Auskunfts- und Beratungsansprüche gemäß [§ 14 Abs. 1](#) und [§ 15 SGB I](#) gegenüber der/dem Versicherten zu erfüllen. Zudem hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft gemäß [§ 1 Satz 1 SGB V](#) die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Beratungsleistung des SD zielt auf die genannten Ansprüche und ist deshalb im Rahmen der Hausarzt- und Facharztverträge bei komplexen Versorgungssituationen durch die behandelnden Praxen einzubeziehen, damit die Gesamtsituation der Patientinnen/Patienten verbessert und stabilisiert werden kann.

Zudem ist der SD eine Satzungsleistung der AOK Baden-Württemberg¹², woraus ein Anspruch auf Beratung und Hilfestellung für die Hilfestellung für Versicherte mit komplexen Hilfebedarfen besteht. Die Tätigkeit des SD ist nicht darauf angelegt, therapeutische Beratungs- oder Hilfeleistungen zu erbringen, sondern setzt zeitlich begrenzt dort an, wo es notwendig ist, auf

¹² Satzung der AOK Baden-Württemberg §7 (Stand: 01.01.2021) und Satzung der Pflegekasse bei der AOK Baden-Württemberg §7 (Stand: 31.10.2020).

vorhandene (regionale) Hilfsstrukturen hinzuweisen und diese zu erschließen. Dies erfolgt durch staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Der SD nimmt insoweit eine „Lotsenfunktion“ für weitergehende sozialmedizinische und psychosoziale Unterstützungsbedarfe wahr.

Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg

ausführliche Hintergrundinformationen

Zielgruppe Kinder und Jugendliche bzw. Erziehungsberechtigte

Inhalt

1. Biopsychosoziale Versorgung	2
2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK.....	3
3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK	3
4. Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen	4
5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK.....	7
5.1 Versorgungsplanung	7
5.2 Einzelfallberatung	7
5.3 Case Management	8
5.4 systemischer Ansatz	8
5.5. Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung.....	9
6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten.....	10
6.1 Strukturierte Zuweisung	13
6.2 Schnittstellen facharztzentrierte Versorgung.....	14
6.3 Dokumenteneinsatz	14
7. Rechtsgrundlagen	14
7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V	14
7.2 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V	15
7.3 Besondere Versorgung nach § 140a SGB V	15
7.4 Pflegeberatung nach §7a SGB XI	15
7.5 Weitere rechtliche Grundlagen.....	16

1. Biopsychosoziale Versorgung

Aufbauend auf der Systemtheorie¹ beschrieb bereits in den 70er Jahren George Engel das biopsychosoziale Modell^{2,3}.

Dieses beinhaltet folgende Kernaussagen:

Bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind Einflüsse einer sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso bedeutsam wie entsprechende organpathologische Gegebenheiten. Aus Zwillingsstudien ließen sich viele Wechselwirkungen zwischen Umwelt, genetischer Veranlagung und psychosozialen bzw. biologischen Faktoren ableiten. Biologisch-genetische und psychosoziale Faktoren können mithin eine Erkrankung ursächlich bedingen, den Verlauf bestimmen oder als Folge erscheinen.

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit psychischen, kognitiven oder motorischen Auffälligkeiten und Störungen sowie verhaltensbedingten und chronischen Erkrankungen nehmen kontinuierlich zu. Rund 14 % haben komplexe Versorgungsbedarfe, die die Familien nicht immer allein koordinieren können. Oft liegen belastende Kontextfaktoren aus der sozialen oder familiären Lebensumwelt der Kinder und Jugendlichen vor, wodurch die geistige Anpassungsfähigkeit und soziale Kompetenzen beeinträchtigt sein können.⁴

Auf dieser Grundlage wird in komplexen Versorgungssituationen eine interdisziplinäre Kooperation angestrebt, in welcher der Soziale Dienst der AOK Baden-Württemberg (SD) ergänzend zur medizinisch ambulanten Versorgung tätig ist. Grundlage für die Kooperation und Interaktion ist das oben beschriebene biopsychosoziale Modell, welches an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) angelehnt ist. Mit der ICF werden die biopsychosozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst. Zu beachten sind dabei auch die Auswirkungen der Erkrankung auf die komplexe Lebenssituation der Betroffenen. Funktionale Probleme sind z.B. Beeinträchtigungen in den Bereichen

- Bildung
- Interaktion mit Anderen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung im häuslichen Leben
- Erwerbsleben
- Erzieherische Aspekte
- Strukturierung des Alltags
- Suchtverhalten

Ergeben sich bei einer oder mehreren Komponenten der Funktionsfähigkeit aus diesen Bereichen Einschränkungen oder Probleme, kann der SD ergänzend beraten und unterstützen.

1 von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller Inc.
2 Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 4286, 129-136.
3 Engel, GL (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 137: 535-544.
4 Schlack, H./ Thyen, U./ von Kries, R. (2009). Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, S. 2-15.

2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK

Im SD der AOK Baden-Württemberg arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen bspw. in der systemischen Beratung, zertifizierte Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Weiterbildung Psychoonkologie.

Hauptauftrag des SD ist es, Versicherte im Gesamtkontext zu betrachten und hieraus eine stabile Gesamtversorgungssituation gemeinsam mit den Versicherten bzw. Erziehungsberechtigten herzustellen. Für die Versicherten und ggf. deren Erziehungsberechtigte sollen so eine angemessene Versorgung, eine individuelle Betreuung sowie eine wirtschaftliche Optimierung der Versorgung erreicht werden.

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Beratungen durch den SD sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg umgesetzt werden. Die Arbeitsweisen dieser individuellen Versorgungsgestaltung zielen im Einzelfall z. B. auf eine Steigerung der Versorgungsqualität bzw. Lebensqualität, Stabilisierung des sozialen Bezugssystems und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Der/dem Versicherten bzw. Erziehungsberechtigten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Versorgungsgestaltung in einer für sie/ihn oft unübersichtlichen und intransparenten Landschaft des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Komplexe und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe stehen dabei im Vordergrund.

3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD und der **Haus- / Facharztpraxis** soll das übergeordnete Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation der/des einzelnen Versicherten bzw. Erziehungsberechtigten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden.

Grundauftrag und Grundsatzziele im Überblick:

- Sektorenübergreifende Bedarfsermittlung
- Herstellen / Beibehalten einer stabilen Gesamtversorgungssituation
- Individuelle Betreuung und Unterstützung
- Stabilisierung sozialer Bezugssysteme
- Frühzeitige und nachhaltige Interventionen
- Strukturierte und interdisziplinäre Handlungsabläufe

4. Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen

Der Fokus der Beratung durch den SD liegt in einer, die medizinische / ärztliche Behandlung der Hausarzt-/Facharztpraxen **ergänzenden, nicht-medizinischen bzw. nicht-therapeutische Beratung**. Der SD hat einen Überblick über das regionale Leistungsangebot im Gesundheitswesen und bietet beratende und organisatorische Unterstützung bei Patientinnen und Patienten bzw. für deren Erziehungsberechtigten an, bei Kindern **neben der medizinischen Diagnose und Therapie ein weiterer Unterstützungsbedarf** in einem oder mehreren Bereichen vorliegt.

Die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis erhält von dem SD Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von Patientinnen/Patienten bzw. Erziehungsberechtigten, wenn die Kinder z.B. Langzeiterkrankungen, psychischen Erkrankungen, adoleszenzbedingte Störungsbilder, eine Pflegebedürftigkeit etc. haben. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Adhärenz und Empowerment, so dass die/der Versicherte bzw. Erziehungsberechtigte/r im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt. Durch die Kooperation und Kommunikation mit der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis erreicht der SD frühzeitig potentielle Risikopatientinnen/-patienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen zur weiteren Stabilisierung in die Wege leiten. Ziel der Beratung von Erziehungsberechtigten mit schwerwiegenden Kontextfaktoren ist es, eine Stabilisierung dieser herzustellen, um so das soziale Bezugssystem als Ressource wieder verfügbar zu machen und den Erkrankungsverlauf der Kinder und Jugendlichen positiv zu beeinflussen.

Zielgruppe Erziehungsberechtigte (erkrankter Kinder)

Kinder mit manifesten und/oder schwerwiegenden chronischen Erkrankungen bedürfen einer gut strukturierten Behandlung und eines stabilen sozialen Netzwerkes, um geeignete Hilfeleistungen in Anspruch nehmen zu können. Deshalb sollen Erziehungsberechtigte und deren Kinder mit folgenden Erkrankungen/Versorgungssituationen ein Unterstützungsangebot erhalten:

- Psychische Erkrankungen (insbesondere Depression, Angststörung und Essstörungen)
- Pflegebedürftigkeit (körperliche, geistige, seelische Behinderung)

Die Erkrankung des eigenen Kindes kann zu seelischen Belastungen im privaten und / oder beruflichen Umfeld münden ggf. in Hilflosigkeit, Katastrophisierungsgedanken, Stimmungsstörungen und Passivität. In diesen Fällen kann von einer komplexen Versorgungssituation ausgegangen werden, sodass bspw. bei nachfolgenden **psychosozialen Kontextfaktoren** Unterstützung angeboten werden kann:

- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungsprobleme mit Eltern / Familie)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
- Häusliche Situation / Wohnen ist nicht sichergestellt bzw. Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Probleme in der Schule, Ausbildungsstelle oder am Arbeitsplatz (z. B. vermeidendes Verhalten, Unsicherheit, Unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z.B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)

- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Problem mit der Erkrankung des Kindes bzw. der Eltern und der Krankheitsbewältigung
- Problem mit Verlust / Scheidung / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen
- Suchtverhalten
- Verhaltensproblematik
- und anderes.

Zielgruppe Jugendliche (Adoleszenz)

Besonders bei Jugendlichen ab 15 Jahren können psychische Erkrankungen und Krisen auftauchen, diemit den aufkommenden Entwicklungsaufgaben, der Identitätsfindung und des entstehendes Autonomiebedürfnisses zusammenhängen.⁵ Hierbei kann das Beratungsangebot direkt an die Erkrankten gerichtet werden, um situativ auf Hilfebedarfe eingehen zu können und den Jugendlichen ein geschütztes Austauschmedium zur Verfügung zu stellen. Die gezielte Begleitung des Transitionsprozesses kann die Koordinierung und Sicherung der Versorgungskontinuität gewährleisten und die jugendlichenzentrierten hin zur erwachsenenzentrierten Versorgung sicherstellen. Die gemeinsame Entscheidungsfindung und der Aushandlungsprozess spielen hierbei eine entscheidende Rolle bei der Akzeptanz der geplanten Maßnahmen. Dabei können nachweislich positive Effekte wie die Förderung von Selbstmanagement-Fähigkeiten, Erleichterung des Berufseinstieges und Vermeidung von Chronifizierung erreicht werden. Für das Beratungsangebot ist es sinnvoll zu klären, ob ein gewisser Reifegrad und Unabhängigkeit der/des Jugendlichen gegeben ist.

Begleitungsprozess

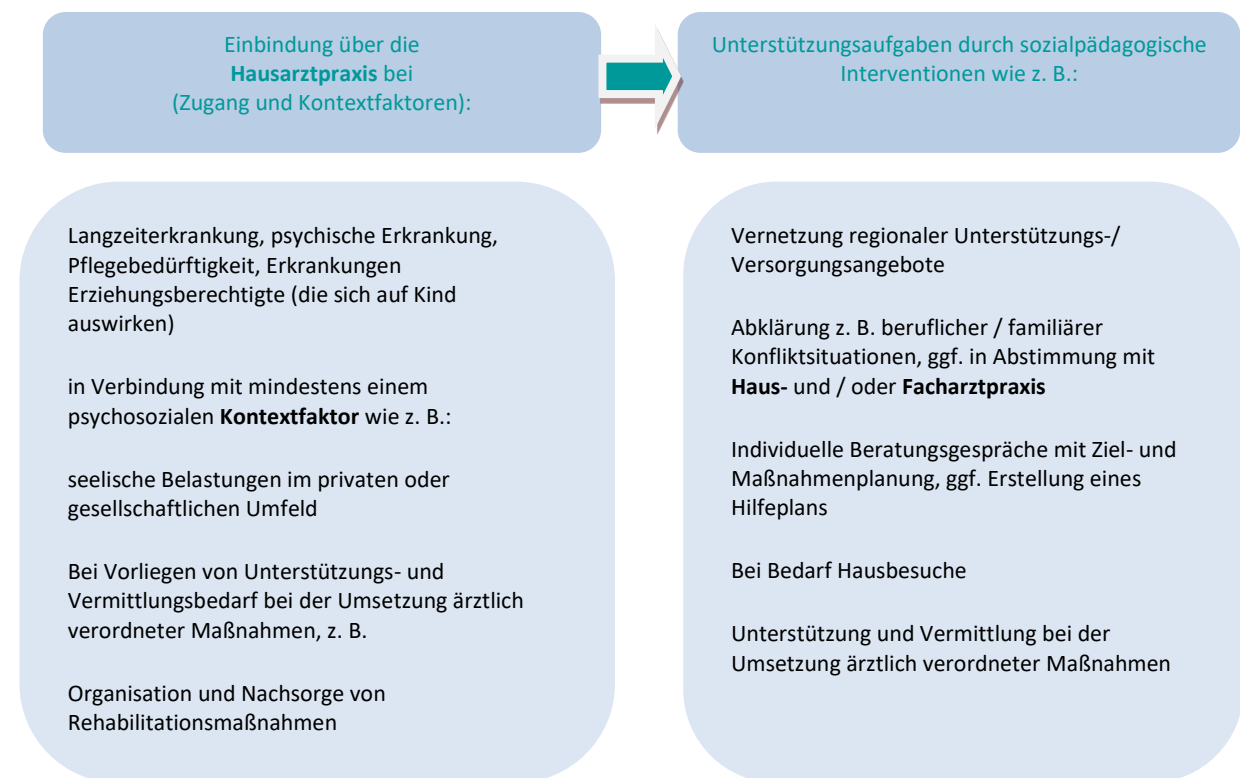
Die ganzheitliche Betreuung und Begleitung bei Kindern/Jugendlichen bzw. Erziehungsberechtigten mit einer spezifischen Diagnose und mit mindestens einem der o.g. Kontextfaktoren durch den SD kann – in enger Absprache mit den jeweils beteiligten Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- Anamnese, diskursive Auftragsklärung und Schließung eines partizipativen Arbeitsbündnisses (Situationsanalyse)
- Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans (Ziel-/Maßnahmenplanung)
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bzw. beim Umgang mit der Erkrankung
- Einbezug der familiären und sozialen Situation
- Zugang zu Teilhabe an Bildung und Gesellschaft ermöglichen
- Vermittlung adäquater externer Unterstützungsangebote im Sozialraum
- Berücksichtigung der Schule, des Arbeitsplatzes und beruflicher Perspektiven
- Berücksichtigung wirtschaftlicher/sozialer Probleme
- Unterstützung bei der Organisation der Rehabilitation/Nachsorge
- Unterstützung beim Umgang mit Tod und Sterben.

5 Vgl. Schlack, H./ Thyen, U./ von Kries, R. (2009). Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, S.413.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die in [Kapitel 7](#) aufgezeigten gesetzlichen Rechtsgrundlagen⁶.

Die **Haus-/Facharztpraxis** kann zudem den SD als kompetente Ansprechpartner zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD unterstützt die **Haus-/Facharztpraxis** mit und ohne direkten Versichertenbezug beispielsweise bei der Suche nach Selbsthilfegruppen oder anderen Angeboten im regionalen Netzwerk. Durch den gemeinsamen Austausch im Rahmen dieses Unterstützungsmanagements kann sich auch ein direkter Beratungsbedarf für den Versicherten durch den SD ergeben.



Kontextfaktoren und Zugang im Überblick:

- Bei erkennbarer Veränderungsbereitschaft der/des Patientin/ Patienten bzw. Erziehungsberechtigten nach biopsychosozialer Beratung und gemeinsamer Entscheidungsfindung durch die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis und die Patientin / den Patienten bzw. Erziehungsberechtigten, bei denen eine instabile Versorgungssituation mit psychosozialen Kontextfaktoren vorliegt:
Soziale, schulische, berufliche, familiäre Problemsituationen
- **Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis** als Lotsin und Koordinatorin.

Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD

6 §11 (4) SGB V, §7a SGB XI, §27 i.V.m. §10 und §26 (3) SGB IX, §17 SGB I, §100ff SGB X i.V.m. §203 StGB

5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK

Der SD ergänzt im konkreten Fall die medizinische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Je nach Fallkomplexität, Zielsetzung und Maßnahmenplanung werden im gesamten Betreuungszeitraum verschiedene sozialpädagogische Methoden eingesetzt.

5.1 Versorgungsplanung

Der SD erstellt im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit der/dem Versicherten. Der Versorgungsplan basiert auf einer Situationsanalyse, die sich an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anlehnt. Er ermöglicht die Dokumentation einer umfassenden sozialpädagogischen Anamnese, die Planung und Verlaufskontrolle von Zielen und Maßnahmen sowie eine abschließende Fallevaluation. Bezugnehmend auf ICF und das biopsychosoziale Modell nimmt die Versorgungsplanung folgende Bereiche **defizit-** als auch **ressourcenorientiert** näher in den Blick:

- soziale & familiäre Teilhabe
- gesellschaftliche & schulische & berufliche Teilhabe
- haushälterische Versorgung / Wohnumfeld
- Verfassung / Konstitution
- sozialmedizinische und psychosoziale Versorgung.

5.2 Einzelfallberatung

Der SD erkennt im Rahmen der Einzelfallberatung mögliche psychische und soziale Belastungen sowie Einschränkungen, bringt diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigt sie in der Versorgungsplanung. Diese fundamentale Art der Betrachtung von Lebens- und Gesundheitssituationen ist im Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Versicherten die Grundlage für eine tragfähige Problemlösung⁷. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst⁸.

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

- Individuell und ganzheitlich
- Ressourcen- und lösungsorientiert
- Bezieht Versicherte und ihr soziales Umfeld mit ein
- Systemorientiert.

7 Sickendiek, U. et al. (2008). Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim/München: Juventa-Verlag.

8 Belardi, N. (2007). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5., überarbeitete Auflage. München: Juventa-Verlag.

5.3 Case Management

Der SD erhebt eine strukturierte Analyse, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung). Dabei geht der SD ggf. situationsbezogenen Kooperationen mit anderen, regionalen Institutionen und Beratungsstellen ein. Die regionalen Versorgungsstrukturen werden hinzugezogen. Die Methode des Case Managements ist ein phasenhafter, ineinander übergehender und sich ggf. wiederholender Prozess⁹:

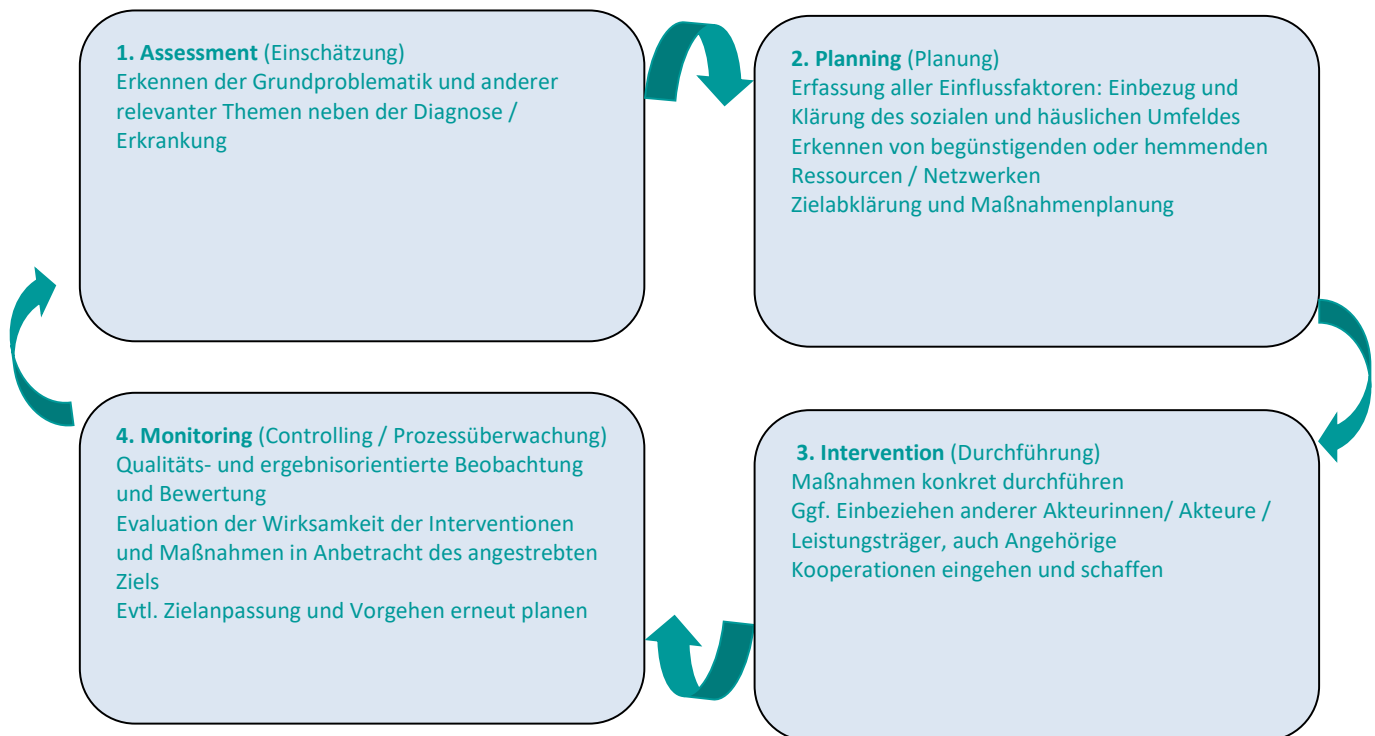


Abb. 2: Kernmerkmale des Case Managements im SD im Überblick

5.4 systemischer Ansatz

Die Familie als System beeinflusst Kinder und Jugendliche ungemein. Hier werden in der Regel auch Bewältigungsstrategien für Probleme des Alltags erlernt aber auch für den Umgang mit Erkrankungen. Ist das familiäre System selbst instabil und die Erziehungsberechtigten haben selbst Nöte wie berufliche und gesundheitliche Probleme kann diese Ressource für die Kinder und Jugendlichen wegfallen. Haben die Eltern beispielsweise eine psychische Erkrankung oder eine Suchtstörung leiden die Kinder unter den Symptomen der erkrankten Eltern und versuchen Aufgaben zu übernehmen, die nicht altersgerecht sind. Dadurch ergibt sich ein erhöhtes Risiko einer psychischen Erkrankung der Kinder.¹⁰ Um dies zu verhindern bzw. zu bewältigen, können Hilfesysteme installiert werden, wodurch die Erziehungsberechtigten und somit auch die Kinder und Jugendlichen unterstützt werden und der Alltag wieder besser gelingen kann. Hilfesysteme können bspw. aus Haus- und Facharztpraxen,

⁹ Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

¹⁰ Vgl. Gahleiter/Hintenberger/Leitner (2013): Biopsychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen heute – eine zunehmende Herausforderung. Ausgabe 02/2013, S. 114.

Psychotherapie, Jugendhilfe, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen bestehen. Aber auch die Inanspruchnahme von sozialen Leistungsbezügen (finanzielle Absicherung, Ausgleich Schwerbehinderung, Pflegeleistungen etc.) können die Gesamtsituation positiv beeinflussen.

5.5. Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung

Interdisziplinäre Kooperation bzw. „Interprofessionalität“ bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen koordiniert und eng aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten.“¹¹ Im Gesundheitswesen findet die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter anderem zwischen Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, medizinischem Fachpersonal, Pflegekräften und Sozialer Arbeit (hier durch den SD) statt. Durch einen gezielten Austausch wird die Qualität der einzelnen Kontakte zu den Patientinnen/Patienten gesteigert und Unter-/Über- und Fehlversorgung vermieden.

Die Komplexität der individuellen Unterstützungsbedarfe erfordert neben fundierten Fachkenntnissen auch eine umfangreiche Vernetzung mit einschlägigen Dienstleistern der örtlichen bzw. überörtlichen Hilfesystemen. Der SD bewegt sich mit seinem Auftrag innerhalb aller Netzwerkebenen. Netzwerkarbeit geht über die Form der Kooperation, die in der Regel auf bilaterale Beziehungen beschränkt ist, hinaus und dient der Erzeugung positiver individueller Lösungen sowie einer stabilen Gesamtversorgungssituation im Einzelfall. Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD nach strukturierter Analyse der Bedarfe durch Hinzunahme von regionalen Netzwerken komplexe Problemlagen neben den medizinischen Determinanten die sozialen Determinanten gemeinsam mit dem Versicherten in den Blick nimmt. Im Rahmen des Case Managements kooperiert der SD im Einzelfall z. B. mit folgenden **Netzwerkpartnerinnen/ -partnern**:

- Haus- und Facharztpraxen
- Psychotherapiepraxen
- Psychologische Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Sozialleistungsträger wie Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Grundsicherung für Erwerbsunfähige
- Soziale Einrichtungen (Pflegeheime, Jugendhilfeeinrichtungen)
- Jugendamt
- Ggf. Arbeitgeber (mit Einverständnis des Versicherten)
- Integrationsfachdienst
- Rentenversicherung und weitere.

Abgrenzung Jugendhilfe

Der SD nutzt im Rahmen der sozialpädagogischen Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung unter anderem auch das Netzwerk der Jugendhilfe, um die Familien mit erkrankten Kindern optimal zu unterstützen. Nichtsdestotrotz ist es nach [§ 8a SGB VIII „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“](#) bei

¹¹ BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.) 2018: Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin/Heidelberg, S. 282.

gewichtigen Anhaltspunkten zwingend notwendig, dass die Jugendhilfe durch die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis direkt eingeschaltet wird. Hierbei handelt es sich um Lebensumstände, die das leibliche, geistige oder seelische Wohl der des Kindes oder Jugendlichen gefährden, unabhängig davon, ob sie durch eine missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes oder Jugendlichen, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten bestehen. Dabei kann es sich um

- körperliche und seelische Vernachlässigung,
- seelische Misshandlung,
- körperliche Misshandlung und
- sexuelle Gewalt

handeln.

6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD und der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis sollen das übergeordnete Rahmen- und Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation der/des einzelnen Patientin/Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden. Die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis erhält von dem regional zuständigen SD Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von chronisch erkrankten und/oder multimorbiden Versicherten bzw. der Erziehungsberechtigten. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Compliance, sodass die Patientin/ der Patienten bzw. die Erziehungsberechtigten im Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt.

Der SD und die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis sollen vertrauensvoll zusammenarbeiten. Eine gelingende Kommunikation und Kooperation führen dazu, dass frühzeitig Kontakt zu Versicherten mit Unterstützungsbedarf aufgenommen wird und Versicherte bzw. Erziehungsberechtigte unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren dem SD zugeleitet werden können. Auf dieser Grundlage soll die Versorgung der Patientinnen/Patienten und Erziehungsberechtigter gemeinsam ganzheitlich gestaltet werden.

Weitere Kooperationsziele sind

- frühzeitig potenzielle „Risikopatientinnen/-patienten“ erreichen
- frühzeitig Hilfen initiieren
- frühzeitig potenzielle, weitere Hürden aufdecken
- frühzeitig Ressourcen mobilisieren/wiederherstellen.

Der Beratungsservice des SD umfasst im Einzelfall auch die Unterstützung der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis (sogenanntes „Unterstützungsmanagement“). Die Mitarbeitenden des SD sind fachkompetente Ansprechpartner/innen für die Vertragspraxen bei Patientinnen/Patienten bzw. Erziehungsberechtigten mit komplexen Krankheitsaspekten in Verbindung mit psychosozialen Aspekten, wenn zur Gestaltung einer effizienten Versorgung eine Zusammenarbeit des SD mit der

Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis erforderlich ist. Diese flankierenden Maßnahmen dienen der Sicherung des (medizinischen) Case Managements.

Für eine transparente und qualitätsgesicherte Kooperation und Kommunikation werden konkrete Verfahrensabsprachen getroffen. Die Absprachen sollten schriftlich fixiert werden und mindestens folgende Punkte beinhalten:

- Namentliche Benennung eines festen Ansprechpartners des SD für die Praxis
- Namentliche Benennung eines festen Ansprechpartners der Hausarzt- / Facharztpraxis für den SD
- Konkrete Bestimmung des Verfahrens zur Kommunikation und Rückmeldungen (Telefon, schriftlich, persönlich).

Sowohl der SD als auch die Arztpraxis sollen nach diesem Vertrag jeweils auf Anfrage miteinander zusammenarbeiten.

In der Regel erfolgt die Kommunikation zwischen SD und der gesamten Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis. Der regionale SD stellt sich zu Beginn einer Kooperation in der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis vor. Die Ärztin/ Der Arzt bzw. VERAH/MFA können den SD über den Wunsch zur Unterstützung schriftlich über das Formular oder per Telefon informieren. (vgl. 6.1). Die/ Der VERAH/MFA soll befähigt werden, im Versichertenkontakt Kontextfaktoren zu identifizieren, die eine Einbindung des SD erforderlich machen.

Die Patientin/ Der Patient bzw. die Erziehungsberechtigten stehen mit ihren individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt und wird von allen Beteiligten in der Stabilisierung seiner gesundheitlichen Lage unterstützt. Die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis fungiert in der Rolle als Lotsin und Koordinatorin in der interdisziplinären Versorgung und bezieht bei Notwendigkeit weiterer medizinische Interventionen Facharztpraxen ein bzw. wird von diesen eingebunden:

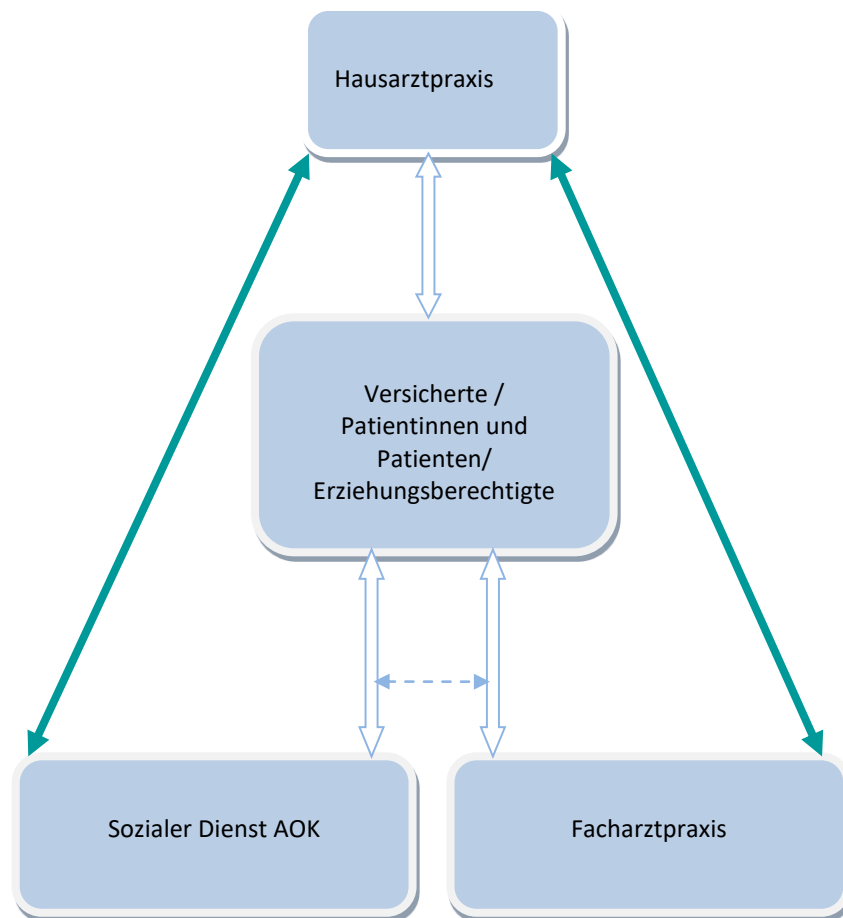


Abb. 3: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD wird zeitnah mittels Beratungsbogen (Anhang 1 zu Anlage 19) über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen¹²:

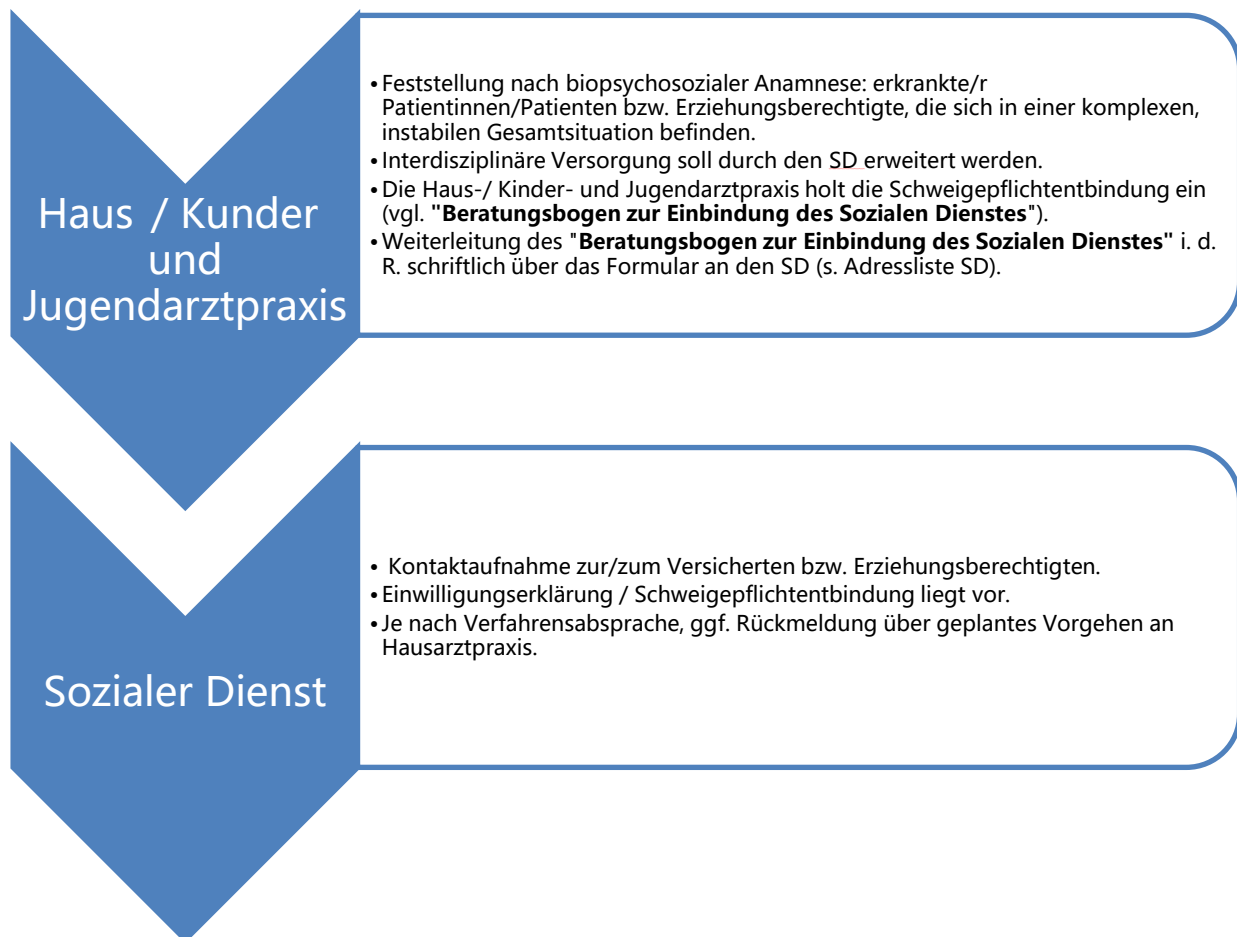


Abb. 4: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

Die Kontaktaufnahme zum SD soll über die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis erfolgen. Auch der SD kann im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Versicherte, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden – in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen und insbesondere mit der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis als Lotsin der medizinischen Versorgung –, weitere Facharztpraxen einschalten (vgl. Regelung im PNP-Vertrag „Vorstellung durch AOK-Sozialdienst“).

¹² Im strukturiertem Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

6.2 Schnittstellen facharztzentrierte Versorgung

Die interdisziplinäre Kooperation zwischen Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis und dem SD beinhaltet unter anderem auch Schnittstellen zum Facharztvertrag „Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Der SD findet jedoch auch direkte Kooperationen zwischen Psychotherapie- und psychiatrischen Facharztpraxen statt, weshalb eine Einbindung im Rahmen dieser Zusammenarbeit geschehen kann. Um eine ganzheitliche medizinische Versorgung für die Patientin/ den Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten sicherzustellen, sollte in der Regel ein Austausch zwischen Haus-/ und Facharztpraxis erfolgen.

6.3 Dokumenteneinsatz

Der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ gilt als Auftragsformular und wird i.d.R. von der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis an den SD übermittelt. Erfasst werden neben den persönlichen und medizinischen Daten der Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Versicherten bzw. der Erziehungsberechtigten. Dieser ergibt sich aus den unter Kapitel 4 beschriebenen psychosozialen Kontextfaktoren. Der SD steht unter besonderer Schweigepflicht, so dass ein Austausch zwischen ihm und der Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis nur nach Einwilligung und Schweigepflichtentbindung der/des Versicherten bzw. der Erziehungsberechtigten erfolgen kann. Liegt diese Schweigepflichtentbindung seitens der/des Versicherten bzw. der Erziehungsberechtigten vor, gibt der SD nach Rücksprache mit ihr/ihm über die Inhalte eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ entsprechend angekreuzt ist.

Die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis hat die Möglichkeit, konkret empfohlene Ziele und Maßnahmen auszusprechen. Diese werden vom SD verfolgt und können im weiteren Beratungsverlauf im konkreten Versichertenkontakt ergänzt bzw. verändert werden. Zur weiteren Ziel- und Maßnahmenplanung kann eine Rücksprache zwischen Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis und SD erfolgen, um die angestrebten Schritte im Rahmen eines Case Managements zu besprechen und somit zielgerichtet und ohne lange Zeitverzögerungen beraten zu können.

7. Rechtsgrundlagen

7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V

Unabhängig des § 140a SGB V haben Versicherte gemäß [§ 11 Absatz 4 SGB V](#) Anspruch auf Versorgungsmanagement. Das Versorgungsmanagement zielt auf die Lösung von Schnittstellenproblemen für reibungslose Übergänge in verschiedene Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer arbeiten zusammen und übermitteln sich gegenseitig erforderliche Informationen. Hieraus ergibt sich für die AOK Baden-Württemberg der Sicherstellungsauftrag für eine sachgerechte Anschlussversorgung und Hilfevermittlung.

7.2 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

In seinen Grundzügen regelt [§ 73b SGB V](#), dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten haben. Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen:

- Teilnahme der Hausärztinnen /Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendärztinnen/ Kinder- und Jugendärzte an strukturierten Qualitätszirkeln, im hausärztlichen Bereich zur Arzneimitteltherapie bzw. im pädiatrischen Bereich zu spezifischen Versorgungsthemen (gem. best clinical practice) unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
- Behandlung nach für die hausärztliche resp. pädiatrische Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische bzw. pädiatrietypische Behandlungsprobleme konzentrieren wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie, Prävention, Sozialpädiatrie.
- Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

In Folge des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen sehen sich Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis steigenden Anforderungen gegenüber. Ziel ist es, mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern. Durch die Kooperation mit dem SD können diese Ziele erreicht werden.

7.3 Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

In seinen Grundzügen zielt [§ 140a SGB V](#) auf besondere Versorgungsformen auf der Basis einer Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und/oder Sektoren. In den Verträgen nach [§ 140a SGB V](#) werden Inhalt, Umfang und Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung näher geregelt.

Dies gilt insbesondere für die Verträge des AOK-FacharztProgramms. Deren vorrangiges Ziel ist die Überwindung von Versorgungsbrüchen auf der Grundlage einer systematischen Verzahnung und engmaschigen Zusammenarbeit, in der die Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis die Lotsenfunktion übernimmt. Insbesondere hinsichtlich der Koordinierung der Versorgung soll die Kompetenz des SD umfassend und konsequent genutzt werden.

7.4 Pflegeberatung nach §7a SGB XI

Die Pflegeberatung nach [§ 7a SGB XI](#) hat unter anderem durch den demografischen Wandel auch Relevanz für die hausarztzentrierte Versorgung. Unterstützungsbedarfe und Versorgungsprobleme werden häufig von den Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis identifiziert. In der Beratung durch den SD

werden Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarfe analysiert und gemeinsam mit den Versicherten und Angehörigen individuelle Maßnahmen eingeleitet. Durch die Beratung und Koordinierung passgenauer Hilfen für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige sollen nachhaltige Strukturentwicklungen gefördert werden, um pflegebedürftigen Menschen den Verbleib im bisherigen Wohn- und Lebensumfeld zu ermöglichen und damit auch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umzusetzen. Die enge Zusammenarbeit mit den Haus-/Kinder- und Jugendarztpraxis ist deshalb eine zentrale Bedeutung zuzuschreiben.

7.5 Weitere rechtliche Grundlagen

Die AOK Baden-Württemberg hat als Krankenkasse allgemeine Auskunfts- und Beratungsansprüche gemäß [§ 14 Abs. 1](#) und [§ 15 SGB I](#) gegenüber der/den Versicherten zu erfüllen. Zudem hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft gemäß [§ 1 Satz 1 SGB V](#) die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Beratungsleistung des SD zielt auf die genannten Ansprüche und ist deshalb im Rahmen der Hausarzt- und Facharztverträge bei komplexen Versorgungssituationen durch die behandelnden Praxen einzubeziehen, damit die Gesamtsituation der Patientinnen/Patienten verbessert und stabilisiert werden kann.

Zudem ist der SD eine Satzungsleistung der AOK Baden-Württemberg, woraus ein Anspruch auf Beratung und Hilfestellung für die Hilfestellung für Versicherte mit komplexen Hilfebedarfen besteht. Die Tätigkeit des SD ist nicht darauf angelegt, therapeutische Beratungs- oder Hilfeleistungen zu erbringen, sondern setzt zeitlich begrenzt dort an, wo es notwendig ist, auf vorhandene (regionale) Hilfsstrukturen hinzuweisen und diese zu erschließen. Dies erfolgt durch staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Der SD nimmt insoweit eine „Lotsenfunktion“ für weitergehende sozialmedizinische und psychosoziale Unterstützungsbedarfe wahr.