

Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Nephrologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

zwischen



AOK Baden-Württemberg („AOK“)

Presselstr. 19, 70191 Stuttgart

vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Christopher Hermann

und



MEDIVERBUND AG („MEDIVERBUND“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch die Vorstände Frank Hofmann und Dr. jur. Wolfgang Schnörer

und



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI e.V.“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. Werner Baumgärtner

und



Verbund Nephrologischer Praxen in Baden-Württemberg („VNP BW“)

Prinz-Wilhelm-Str. 1, 76646 Bruchsal

vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Dieter Baumann

sowie

teilnehmenden FACHÄRZTEN

(einzeln oder gemeinsam „Vertragspartner“)

Inhaltsverzeichnis

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND	3
Präambel	3
§ 1 Vertragsgegenstand	4
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES	5
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren	5
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	6
§ 4 Einschreibung und Versorgung von AOK-Versicherten	7
§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES	8
§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES	11
§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT	12
§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag	12
ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE	13
§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte	13
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK und MEDIVERBUND UNTEREINANDER	13
§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	13
§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft	13
§ 12 Pflichten der AOK	15
§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V. und VNP BW	16
§ 14 Wechselseitige Unterstützung	16
§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	17
§ 16 Vertragssoftware	17
§ 17 Kündigung und Laufzeit	17
§ 18 Schlichtungsverfahren	18
ABSCHNITT V: ABRECHNUNG	18
§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft	18
§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK	20
§ 21 Verwaltungskostengebühr	21
ABSCHNITT VI: BEIRAT	21
§ 22 Beirat	21
ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN	22
§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte	22
§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende	22
§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung	23
§ 26 Haftung und Freistellung	24
§ 27 Qualitätssicherung	24
§ 28 Datenschutz	24
§ 29 Sonstiges	25
Anlagenübersicht	26

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Die ambulante nephrologische Versorgung stellt einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch nephrologisch tätige niedergelassene Fachärzte ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kardiologen, Hausärzten und Transplantationszentren. Durch Zusammenarbeit und Vernetzung der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

Die AOK mit über 4,4 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchte gemeinsam mit dem MEDIVERBUND sowie an diesem Vertrag („**Vertrag**“) teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren (**im Folgenden „FACHÄRZTE“ genannt**) Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 140a SGB V („**SGB V**“) anbieten. Die AOK, der MEDIVERBUND und die teilnehmenden FACHÄRZTE werden hierbei durch den VNP BW und MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK erfüllt durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden und zu versorgenden Versicherten.

Aufgrund der verschiedensten körperlichen Einflussfaktoren bei nierenkranken Patienten fällt es schwer, die Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie im Rahmen des EBM in adäquater Form zu erfassen und zu vergüten. Unter anderem aus diesem Grund wurde zwischen dem VNP BW und der AOK die sog. „Dialyse-Sondereinbarung“ geschlossen, die im Bereich der Nierenersatzverfahren die Versorgungsqualität beeinflusst und verbessert hat. Durch eine mit am Haus- und Facharztprogramm der AOK teilnehmenden Ärzten abgestimmte und frühzeitige nephrologische Versorgung der Patienten kann die Progredienz bis zur Dialyse/ Transplantation wesentlich beeinflusst/ verzögert werden. Spezialisierte nephrologische Leistungen, insbesondere die Prävention, die Patientenkommunikation, sowie eine strukturierte Transplantationsnachsorge wird die Versorgungsqualität verbessern. Deshalb wird neben der Weiterentwicklung der Dialyse-Sondereinbarung dieser Vertrag zur Behandlung nierenkranker Patienten geschlossen.

Die Nephrologen in Baden-Württemberg haben 2004 den Verbund nephrologischer Praxen in Baden-Württemberg (VNP BW) gegründet. Erstes Ziel des VNP BW ist eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe, ambulante kontinuierliche Versorgung von Patienten mit nephrologischen Erkrankungen und/ oder notwendigen Nierenersatzverfahren. Weitere zentrale Aufgabe des VNP BW ist es, die Gruppe der niedergelassenen Nephrologen gegenüber Verbänden, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen zu vertreten, mit dem Ziel die Versorgung der Patienten zu verbessern.

MEDI e.V. ist eine fachübergreifende Organisation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die die ärztliche Freiberuflichkeit in wirtschaftlicher und therapeutischer Hinsicht stärken will. MEDI e. V. hat unter anderem für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge die MEDIVERBUND AG gegründet. MEDIVERBUND führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag durch.

Durch den Vertrag wird der FACHARZT gegen die Vergütung nach diesem Vertrag zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet. Diese besondere Qualität und die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, soll die Versorgung der daran teilnehmenden Versicherten (Patienten) optimieren. Der FACHARZT wird in die Lage versetzt, mehr Zeit für die Behandlung seiner Patienten aufzuwenden. Durch eine zielgenauere Leistungssteuerung und insbesondere eine rationale und transparente Pharmakotherapie sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung erwartet die AOK die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Die-

ses Ziel wird durch eine Vertragssoftware unterstützt. Diese ermöglicht dem FACHARZT insbesondere die Verordnung der Medikamente, die Überweisung von Patienten und die Abrechnung der Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zum HZV-Vertrag der AOK vom 08.05.2008 und Teil des AOK-FacharztProgramms ist, in dem bereits Facharztverträge nach §§ 73c (a.F.) und 140a SGB V bestehen. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen nach § 73c Abs. 3 SGB V a.F. sowie § 140a SGB V angegliedert werden. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge nach § 73c SGB V a.F. sowie § 140a SGB V sollen medizinisch und wirtschaftlich zu einer optimal vernetzten, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

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

Die Vertragspartner verfolgen im Rahmen eines **Kodex** insbesondere folgende gemeinsame Versorgungsziele:

- (1) Im Sinne der „sprechenden Medizin“ nehmen sich die FACHÄRZTE in der Sprechstunde ausreichend Zeit für notwendige intensive Gespräche und eine motivationale Beratung (biopscho-sozialer Ansatz).
- (2) Die FACHÄRZTE arbeiten intensiv mit dem HAUSARZT des Patienten und anderen beteiligten FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN zusammen. Dabei geht es v.a. um eine gegenseitige, zeitnahe Information per Arztbrief (auch elektronisch) und die fachübergreifende Kooperation bei Diagnostik und Therapie. Die AOK weist ihre am Facharztprogramm teilnehmenden Versicherten ausführlich darauf hin, wie wichtig die Therapietreue bei der Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme ist.
- (3) FACHÄRZTE und HAUSÄRZTE arbeiten beim Versorgungsmanagement (gemäß § 11 Abs. 4 SGB V) komplexer Fallkonstellationen vertrauensvoll zusammen und binden im Einverständnis mit dem Patienten in Erfüllung ihrer Unterstützungsfunktion den Sozialen Dienst der AOK ein.
- (4) Ziel der Vertragspartner ist es, mit erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und intensivierter Betreuung durch den FACHARZT und HAUSARZT sowie insoweit qualifizierten Mitarbeitern der Kassen eine verbesserte Versorgung zu erreichen und unnötige Ausgaben bei veranlassenen Leistungen zu vermeiden.
- (5) Die Vertragspartner unterstützen telemedizinische Modellprojekte und Versorgungsangebote als Ergänzung bzw. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung.
- (6) Die Vertragspartner unterstützen und befördern den Vertrag zu Blutreinigungsverfahren gem. § 140a SGB V zwischen der AOK Baden-Württemberg, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und dem VNP BW.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Nephrologie (soweit die FACHÄRZTE das Leistungsspektrum der Nephrologie erbringen, siehe insbesondere Anlagen 2 und 12) für Versicherte der AOK in Baden-Württemberg durch nach dem II. Abschnitt (Seite 5 ff.) dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE. Der Abschnitt III. regelt die Teilnahme und Versorgung der

Versicherten der AOK. Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft („**Managementgesellschaft**“) erbringt in diesem Zusammenhang die im IV. Abschnitt (Seite 13 ff.) dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt (Seite 18 ff.) geregelte Abrechnungsmanagement durch.

- (2) Leistungen des organisierten Notfalldienstes sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Leistungen gem. Kapitel 4.5.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.
- (4) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren

- (1) Die Vertragspartner eröffnen zugelassenen Vertragsärzten/-innen („**Ärzte**“), persönlich ermächtigten Ärzten/-innen („**Ermächtigte**“) und Medizinischen Versorgungszentren („**MVZ**“) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm Nephrologie nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist es Voraussetzung, dass alle im jeweils zum Zeitpunkt des Beitritts gültigen Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) als „obligatorisch“ gekennzeichneten Ziffern erbracht werden müssen.
- (3) Ärzte und MVZs (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen 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) bis c) genannten Eigenschaften und die in § 3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („**teilnahmeberechtigter Vertragsarzt**“):
 - a) Ärzte müssen über eine fachliche Befähigung gem. § 4 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren und über eine Genehmigung gem. § 4 Abs. 1 der Anlage 9.1 des BMV-Ä verfügen und als zugelassener Arzt oder als zugelassenes MVZ an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen. Weitere Voraussetzungen gem. **Anlage 2** Abschnitt I sowie in §§ 3 und 5 sind zu erfüllen.
 - b) Persönlich ermächtigte Ärzte mit fachlicher Befähigung gem. § 4 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren und Genehmigung gem. § 4 Abs. 1 oder § 11 Abs. 1 der Anlage 9.1 des BMV-Ä dürfen bei Erfüllung der weiteren in Anlage 2 sowie §§ 3 und 5 genannten Voraussetzungen Leistungen dieses Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen. Sofern die Ermächtigung einen Überweisungsvorbehalt vorsieht, kann hiervon in Einzelfällen durch Beschluss des Beirates gemäß § 22 aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden.
 - c) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten liegen in Baden-Württemberg.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 3 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** schriftlich beantragen.
- (2) Managementgesellschaft ist der MEDIVERBUND. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.
- (3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
 - a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;
 - b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (in der Regel Präsenzveranstaltung gemäß Anlage 6). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt, den persönlich ermächtigten bzw. den angestellten Nephrologen des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt bzw. MVZ angestellte/n Medizinische Fachangestellte erfolgen;
 - c) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT, die den Betriebssystemanforderungen des Softwarehauses der Vertragssoftware entspricht und Anbindung über z.B. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
 - d) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
 - e) 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;
 - f) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses/Patientenakte auf Wunsch des Patienten, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen;
 - g) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und Angabe einer E-Mail-Adresse. Die Managementgesellschaft wird die FACHÄRZTE je nach Art und Umfang der Information über die vom FACHARZT benannte E-Mail-Adresse informieren;
 - h) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT: Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT die Fortbildungen gemäß **Anlage 2** nachzuweisen;
 - i) Vorhalten einer apparativen Ausstattung und entsprechend qualifizierten Personals, soweit es gemäß **Anlagen 2** für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens notwendig ist;
 - j) Teilnahme an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß **Anlagen 2**
 - Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß § 137a SGB V (nach Implementierung)
 - Erfüllung der Anforderungen der „Qualitätsmanagements-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung;

- (4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des Facharztes nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
- a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Absatz 1 erforderlich.
 - b) **Zulassung zum AOK-FacharztProgramm Nephrologie.** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme am AOK-FacharztProgramm Nephrologie unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt Vertragspartner als FACHARZT dieses Vertrages.

§ 4 Einschreibung und Versorgung von AOK-Versicherten

- (1) Versicherte der AOK Baden-Württemberg, die in das AOK-HausarztProgramm (HZV) eingeschrieben sind, können sich in das AOK-FacharztProgramm einschreiben. Das AOK-FacharztProgramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie, PNP (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Orthopädie/Rheumatologie, Urologie, Diabetologie und Nephrologie und wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm verpflichtet sich der Versicherte, in den Fachgebieten, für die Module des AOK-FacharztProgramms bestehen, nach freier Wahl ausschließlich solcher Fachärzte auszuwählen, die an diesem FacharztProgramm der AOK teilnehmen.
- (2) Versicherte der AOK können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung („**Versicherten-Teilnahmeerklärung**“) in das **AOK-FacharztProgramm** einschreiben:
- a) Beim FACHARZT. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des Versicherten verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesen entgegenzunehmen. Der FACHARZT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet die Daten unverzüglich elektronisch an die Managementgesellschaft weiter. Der FACHARZT bewahrt einen Ausdruck der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Der zweite Ausdruck wird dem Patienten ausgehändigt.
 - b) Bei Ärzten, die am HZV-Vertrag der AOK gemäß § 73b SGB V teilnehmen („**HAUSARZT**“).
 - c) Bei FACHÄRZTEN aus anderen Verträgen des AOK-FacharztProgramms.

- (3) Teilnahmeerklärungen von Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung mit Wirkung für das nächstmögliche Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01. November). Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „**Prozessbeschreibung FACHARZT**“. AOK und MEDIVERBUND können einvernehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat verlängern. Für die Sofortabrechnung nach Einschreibung gelten abweichend und ergänzend hiervon die Regelungen der Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012 in der jeweils aktuellen Fassung. Ersetzende Vereinbarungen dieser Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012 werden entsprechend berücksichtigt.
- (4) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE den Teilnahmestatus der Versicherten abrufen können. Ärztliche Leistungen von FACHÄRZTEN für am AOK-FacharztProgramm teilnehmende Versicherte dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** (Seite 18 ff.) dieses Vertrages abgerechnet werden.
- (5) AOK und MEDIVERBUND setzen gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag für alle FACHÄRZTE um. Näheres ergibt sich aus Anlage 6 zu diesem Vertrag. Der FACHARZT hat seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.
- (6) Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus den jeweils aktuellen Teilnahmeerklärungen und Merkblättern der AOK in Verbindung mit der jeweils gültigen Satzung.

§ 5 **Besondere Leistungen des FACHARZTES**

- (1) Der FACHARZT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 7 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** (Seiten 18 ff.) erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei dem behandelnden FACHARZT. Er erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots, der Terminvergabe und der Praxisausstattung erfüllen:
 - a) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gelten folgende Fristen:
 - Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung,
 - Behandlung von Not-/Akutfällen am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT/FACHARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden,
 - b) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not-/ Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).

- c) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).
 - d) Angebot einer möglichen Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte im Rahmen der 24h-Rufbereitschaft gem. Anlage 9.1 (Anhang 9.1.4 Abs. 2) BMV-Ä.
 - e) Alle relevanten Befunde werden - mit Einverständnis des Patienten - dem HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen übermittelt. Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt. Die Übermittlung erfolgt per elektronischem Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß Anlage 3, soweit technisch möglich.
 - f) Anfragen der AOK und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu Arbeitsunfähigkeit werden vom FACHARZT innerhalb von 4 Werktagen beantwortet.
 - g) Zudem müssen die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 erfüllt werden.
- (3) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualifikationsanforderungen** selbst und ggf. durch einen im Rahmen des Zulassungsrechts angestellten Arzt bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt/angestellten Arzt erfüllen:
- a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen Qualitätszirkeln zu nephrologischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - b) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - c) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der nephrologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien sowie der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - d) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V. Vertragsspezifische Fortbildungspflichten gemäß **Anlage 2** sind jährlich bei der Managementgesellschaft einzureichen.
- (4) Der FACHARZT erbringt im AOK-FacharztProgramm Nephrologie folgende besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte:
- a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und über die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an dem AOK-FacharztProgramm auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der Krankenkassen gemäß § 140a SGB V ;
 - b) Überweisung durch den FACHARZT an weitere FACHÄRZTE oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten Fragestellung unter Einbeziehung des HAUSARZTES und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem FACHARZT möglichen und notwendigen Abklärungen; Tätigkeit und Überweisung nur unter Berücksichtigung und Übermittlung der Vorbefunde sowie unter Beachtung der **Anlage 17**. Bei Klinikeinweisungen ist analog zu verfahren; es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).
 - c) Überweisungen vom FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind weiterhin in begründeten Ausnahmefällen möglich. Die Zusammenarbeit mit Transplantationszentren bleibt hiervon unberührt.
 - d) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und

Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD-10-Kodierungen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich. Die Übermittlung erfolgt – mit Einverständnis des Patienten – nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen und, wenn nötig, zusätzlich an

- den weiterbehandelnden FACHARZT
- das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.

Die Übermittlung erfolgt per **(elektronischem) Arztbrief** unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3**, soweit technisch bei HAUSARZT und FACHARZT möglich.

Des Weiteren verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Befüllung des elektronischen Medikamentenplans gem. § 31a SGB V für Versicherte, sobald die technischen Voraussetzungen zur Implementierung von AOK und/oder MEDIVERBUND zur Verfügung stehen.

- e) Bekanntmachung und Information des Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt in für die Versicherten zumutbarer Entfernung. Vertretungen müssen innerhalb des AOK-FacharztProgramms organisiert werden. Die Managementgesellschaft veröffentlicht die Vertretungsärzte im Internet.
- f) Befüllen eines/r elektronischen Patientenpasses/Patientenakte auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen.
- g) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische Angebote der AOK, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst, Präventionsangebote und spezielle Rehabilitationsangebote.
- h) Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen an die Managementgesellschaft (vgl. 295a Abs. 1 SGB V).
- i) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des Versicherten innerhalb des AOK-FacharztProgramms Nephrologie auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.
- j) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.
- k) Der FACHARZT erbringt alle gemäß Anlage 12 vertraglich definierten Leistungen innerhalb dieses Vertrags. Leistungen dieses Vertrages dürfen von FACHÄRZTEN nicht privat liquidiert werden.
- l) Falls die AOK für ihre Versicherten ein zusätzliches Diagnostik- und/oder Behandlungsangebot insbesondere bei schwerwiegenden nephrologischen Erkrankungen anbietet, unterstützt der FACHARZT dieses Angebot und leitet im Einzelfall Berichte datenschutzkonform und mit Einverständnis des Versicherten an die entsprechenden ärztlichen Leistungserbringer weiter.
- m) Mögliche Nutzung und Angebot von Leistungen bzw. Fachanwendungen im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung gemäß Anhang 2 zu Anlage 12, insbesondere wenn hierfür die erforderlichen technischen und vertraglichen (z.B. Teilnahmeerklärung des

Arztes) Voraussetzungen vorliegen.

- (5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie insbesondere verpflichtet,
 - a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130a Abs. 8 bzw. § 130c SGB V zu verordnen;
 - b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien 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 FACHARZT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des **V. Abschnitts** (Seite 18 ff.) 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 die Vertragssoftware bereitgestellt werden. Einzelheiten zu den mit der Vertragssoftware verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Software ergeben sich aus **Anlage 3**.
- (7) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines „HZV-Online Key“ ist verpflichtend. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3**. Für die Anschaffung und den Betrieb eines HZV-Online Key entstehen keine gesonderten Kosten für den FACHARZT.

§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens 3 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der **Anlage 1** beigefügten Meldeformulars („**Stammdatenblatt**“) an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.
- (2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten insbesondere
 - a) Umzug der Praxis des FACHARZTES (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 FACHARZTES (Vertragsarzt/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Stammdaten des FACHARZTES (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 2 (z. B. Wechsel in ein Angestelltenverhältnis).

- f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3.
- (3) Der FACHARZT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlichen Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT

Der FACHARZT soll bereits bestehende und zukünftig entstehende Integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V a.F., die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V a.F., besondere Versorgungsformen nach § 140a SGB V und die HZV nach § 73b SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an das AOK-Facharztprogramm anknüpfen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem FACHARZT und den niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und dem teilnehmenden FACHARZT sind in **Anlage 17** geregelt.

§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet mit sofortiger Wirkung mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2 Abs. 2, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens eines der Vertragspartner bedarf.
- (2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 24 Abs. 4 lit. a) und/oder b).
- (3) Der FACHARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES).
- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn
- a) der FACHARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 27 oder Anlage 15 verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt; oder
 - c) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - d) 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 AOK und MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.

- (5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (6) Die Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d.h. AOK, VNP BW, MEDI e.V. und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN.

ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

- (1) Versicherte, die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm erklären, die eine datenschutzrechtliche Einwilligung enthält (**Anlage 7**). Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen gemäß **Anlage 7** in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten am AOK-FacharztProgramm bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK und MEDIVERBUND UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK, VNP BW, MEDI e.V. und MEDIVERBUND. Die Verpflichtung der AOK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Nephrologie erbrachte Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber der AOK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V a.F. sowie § 140a SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.
- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE gegenüber der AOK wie folgt:
 - a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§§ 14 und 15);
 - b) Unverzögliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);
 - c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE an diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN;

- e) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung und der beigelegten Nachweise gemäß Teilnahmeerklärung Arzt (**Anlage 1**). Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK weiter;
 - f) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3);
 - g) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z.B. Ermächtigungen, vertragsärztliche Zulassung);
 - h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpaketes FACHARZT“ an Ärzte;
 - i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK; regelmäßige Versendung von Listen mit teilnehmenden und angefragten Ärzten im vereinbarten Format;
 - j) Entgegennahme und Halten von Verzeichnissen teilnehmender Versicherter;
 - k) Information der FACHÄRZTE über den Teilnahmestatus der in das AOK-Facharztprogramm gemäß § 4 Abs. 1 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);
 - l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 8);
 - m) Unterstützung bei 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 Managementgesellschaft gegenüber der AOK ergeben sich aus **Anlage 9**.
 - p) Durchführung der Abrechnung der Vergütung gemäß § 295a Abs. 1 SGB V.
- (3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem **Abschnitt II**, ist sie verpflichtet, den FACHARZT abzumahnern. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der AOK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 22 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der AOK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die Managementgesellschaft benennt der AOK in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der FACHÄRZTE stammen sollte.
- (6) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

§ 12 Pflichten der AOK

- (1) Die AOK benennt dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (**ArztPartnerService**).
- (2) Die AOK wird die Managementgesellschaft unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.
- (3) Die AOK wird der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der im AOK-HausarztProgramm eingeschriebenen Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der Managementgesellschaft Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem FACHARZT nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als eingeschriebene Versicherte bekannt gegeben werden.
- (4) Im Falle der Beendigung einer Vertragsteilnahme eines eingeschriebenen Versicherten informiert die AOK die Managementgesellschaft. Das Nähere regelt die **Anlage 6**.
- (5) Die AOK wird der Managementgesellschaft nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die FACHÄRZTE zur Verfügung stellen. Hierzu gehören insbesondere Änderungen der Stammdaten, die der AOK zur Kenntnis gelangen sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.
- (6) Die AOK wird die Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (8) Die AOK ist zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 14 verpflichtet
- (9) Die AOK kann FACHÄRZTEN 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) FACHÄRZTE 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 all-gemeine Handlungsempfehlungen zu vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitskriterien, sowie darauf ausgerichteten Maßnahmen nach Maßgabe dieses Vertrages.
 - b) Der FACHARZT 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 (§ 22) über den Inhalt der Informationen nach lit. a) und die Anzahl der erfolgten Kontaktaufnahmen.

d) Der FACHARZT 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 FACHARZT 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 Fachärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit anhand praxisindividueller, auf Diagnosen beruhender Patientendaten. Ferner unzulässig in der Arztansprache ist die Thematisierung von auf die jeweilige Arztpraxis bezogenen Fragestellungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Insbesondere dürfen im Rahmen der Arztansprache keine Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das Verordnungs- und Dokumentationsverhalten der Fachärztin oder des Facharztes anhand einer praxisindividuellen Analyse widerspiegeln.

§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V. und VNP BW

- (1) MEDI e.V. und VNP BW sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 14 verpflichtet.
- (2) MEDI e.V. und VNP BW sind verpflichtet, soweit bekannt und datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Mitgliederstammdaten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten. Vertragsverstöße sind der Managementgesellschaft mitzuteilen.

§ 14 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichten sich AOK, VNP BW, MEDI e.V. und MEDIVERBUND,
 - 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 Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) AOK und MEDIVERBUND vereinbaren, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag eines dieser Vertragspartner 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 (z.B. Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDIVERBUND, MEDI e.V. und VNP BW verpflichtet sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK, VNP BW, MEDI e.V. und MEDIVERBUND stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) Der MEDIVERBUND ist verpflichtet, im Benehmen mit der AOK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3 lit. e) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (**Anlage 3**).
- (2) AOK und MEDIVERBUND einigen sich auf Vorgaben für Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt **Anlage 10** (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).
- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die in Absatz 1 und 2 genannten Vorgaben an die Vertragssoftware regelmäßig überprüft und eingehalten werden.

§ 17 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag beginnt gemäß § 24 Abs. 1 und 2 für AOK, MEDIVERBUND, MEDI e.V. und VNP BW. **Der landesweit einheitliche Start der Versicherteneinschreibung erfolgt, wenn eine Flächendeckung gemäß Anlage 8 vorliegt.**
- (2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK, MEDIVERBUND und VNP BW unbeschadet der Absätze 4 und 5 mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Quartales gekündigt werden. Erstmals kann der Vertrag zum 31.03.2024 gekündigt werden.
- (3) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (4) Die AOK ist erstmals nach Ablauf des 31.12.2020 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 gemäß Anlage 8 durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet das AOK-Facharztprogramm Nephrologie zeitgleich mit dem Wegfall des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (HZV).
- (5) Das Recht von AOK und MEDIVERBUND zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:
 - a) Die AOK oder der MEDIVERBUND 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. Als Verstoß gegen eine wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne wird insbesondere der Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1 angesehen.
 - 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 AOK, MEDIVERBUND oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.
- (6) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK und des MEDIVERBUNDES ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den

FACHÄRZTEN erklären Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über eine von AOK oder MEDIVERBUND erklärte Kündigung. Die vorstehenden Sätze finden bei einer – auch außerordentlich möglichen – Kündigung von VNP BW und oder MEDI e.V. entsprechend Anwendung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

AOK und MEDIVERBUND 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; AOK und MEDIVERBUND werden eine effektive Konflikt-schlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Nephrologie erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 gilt zunächst bis zum 31.03.2022.
 - a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des FACHARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den FACHARZT ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem FACHARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der FACHÄRZTE und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
 - b) Einigen sich AOK und MEDIVERBUND bis zum 30.09.2021 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.03.2024 fort.
 - c) Einigen sich die AOK und MEDIVERBUND bis zum 30.09.2021 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem FACHARZT unverzüglich mit. Ist der FACHARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der FACHARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.
 - d) Besteht der Vertrag über den 31.03.2024 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK und MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über

eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.03.2024 hinaus fortbesteht.

- e) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. c) gilt sinngemäß.
- (3) Der FACHARZT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („**Abrechnung**“). Der FACHARZT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.
- (4) Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.
- (5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK bzw. der gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
- (7) 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 Managementgesellschaft wird den FACHARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.
- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die AOK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK gemäß § 20 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen, spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung

des FACHARZTES gegenüber der AOK durchzusetzen.

- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („**Überzahlung**“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabbrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („Fehlabbrechnung“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 9) einzubehalten (Sicherheitseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherheitseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherheitseinhalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regelt **Anlage 12**.
- (13) AOK und MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 24 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT verkürzt werden können.
- (14) FACHÄRZTE dürfen Leistungen des Gesamtziffernkranzes nach Anhang 1 der Anlage 12 für in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Satz 1 gilt für FACHÄRZTE selbst und für Fachärzte/Psychotherapeuten derselben BAG. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen.

§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES gemäß § 19 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK („**AOK-Abrechnung**“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen der Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 Abs. 9 gegenüber dem

FACHARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem FACHARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT 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 Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK kann gegenüber der Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft abgerechnet sind.

§ 21 Verwaltungskostengebühr

- (1) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die Abrechnung und Organisation der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm Nephrologie zu erheben. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 1**.
- (2) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostengebühr mit dem Betrag des Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen.
- (3) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibengebühr zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Die Höhe dieser Einschreibengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 1**.

ABSCHNITT VI: BEIRAT

§ 22 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 4 Vertretern der AOK und 2 Vertretern des MEDI e.V./ MEDIVERBUNDES sowie 2 Vertretern des VNP BW besteht. Die Vertreter 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 § 25 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 8 Abs. 4 des Vertrages. AOK ist berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES, kann die Managementgesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.
 - d) Der Beirat kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden.
- (5) Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung. Die Sitzungen des Beirats finden in Stuttgart statt.

ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN

§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte

- (1) Für den FACHARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:
- II. Teilnahme des FACHARZTES
 - III. Teilnahme durch Versicherte
 - V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr
 - VI. Beirat
 - VII. Allgemeine Regelungen

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende

- (1) Der Vertragsbeginn steht unter Vorbehalt: Bevor eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch FACHÄRZTE nach diesem Vertrag erfolgen kann, ist die Erfüllung folgender Voraussetzung zwingend notwendig:

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg schließt mit der AOK einen Vertrag gemäß § 140a Abs. 6 SGB V („Bereinigungsvertrag“). Der Bereinigungsvertrag regelt die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Versorgung im Fachgebiet Nephrologie nach § 140a SGB V, insbesondere die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über den Wegfall des Vorbehaltes. Die AOK haftet gegenüber den Vertragspartnern nicht auf Schadensersatz, wenn der Bereinigungsvertrag nicht zustande kommt.

- (2) Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von FACHÄRZTEN gemäß § 3 mit Vertragsunterzeichnung in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme

des FACHARZTES gemäß § 8 lassen die Laufzeit des Vertrages außer für diesen FACHARZT unberührt.

- (3) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE nach Abschnitt II und für die übrigen Vertragspartner nach Abschnitt IV.
- (4) 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 für sämtliche Vertragspartner.
 - b) Kündigt der MEDIVERBUND, der MEDI e.V. oder der VNP BW den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - d) Kündigungen von AOK, MEDIVERBUND oder VNP BW sind den jeweils anderen Vertragspartnern mit Ausnahme der FACHÄRZTE schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE sind hiervon durch die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (2) Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware als Steuerungselement für eine wirtschaftliche Verordnung und ein zukunftsgerichteter Ausbau der IT-Infrastruktur Änderungen des Vertrages erforderlich machen können. AOK und MEDIVERBUND sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE zugestimmt hat.
- (3) Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT nicht schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES aus dem AOK-Facharztvertrag Nephrologie.
- (4) Änderungen, die die Position des FACHARZTES in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht ausschließlich verbessern, können von AOK und MEDIVERBUND ohne Zustimmung des FACHARZTES vereinbart werden. Die Managementgesellschaft wird den FACHÄRZTEN die Vertragsänderungen und den vereinbarten Beginn der Wirksamkeit unter Berücksichtigung ihrer Interessen und einer angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitteilen.

§ 26 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) Der MEDIVERBUND haftet 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 der Managementgesellschaft 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 den MEDIVERBUND 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 Managementgesellschaft inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung. Offensichtliche Fehler sind von dieser Freistellung nicht umfasst.
- (4) Freistellung nach diesem § 26 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.
- (5) Die AOK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 26 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 27 Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (vgl. Anlage 2). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anlage 2 ist für den FACHARZT verpflichtend. Weiterhin gelten die Bestimmungen des § 137 SGB V.

§ 28 Datenschutz

- (1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.

- (2) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringenseite das im V. Abschnitt (Seite 18ff.) geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE sowie der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.

§ 29 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses 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 gesamtvertraglichen Regelungen.
- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

Anlagenübersicht

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

- **Anlage 1:** Infopaket FACHARZT inkl. Teilnahmeerklärung Arzt
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen Versicherte
- **Anlage 8:** Definition Flächendeckung (Quorum)
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** unbesetzt
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutz
- **Anlage 17:** Schnittstellen (Hausärzte und Fachärzte)/ Evidenzbasierte Qualitätsförderung

Stuttgart, den 09.12.2019

AOK Baden-Württemberg
Dr. Christopher Hermann

MEDI Baden-Württemberg e.V.
Dr. med. Werner Baumgärtner

Verbund Nephrologischer Praxen in Baden-Württemberg
Dr. Dieter Baumann

MEDIVERBUND AG
Frank Hofmann

MEDIVERBUND AG
Dr. Wolfgang Schnörer

Infopaket FACHARZT

Das Infopaket FACHARZT enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung FACHARZT (siehe Anhang)
- Verweis auf Homepage der MEDIVERBUND AG zum Hauptvertrag nebst allen Anlagen und deren Anhängen
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES
- Checkliste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertragsschulung, Nachweis der Bestellung eines Online-Keys)
- Stammdatenänderungsblatt
- Liste der AOK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet Nephrologie in Baden-Württemberg nach § 140a SGB V

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten			
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt
<input type="text" value=""/> LANR (9-stellig)	<input type="text" value=""/> HSBNR	<input type="text" value=""/> Ggf. NBSNR	<input type="text" value=""/> Ggf. weitere NBSNR
<input type="text" value=""/> Titel, Nachname, Vorname		<input type="checkbox"/> Mitglied MEDI BW e.V. <input type="checkbox"/> Mitglied im VPN BW	
<input type="text" value=""/> Ggf. Name MVZ		<input type="text" value=""/> Telefon	
<input type="text" value=""/> Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)		<input type="text" value=""/> Fax	
<input type="text" value=""/> PLZ und Ort		<input type="text" value=""/> E-Mail-Adresse	
Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)			
<input type="text" value=""/> Kreditinstitut		<input type="text" value=""/> IBAN (zwingend erforderlich)	
<input type="text" value=""/> IBAN (zwingend erforderlich)		<input type="text" value=""/> BIC (zwingend erforderlich)	
<input type="text" value=""/> Kontoinhaber			
Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten			
Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V. oder VNP BW werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HSBNR).			
Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung			
Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:			
<ul style="list-style-type: none"> Die hier angegebenen Daten (ggf. inkl. Datenübernahme) werden von der MEDIVERBUND AG zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK) übermittelt. Diese Daten und die von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die AOK erhält durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung. Meine Daten werden gemäß Anlage 10 von der MEDIVERBUND AG und der AOK ausschließlich zur Durchführung und für die Versorgung und Behandlung im Gesundheitsbereich aufgrund dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b, Art. 9 (2) lit. h EU-DSGVO verarbeitet. Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und 14 EU-DSGVO (siehe Seite 3) für diesen Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen. Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI Baden-Württemberg e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten gegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Die der AOK vorliegenden Ordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen wissenschaftlichen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt. Ordnungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Leistungsdaten können in anonymisierter Form von den Vertragspartnern zur Vertragsevaluation genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften. 			
Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ			
Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet Nephrologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.			
<ol style="list-style-type: none"> Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass <ul style="list-style-type: none"> die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KVBW mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1); die Managementgesellschaft hat mich über das Eintreten dieser letztgenannten Bedingung umgehend informiert; meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen; ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Verscherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann; ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann; sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlrechnungen ist mir bekannt; die Managementgesellschaft das von AOK geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses -unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten- auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen; ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, sind diese unverzüglich mitzuteilen. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages. 			
Unterschrift Vertragsarzt		Stempel der Praxis/MVZ	
<input type="text" value=""/> Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ		<input type="text" value=""/>	
		Datum (TT.MM.JJ)	
		<input type="text" value=""/>	

Teilnahmevoraussetzungen	
1. Persönliche Voraussetzungen:	
Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV-Ermächtigung).	
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V als Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie und verfüge über die fachliche Befähigung gem. § 4 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren und über eine Genehmigung gem. § 4 Abs. 1 der Anlage 9.1 des BMV-Ä (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung)	
<input type="checkbox"/> Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registrierung)	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)	
<input type="checkbox"/> Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)	
<input type="checkbox"/> Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Nephrologie-Vertrages (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)	
2. Voraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ	
Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis/ BAG/ MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen	
<input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung an das Internet	
<input type="checkbox"/> Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)	
<input type="checkbox"/> Vertragssoftware ist installiert für <input type="checkbox"/> AOK _____ <div style="text-align: right;">Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)</div>	
<input type="checkbox"/> Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)	
Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen	
1. Allgemeine Voraussetzungen zur Abrechnung (Anlage 12)	
Bitte beachten Sie:	
<ul style="list-style-type: none"> • Für Einzelpraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, BAG und MVZ gilt: Für eingeschriebene Versicherte dürfen keine Leistungen aus dem Ziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1) oder aus einem anderen AOK-Facharzt-Programm über die KV abgerechnet werden (vgl. insbesondere Anlage 12 Abschnitt III Ziff. II Abs. 1 sowie Abschnitt III Ziff. IV Abs. 5). • MVZ/BAG/Praxen mit angestellten Ärzten: Falls einzelne Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden (z.B. Duplex), bitten wir Sie, den leistungserbringenden Arzt unter dem Punkt „Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig“ anzugeben. 	
2. Voraussetzungen zur Abrechnung einzelner Leistungen	
Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/ BAG/ MVZ die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen (zur Abrechnung der nachfolgenden Leistungen ist zusätzlich eine Vorhaltung der entsprechenden Geräte im Praxisgebäude zwingend erforderlich):	
<input type="checkbox"/> Duplexsonografie (Nachweis: KV-Genehmigung und KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus EBM-Ziffernbereich 33070 – 33075 / bei neu niedergelassenen Fachärzten ohne bisherige KV-Abrechnung: Kopie des Kauf- oder Leasingvertrages bzw. Kopie des aktuellen Wartungsberichts eines Duplex-Sonographiegerätes)	
Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig:	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet	
LANR (7- oder 9-stellig)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet	
ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.	

Zusätzliche Angaben für die Umkreissuche im Internet

Diese Informationen werden für die Auskunft über Ihr Leistungsspektrum erhoben und sollen der Information der Versicherten dienen. Die Angaben können nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de geändert/ergänzt werden. Mit der Angabe der Daten willigen Sie ein, dass die Informationen in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI Baden-Württemberg e.V. veröffentlicht werden und an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten gegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt werden.

Durchführung von:

Duplexsonografie

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

Hiermit trete ich der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß §§ 73c SGB V a.F. bzw. 140a SGB V bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm) eingeschrieben sind.
 2. eine Teilnahmeerklärung für das AOK FacharztProgramm ausgefüllt und unterzeichnet haben.
(Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der AOK immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharzt-Programm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- der FACHARZT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d. h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KV BW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die AOK und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

Unterschrift Vertragsarzt

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

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

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-DSGVO (siehe insbesondere Anlage 16 des Facharztvertrages)

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist. Sollten wir Ihre Daten auf Grundlage einer Interessenabwägung (unser berechtigtes Interesse und Ihr schutzwürdiges Interesse) verarbeiten, haben Sie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung. Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

MEDIVERBUND AG, vertreten durch den Vorstand: Frank Hofmann, Dr. jur. Wolfgang Schnörer
Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0, info@medi-verbund.de

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Qualifikation zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der Anlage 12 des Vertrages. Sie teilen sich auf in persönliche und apparative Voraussetzungen (Praxis-Ausstattung). Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt) und in dieser Anlage 2. Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für die Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung.

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN grundsätzlich und / oder für die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen aus Anlage 12 erfüllt werden:

Teilnahmevoraussetzung (grundsätzlich):

Zulassung als Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie sowie die fachliche Befähigung gem. § 4 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren und die Genehmigung zur Erbringung von Leistungen gem. Anlage 9.1 BMV-Ä.

Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen nach Anlage 12:

Duplex-Sonographie:

Genehmigung zur Erbringung von Leistungen entsprechend der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung und die Abrechnung mindestens einer der EBM-Ziffern 33070-33075 (KV-Nachweise). Bei neu niedergelassenen Fachärzten ohne bisherige KV-Abrechnung kann alternativ zu den zuvor genannten Ziffern eine Kopie des Kauf- oder Leasingvertrages oder die Kopie des aktuellen Wartungsberichts eines Duplex-Sonographiegerätes vorgelegt werden.

ABSCHNITT II: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln (§ 5 Abs. 3 lit. a und b des Vertrages)

(1) Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen des HZV-Vertrages gemäß

§ 5 Abs. 3 lit. a)

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK wurden bereits Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie etabliert. Je Kalenderjahr nehmen die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte an 4

Qualitätszirkelsitzungen teil. Den am FacharztProgramm teilnehmenden FACHÄRZTEN wird die Teilnahme und Unterstützung an einer Qualitätszirkelsitzung empfohlen, welche nephrologisch relevante, indikationsbezogene (Pharmako-) Therapie-Module beinhaltet.

(2) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln im Rahmen dieses Vertrages für FACHÄRZTE (gemäß § 5 Abs. 3 lit b) des Vertrages)

Im Rahmen des Vertrages zur fachärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK sollen mindestens 2 strukturierte Qualitätszirkel pro Kalenderjahr etabliert werden. Je vollendetes Halbjahr ist mindestens ein Qualitätszirkel zu besuchen.

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die Qualitätszirkel über ein von den Vertragspartnern zu benennendem Institut organisiert und durchgeführt werden. Für die Qualitätszirkel sollen unter anderem anonymisierte Daten aus Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit (siehe ABSCHNITT III) aufbereitet werden. Darüber hinaus können weitere Themen erarbeitet werden, zu denen die Daten noch von den Vertragspartnern zu definieren sind.

ABSCHNITT III: Erstellung eines individuellen Arzt-Feedbacks mittels Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit von am AOK-FacharztProgramm teilnehmenden Versicherten bei nephrologischer Versorgung

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK über ein drittes, unabhängiges Forschungsinstitut Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit durchführen kann. Ziel ist eine arzt- und patientenbezogene Evaluation, insbesondere zu Prozessen, Patientenzufriedenheit sowie Elementen der Vertragsumsetzung (z.B. Partizipative Entscheidungsfindung bzw. Arzt-Patienten-Kommunikation).

Die Vertragspartner definieren, ggf. mit Unterstützung entsprechend qualifizierter Dritter, das methodische Vorgehen zur Patientenbefragung.

Zur Durchführung der Patientenbefragungen, zur Datenauswertung und zur Erstellung arztbezogener Feedback-Berichte beauftragen die Vertragspartner ein oder mehrere unabhängige Forschungsinstitute. Darüber hinaus sollen ausschließlich anonymisierte Daten der Patientenbefragung in die Qualitätszirkel einfließen (siehe ABSCHNITT II. Abs. 2). Über die Einzelheiten der Inhalte der Beauftragung des Forschungsinstituts stimmen sich die Vertragspartner ab. Das individuelle Feedback ist nur für den FACHARZT vorgesehen.

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

Die Vertragspartner überprüfen nach Bedarf die in diesem Vertrag zugrunde gelegten nephrologischen, evidenzbasierten, praxiserprobten Behandlungsempfehlungen, nach welchen die im § 5 Abs. 3 lit. c) und Abs. 5 lit. b) des Vertrages geregelte Versorgung der Patienten erfolgt und schlägt dem Beirat ggf. Änderungen vor. Die Liste der Behandlungsempfehlungen wird auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de veröffentlicht. Der FACHARZT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.

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

- (1) Die nephrologisch tätigen Ärzte bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsrechtlichen Pflichten fort. Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT jeweils 2 gemäß Abs. 2 zertifizierte Kurse bzw. Fortbildungen mit insgesamt mindestens 8 Fortbildungspunkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder der nephrologischen Fachgruppe zu absolvieren.
- (2) MEDIVERBUND zertifiziert gemeinsam mit dem IFFM („Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde e.V.“) jährlich Fortbildungsveranstaltungen, die sich insbesondere mit den nephrologischen Versorgungsschwerpunkten beschäftigen. Hierbei werden MEDIVERBUND und IFFM durch den VNP BW unterstützt. Dazu gehören in gemeinsamer Abstimmung zwischen allen Vertragspartnern vor allem folgende Themen:
 - Unterstützung der richtigen spezifischen endstelligen Kodierung
 - Unterstützung von Informationsvermittlung bzw. Umsetzung der Beratungsergebnisse/der gemeinsamer Entscheidungsfindung auch zu nicht-medikamentösen Themen
 - Unterstützung der medikamentösen Maßnahmen z.B. gemäß aktuellem Stand der Rationalen Pharmakotherapie sowie auch der Rabattierung
 - Unterstützung und Vernetzung der interdisziplinären Versorgung
- (3) MEDIVERBUND führt eine kontinuierliche Liste über die Fortbildungsveranstaltungen und stellt sie der AOK zur Verfügung. Die AOK kann Vorschläge zu Qualitätszirkel- und Fortbildungsthemen einbringen.

Abschnitt VI: Evaluation

Die Vertragspartner können nach angemessener Vertragslaufzeit eine Evaluation des Vertrages durch Einschaltung eines externen universitären wissenschaftlichen Institutes durchführen. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse entscheidet der Beirat (§ 22). Dabei können insbesondere Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten in anonymisierter Form genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Vertragssoftware und Hardware

ABSCHNITT I: VERTRAGSSOFTWARE

I. Zugelassene Vertragssoftwareprogramme

Die Liste der als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der FACHARZT sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de im Bereich Verträge abrufbar. Diese Liste wird bei Neuzulassungen fortlaufend ergänzt.

II. Systemvoraussetzungen für die Vertragssoftwareprogramme

Der FACHARZT stellt sicher, dass seine eingesetzte Hard- und Software den Systemvoraussetzungen seiner gewählten Vertragssoftware entspricht. Die Systemvoraussetzungen der Vertragssoftware können beim jeweiligen Hersteller angefragt werden.

III. Weitere technische Voraussetzungen für die Nutzung der Vertragssoftware

- (1) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über z.B. 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 Installation und Nutzung der Vertragssoftware erfährt der FACHARZT bei dessen Anbieter.

HINWEIS: Für die Nutzung von z.B. DSL entstehen gesonderte Kosten in Abhängigkeit von der Vereinbarung, die der FACHARZT mit seinem Internet Service-Provider getroffen hat.

ABSCHNITT II: HARDWARE UND TRANSPORTVERSCHLÜSSELUNG

Der FACHARZT ist darüber hinaus verpflichtet, Daten, die im Rahmen dieses Vertrages übermittelt werden, über einen verschlüsselten Übertragungsweg an die Managementgesellschaft zu übermitteln.

Zulässige Datenübertragungswege

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig:

- Praxisbezogener HZV-Online-Key

ABSCHNITT III: TECHNISCHE FUNKTIONSTÖRUNGEN

Die AOK, und die Managementgesellschaft 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 Hardware und Vertragssoftware oder HZV-Online-Key behoben.

Starterpaket FACHARZT

Das Starterpaket FACHARZT enthält insbesondere

- Informationsmaterialien
- Bestellformulare für weitere Unterlagen

PROZESSBESCHREIBUNG FACHARZT

Vertragsbeitritt des FACHARZTES und Einschreibung von HZV-Versicherten in das AOK-FacharztProgramm

Inhaltsverzeichnis

1	FACHARZT	2
1.1	Vertragsteilnahme des FACHARZTES	2
1.1.1	Versendung des Infopakets	2
1.1.2	Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft.....	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	Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses	3
1.2	Änderungen im FACHARZT-Bestand	3
1.2.1	Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand	3
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 des FACHARZTES.....	4
1.2.5	Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ	4
1.2.6	Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT	4
1.3	Informationspflicht des FACHARZTES	4
2	Eingeschriebene Versicherte	5
2.1	Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages).....	5
2.1.1	Einschreibung beim FACHARZT.....	5
2.1.2	Verarbeitung bei der AOK	6
2.1.3	Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung	6
2.1.4	Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte.....	6
2.2	Änderungen im Versichertenbestand.....	6

1 FACHARZT

1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES

1.1.1 Versendung des Infopaketes

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

- Teilnahmeerklärung FACHARZT
- Verweis auf Homepage der MEDIVERBUND AG zum Hauptvertrag nebst allen Anlagen und deren Anhängen
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES
- Checkliste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertragsschulung, Nachweis der Bestellung eines Online-Keys)
- Stammdatenänderungsblatt
- Liste der AOK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Gleichzeitig steht eine Teilnahmeerklärung FACHARZT auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES (www.medi-verbund.de) zum Download zur Verfügung.

1.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft

Der teilnahmeberechtigte Facharzt füllt die Teilnahmeerklärung aus und sendet diese per Brief mit den nötigen Nachweisdokumenten an die Managementgesellschaft.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die Managementgesellschaft Kontakt mit dem Facharzt auf und fordert die fehlenden Informationen schriftlich an.

Bei Teilnahme von BAG (z.B. Gemeinschaftspraxen) muss jeder Facharzt in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ

Die Managementgesellschaft erfasst den Teilnahmewunsch des Facharztes/MVZs 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 im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Managementgesellschaft. Folgende Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen werden insbesondere geprüft:

- Zulassung als Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie sowie Genehmigung zur Erbringung von Leistungen gem. Anlage 9.1 BMV-Ä oder zugelassenes MVZ, das Leistungen nach diesem Vertrag durch o.g. tätige Ärzte erbringt, mit Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg; persönlich ermächtigte Ärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen, müssen die für die Behandlung notwendigen Räumlichkeiten in Baden-Württemberg nachweisen;

- Ausstattung mit einer Vertragssoftware;
- Betrieb eines Online-Keys;
- Teilnahme des Arztes und mindestens einer/s medizinischen Fachangestellten (sofern vorhanden) an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes im MVZ an einer Präsenzveranstaltung); Die FACHÄRZTE übermitteln die für sie und den/die medizinische(n) Fachangestellte(n) ausgestellten Teilnahmenachweise an die Managementgesellschaft. Die Vertragspartner verständigen sich darüber, zu einem späteren Zeitpunkt eine Online-Vertragsschulung (E-Learning) anzubieten.

1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Erfüllt der Facharzt/das MVZ alle Teilnahmevoraussetzungen, erhält der Facharzt/das MVZ von der Managementgesellschaft eine Bestätigung über Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen (Starterpaket). Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem beim FACHARZT das Bestätigungsschreiben (Starterpaket) über seine Vertragsteilnahme eingeht (§ 3 Abs. 4 lit. b des Vertrages). Im Bestätigungsschreiben ist der Tag des Beginns der Vertragsteilnahme (in der Regel Tag der Absendung des Faxes) noch einmal genannt. Eine Bestätigung über eine Vertragsteilnahme erfolgt in Abhängigkeit zur Regelung der Flächendeckung (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8). Wird während der Vertragslaufzeit dieser Anteil unterschritten, kann die AOK gemäß § 17 Abs. 4 den Vertrag kündigen.

Erfüllt der FACHARZT die Teilnahmevoraussetzungen im Sinne von § 3 Abs. 3 des Vertrages nicht, erhält er in einem Vier-Wochen-Rhythmus ein Schreiben mit Angabe der fehlenden Teilnahmevoraussetzungen. Die Managementgesellschaft prüft regelmäßig die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen von Fachärzten, deren Teilnahmevoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Erfüllt ein Facharzt nach drei Monaten noch immer nicht die Teilnahmevoraussetzungen, wird sein Teilnahmeantrag storniert; der entsprechende Status „angefragt“ in der Datenbank der Managementgesellschaft wird gelöscht.

1.1.6 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses

Die Managementgesellschaft sendet täglich an die AOK das Gesamtteilnehmerverzeichnis nach Maßgabe der zwischen AOK und Managementgesellschaft vereinbarten Regelungen (Fachkonzept gemäß **Anlage 9** zum Vertrag).

1.2 Änderungen im FACHARZT-Bestand

1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand

Änderungen im FACHARZT-Bestand können durch die FACHÄRZTE und/oder die AOK an die Managementgesellschaft gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die Managementgesellschaft zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten des FACHARZTES auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der FACHÄRZTE:

- Umzug des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Tod des FACHARZTES;

- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des MVZ;
- ordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung gegenüber dem FACHARZT durch die Managementgesellschaft.
- Ablauf der persönlichen Ermächtigung, bei MVZ: Ausscheiden eines angestellten Arztes gemäß 1.1.4.

1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz innerhalb von Baden-Württemberg um, bleibt seine Teilnahme am Vertrag davon unberührt. Alle Adressänderungen von FACHÄRZTEN, sofern sie an die Managementgesellschaft gemeldet werden oder die Managementgesellschaft 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 FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des FACHARZTES 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 des FACHARZTES

Verstirbt ein FACHARZT, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

1.2.5 Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ

Bei Wegfall der Zulassung (Rückgabe, Entzug, Verzicht, Ruhen, Erreichen der Altersgrenze, Ablauf der Ermächtigung etc.) endet die Vertragsteilnahme automatisch zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Zulassungsrückgabe/des Zulassungsentzuges (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT

Im Falle einer ordentlichen (grundsätzlich Drei-Monats-Frist; abweichende Fristen bei Sonderkündigungen gemäß §§ 19 Abs. 2, 26 Abs. 4 des Vertrages) oder außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT (§ 8 Abs. 3 bis Abs. 5 des Vertrages) endet die Vertragsteilnahme zum jeweiligen Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung. Das Versäumen von Fristen zur Erfüllung obligatorischer Teilnahmevoraussetzungen führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme zum Fristende.

1.3 Informationspflicht des FACHARZTES

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

Änderungen führen zur Rückforderung bereits gezahlter Vergütung sowie zu Schadensersatzforderungen für entstandene Aufwände gemäß ABSCHNITT III der **Anlage 12** des Vertrages.

2 Eingeschriebene Versicherte

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

2.1.1 Einschreibung beim FACHARZT

Der Patient erklärt in der FACHARZT-Praxis seine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm. Der FACHARZT markiert in der Vertragssoftware den Patienten als potenziellen Teilnehmer und druckt die Teilnahmeerklärung aus. Das Formular Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ darf durch den FACHARZT inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm für mindestens 12 Monate verbindlich vereinbart;
- der Patient auf grundlegende Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten eingeholt.

Darüber hinaus gelten alle Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7.

Vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Patienten wird der Versicherte durch den FACHARZT über den Inhalt des AOK-FacharztProgrammes und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß Anlage 7 Anhang 2 (Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg) informiert und erhält diese Information schriftlich durch den FACHARZT ausgehändigt. 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-FacharztProgramm“ händigt der FACHARZT dem Versicherten aus. Der FACHARZT ist verpflichtet, die zweite vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ entsprechend der geltenden Aufbewahrungsfristen in der Arztpraxis aufzubewahren.

Damit die AOK ihrer vertraglichen Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 und 4 des Vertrags nachkommen kann, müssen in Einzelfällen die Vertragspartner die Möglichkeit der Überprüfung der Teilnahmeerklärungen zur Sicherstellung der korrekten Umsetzung der Versicherten-Teilnahme am AOK-FacharztProgramm haben. Hiervon betroffen sind fachliche Klärungen, die für die AOK aufgrund des entfallenen Beleginleseverfahrens nicht mehr ersichtlich sind,

beispielhaft bei AOK-Versicherten mit einer vermerkten Betreuung (Abklärung, ob die Unterschrift durch Betreuer erfolgte). Der FACHARZT 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-FacharztProgramm“ durch die Vertragspartner möglich.

Eine Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm ist auch beim HAUSARZT möglich.

2.1.2 Verarbeitung bei der AOK

Die in der Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ aufgeführten Daten des Versicherten sendet der FACHARZT nach erfolgter Unterschrift durch den Versicherten und den FACHARZT online mittels der Vertragssoftware an den MEDIVERBUND. Dieser sendet die Einschreibedaten regelmäßig an die AOK. Die annehmende Stelle bei der AOK prüft die Versichertendaten und überträgt die Versichertenstammdaten in ein AOK-internes System.

2.1.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung

Die AOK prüft durch Abgleich mit ihrem Versichertenbestand, ob der Patient bei der AOK versichert ist und an der HZV teilnimmt. Sind alle Versichertendaten korrekt ausgefüllt, kann der Versicherte gemäß den Teilnahmebedingungen der AOK (**Anlage 7** zum Vertrag: Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm und Merkblatt für Versicherte) am AOK-FacharztProgramm frühestens zum Folgequartal teilnehmen.

2.1.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte

Die AOK meldet die Teilnahme des Versicherten an die Managementgesellschaft in einem Teilnehmerverzeichnis (TVZ).

Wenn eine „Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm“ eines AOK-Versicherten bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen ist (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November), führt dies in der Regel zur Einschreibung dieses Versicherten in das AOK-FacharztProgramm mit Wirkung zum nächsten Quartal. Die Managementgesellschaft erhält eine Liste der teilnehmenden Versicherten grundsätzlich zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals. Da diese Liste immer nur in Abhängigkeit zur aktuellen HZV-Liste erstellt werden kann, verständigen sich die Vertragspartner bei Abweichungen.

Dem FACHARZT steht die Information über den Teilnahmestatus eines Patienten im AOK-FacharztProgramm zum Beginn eines Abrechnungsquartals über die Vertragssoftware zur Verfügung.

Die AOK informiert ihre teilnehmenden Versicherten über den Teilnahmestatus und das Beginn-Datum.

2.2 Änderungen im Versichertenbestand

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

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die AOK aufgenommen und im Rahmen der

Lieferung eines historisierten Teilnehmerverzeichnisses (TVZ gemäß 2.1.4) an die Managementgesellschaft übermittelt.

Teilnahmebedingungen für Versicherte

Die Teilnahme eines Versicherten der AOK am AOK-FacharztProgramm setzt zunächst dessen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg voraus. Die Teilnahmebedingungen für HZV-Versicherte, die sich in das AOK FacharztProgramm einschreiben, ergeben sich aus der der Teilnahmeerklärung "AOK-FacharztProgramm" und einem "Merkblatt" zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg sowie der Satzung der AOK Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm 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-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c (a.F.) und § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.**
Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Exemplar für den Patienten

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm 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 dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm 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-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c (a.F.) und § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.**
Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

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

1. Was ist das AOK-FacharztProgramm?

Unter dem AOK-FacharztProgramm versteht man die Gesamtheit von Facharztverträgen der AOK Baden-Württemberg auf Rechtsgrundlage von § 73c (a. F.) oder § 140a SGB V. Ziel dieser Verträge ist es, flächendeckend die ambulante fachärztliche Versorgung in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) zu verbessern und dabei besonders die Verzahnung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu fördern.

2. Welche Verträge gehören zum AOK-FacharztProgramm?

Die AOK Baden-Württemberg verfügt derzeit über einzelne Verträge in den Fachgebieten

- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (kurz: PNP)
- Orthopädie/Rheumatologie
- Urologie
- Diabetologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- TeleDermatologie (hausärztlich angeforderte Telekonsile aus dem Fachgebiet Dermatologie)

3. Wer kann am AOK-FacharztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die an der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

4. Hinweise zu Ihrer Teilnahme sowie zur Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese können Sie bei einem/r Hausarzt/ärztin des AOK-HausarztProgramms oder einem/r teilnehmenden Facharzt/ärztin der unter Ziffer 2 genannten Verträge abgeben. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Patienteninformation zum Datenschutz).

Die Teilnahme am FacharztProgramm umfasst **alle** unter Ziffer 2 genannten **Verträge**, d. h. es erfolgt keine Teilnahme je Vertrag, sondern eine gesamthafte Teilnahme an allen Verträgen. Die Teilnahme schließt auch zukünftige Verträge des AOK-FacharztProgramms ein, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung Ihrer Teilnahmeerklärung noch nicht abgeschlossen sind. Über die neuen Verträge werden Sie jeweils gesondert informiert.

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm 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) sowie für bestimmte Hilfsmittel (etwa für Diabetiker) und ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i unserer Satzung.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli oder 1. Okt.). Über Ihren individuellen Starttermin informiert Sie ein Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg. 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.

Beispiele:

- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April;*
- *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)

c) Dauer / Mindestbindung

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

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kann mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-FacharztProgramm, 70120 Stuttgart). Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg oder mit dem Ende der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm. Bei einer Beendigung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufgrund der Beendigung der Tätigkeit des gewählten Hausarztes verbleiben Sie ein weiteres Quartal im AOK-FacharztProgramm. In diesem Übergangsquartal haben Sie die Möglichkeit, einen neuen Hausarzt zu wählen und somit im AOK-FacharztProgramm zu verbleiben.

Im Falle der Erweiterung des AOK-FacharztProgramms um einen neuen Vertrag (siehe Ziffer 2) erhalten Sie unabhängig von der Mindestbindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat nach Information der AOK über den neuen Vertrag. Die Sonderkündigung wirkt zum Ende des nächstmöglichen Quartals.

e) Widerruf

Sie können die Abgabe Ihrer 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-FacharztProgramm verbunden?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verpflichten Sie sich, grundsätzlich Arztpraxen in Anspruch zu nehmen, die an einem der unter Ziffer 2. genannten Verträge teilnehmen.* Teilnehmende Ärzte oder Psychotherapeuten sind tagesaktuell unter der Internetseite <https://www.medi-arztsuche.de/> abrufbar.

* Die Verpflichtung zur vorrangigen Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten des FacharztProgramms gilt nicht bei Dermatologen und nicht in medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes. Darüber hinaus können Ärzte/innen konsultiert werden, deren Fachrichtung nicht Bestandteil des AOK-FacharztProgramms ist.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflicht kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kündigen. Hierüber werden Sie gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Darüber hinaus ist bei schweren oder wiederholten Verstößen gegen die Verpflichtungen aus dem FacharztProgramm eine Beteiligung an den Mehrkosten möglich, die der AOK Baden-Württemberg durch die unbegründete Konsultation von Praxen außerhalb des Programms entstehen.

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

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

Patienteninformation zum Datenschutz

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO):

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

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm 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

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

Wer ist die Managementgesellschaft?

MEDIVERBUND AG

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: <https://www.medi-verbund.de/>.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:

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

§ 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

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

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Sozialdaten von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/Therapeutin verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- Krankenkasse, einschließlich Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- Familienname und Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Geschlecht des Versicherten
- Anschrift des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Versichertenstatus
- Zuzahlungsstatus des Versicherten
- Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte: Datum des Fristablaufs
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. 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

§ 140a Abs. 5 Satz 1 SGB V

Bei der Durchführung eines dermatologischen Telekonsils werden ausschließlich die hierfür notwendigen Daten erhoben und verarbeitet. Dies sind:

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer
- Bilddokumentation(en) der untersuchten Hautstellen
- Behandlungsinformationen (Gesundheitsdaten)
- Daten, auf denen die Behandlung basiert (Laborwerte, Messdaten, Gesundheitsdaten)

Die Übermittlung der Daten erfolgt durch Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin verschlüsselt an einen am AOK-Facharztvertrag TeleDermatologie teilnehmenden Dermatologen. Weitere Informationen zum Facharztvertrag TeleDermatologie sowie zu den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten/Fachärztinnen finden Sie unter <https://www.medi-arztsuche.de>.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung: Behandlungsvertrag gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. h), Abs. 3 EU-DSGVO, §§ 630a, 630c Abs. 1 BGB mit dem jeweiligen Arzt. Ihre Einwilligung, sofern es um die Anfertigung der Bilddokumentation sowie die Weiterleitung an einen Dermatologen geht, gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO.

Im Anschluss an die Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms 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, Krankenversicherungsnummer und Versichertenstatus
- Arztnummer; in Überweisungsfällen 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. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm 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 EU-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-FacharztProgramm) 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-Facharzt-Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

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/>

Definition Flächendeckung

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Behandlung und Abrechnung von bereits am AOK-FacharztProgramm teilnehmenden Patienten bzw. die Neueinschreibung ins AOK-FacharztProgramm erst dann erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages gegeben ist.

Eine Flächendeckung ist dann gegeben, wenn landesweit in Baden-Württemberg mindestens 71 Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie an dem AOK-FacharztProgramm teilnehmen.

Zunächst (Verteilungsschritt 1) sind je Planungsbezirk (Stadt-/Landkreis), in dem mehr als 6 Nephrologen kassenärztlich zugelassen sind, 3 Vertragsteilnehmer aus dem Fachgebiet der Nephrologie vorgesehen, bei weniger als 6 kassenärztlich zugelassenen Nephrologen grundsätzlich 2 Vertragsteilnehmer. Sofern in einem Planungsbezirk nur 2 oder weniger Arztpraxen (Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ oder Einzelpraxen – jeweils nur die Hauptbetriebsstätte berücksichtigt) existieren, wird für diesen Planungsbezirk 1 Vertragsteilnehmer gefordert. Die Differenz aus der Summe der Teilnehmerzahlen aus Verteilungsschritt 1 zu den insgesamt 71 geforderten kassenärztlich zugelassenen Nephrologen wird unter Berücksichtigung der Verteilung der HZV-Teilnehmerzahlen je Bezirksdirektion sowie der zugelassenen Ärzte des jeweiligen Planungsbezirkes zugeteilt (Verteilungsschritt 2), sodass im Durchschnitt rund 50 % der in diesem Planungsbezirk kassenärztlich zugelassenen Ärzte an diesem Vertrag teilnehmen. Die Flächendeckung ist in Anhang 1 zu Anlage 8 ersichtlich.

1. Der Beirat stellt die Flächendeckung fest. Dabei kann er regionale Besonderheiten berücksichtigen. Die Managementgesellschaft teilt den FACHÄRZTEN, welche den Beitritt zum Vertrag erklärt haben, die Erreichung der Flächendeckung umgehend mit.

Verteilung der Flächendeckung

Bezirksdirektion	Landkreis	Verteilung 1	Verteilung 2	140a-Quorum
Neckar-Fils		4	2	6
	Esslingen	2		
	Göppingen	2		
Heilbronn-Franken		4	3	7
	Heilbronn	1		
	Hohenlohekreis	0		
	Main-Tauber-Kreis	2		
	Schwäbisch Hall	1		
Ludwigsburg-Rems-Murr		4	0	4
	Ludwigsburg	2		
	Rems-Murr-Kreis	2		
Ostwürttemberg		2	0	2
	Heidenheim	1		
	Ostalbkreis	1		
Stuttgart-Böblingen		5	3	8
	Stuttgart	3		
	Böblingen	2		
Nordschwarzwald		2	0	2
	Calw	1		
	Enzkreis	0		
	Freudenstadt	0		
	Pforzheim	1		
Mittlerer Oberrhein		5	3	8
	Baden-Baden	1		
	Karlsruhe	2		
	Rastatt	2		
Rhein-Neckar-Odenwald		8	1	9
	Heidelberg	2		
	Mannheim	2		
	Neckar-Odenwald-Kreis	1		
	Rhein-Neckar-Kreis	3		
Schwarzwald-Baar-Heuberg		1	1	2
	Rottweil	0		
	Schwarzwald-Baar-Kreis	1		
	Tuttlingen	0		
Südlicher Oberrhein		6	2	8
	Breisgau-Hochschwarzwald	1		
	Emmendingen	1		
	Freiburg im Breisgau	1		
	Ortenaukreis	3		
Hochrhein-Bodensee		3	1	4
	Konstanz	1		
	Lörrach	1		
	Waldshut	1		
Bodensee-Oberschwaben		3	0	3
	Bodenseekreis	1		
	Ravensburg	1		
	Sigmaringen	1		
Neckar-Alb		3	2	5
	Reutlingen	2		
	Tübingen	0		
	Zollernalbkreis	1		
Ulm-Biberach		3	0	3
	Alb-Donau-Kreis	1		
	Biberach	1		
	Ulm	1		
AOK Baden-Württemberg		53	18	71

Fachkonzept MEDIVERBUND und AOK

- (1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung, Versicherteneinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung FACHARZT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere die technische Umsetzung der Bestimmungen des Vertrages. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung Managementgesellschaft“ und eine „Prozessbeschreibung AOK“ und werden kontinuierlich fortgeschrieben.
- (2) 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 ihre eingeschriebenen Versicherten betreffen.
 - b) Die AOK führt insbesondere das Verzeichnis ihrer eingeschriebenen Versicherten (TVZ) und übermittelt dieses gemäß der Vorgaben der Fachkonzepte an die Managementgesellschaft.
 - c) Sollte gemäß § 3 Abs. 3 lit. I) die Teilnahme an einem relevanten DMP erforderlich werden, prüft die AOK insbesondere die Teilnahme der FACHÄRZTE an diesem DMP und stellt der Managementgesellschaft die Prüfergebnisse gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte zur Verfügung.
 - d) Die Managementgesellschaft erhält die für die Nutzung im Arzneimittelmodul erforderlichen Informationen (z. B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK Rabattverträge abgeschlossen haben, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution) in dem nach dem Fachkonzept vorgeschriebenen Format so, dass sie ohne Änderungen und Formatierungen verwendet werden können.
 - e) Die Managementgesellschaft erarbeitet insbesondere Prozesse, die die am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.
- (4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der Managementgesellschaft bzw. der AOK und werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.
- (5) Die die FACHÄRZTE betreffenden Prozesse sind in der Prozessbeschreibung FACHARZT (**Anlage 6**) beschrieben.

Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware

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

ABSCHNITT I: Vertragssoftware

Funktionen der Vertragssoftware

Softwareprogramme, die nach Maßgabe des ABSCHNITTES II als Vertragssoftware zugelassen werden können, müssen alle vertragspezifischen Funktionalitäten aufweisen (Pflichtfunktionen): Die Definition aller Pflichtfunktionen wird im Pflichtenheft geregelt.

ABSCHNITT II: Zulassungsverfahren

I. Grundsätze des Zulassungsverfahrens

- (1) Die AOK und die Managementgesellschaft werden die in ABSCHNITT I beschriebenen und künftig erforderlichen vertragspezifischen Funktionalitäten der Vertragssoftware in einem Pflichtenheft („**Pflichtenheft**“) dokumentieren. Nicht-vertragspezifische Funktionalitäten werden im Pflichtenheft nicht beschrieben. Das Pflichtenheft ist für jeweils mindestens 1 Quartal abschließend, d.h. es gibt über die im Pflichtenheft niedergelegten Anforderungen hinaus keine weiteren Anforderungen an die Vertragssoftware.
- (2) Die AOK und die Managementgesellschaft werden dieses Pflichtenheft jeweils abstimmen und bei Änderungen das Quartal definieren, ab dem die neu beschriebenen vertragspezifischen Funktionalitäten verbindlich bzw. optional in einem neuen Release umzusetzen sind. Wird ein solches Pflichtenheft nicht spätestens neun Wochen vor einem Quartalsbeginn in einer abgestimmten Fassung veröffentlicht, müssen darin als verbindlich vorgeschriebene vertragspezifische 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 Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft 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 die Managementgesellschaft;

- c) Beschreibung der Ansteuerung des Konnektors/Online-Keys;
 - d) Anbindung an eine/n elektronischen Patientenpass/Patientenakte;
 - e) Online-Aktualisierung (z.B. des Arzneimittelmoduls);
 - f) Algorithmen zur Steuerung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen
 - g) Anbindung an die elektronische Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12
- (4) Der Teil B wird im Prüfmodul von vertragsspezifischen, nicht dekompilebaren Softwarekomponenten und Schnittstellen umgesetzt („**gekapselter Kern**“). Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK ein geeignetes Unternehmen („**Entwickler**“) mit der Entwicklung des Prüfmoduls beauftragen. Dabei ist sicherzustellen, dass Herstellern von Vertragssoftwareprogrammen („**Softwarehersteller**“) eine Lizenz für die Nutzung des gekapselten Kerns erteilt werden kann.
- (5) Die Managementgesellschaft wird verpflichtet, allen Softwareherstellern zu gleichen Bedingungen Zugriff auf den gekapselten Kern zu gewähren. Das Verhältnis zwischen dem Softwarehersteller und einem möglichen Entwickler des gekapselten Kerns bestimmt sich ausschließlich nach dem Lizenzvertrag über den gekapselten Kern. Weder die AOK noch die Managementgesellschaft haften für Schäden im Zusammenhang mit der Überlassung des gekapselten Kerns an Softwarehersteller.
- (6) Die Managementgesellschaft 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,
- 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. Falls keine Lizenzvereinbarung zustande kommt, hat der Softwarehersteller das Pflichtenheft an die Managementgesellschaft zurückzugeben.
- (7) Die Managementgesellschaft kann mit Softwareherstellern eine Rahmenvereinbarung schließen, durch die im Hinblick auf die Nutzung durch FACHÄRZTE Rahmenbedingungen für die Belieferung von FACHÄRZTEN einschließlich der Lieferkapazitäten für die Vertragssoftware und die Pflege und Wartung durch den Softwarehersteller vorgegeben werden.

- (8) 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 Managementgesellschaft eine Haftung für seine Eignung, Vollständigkeit oder Richtigkeit zur Herstellung von Vertragssoftware übernommen. Entsprechendes gilt für die Integrationsfähigkeit des gekapselten Kerns in ein Softwareprogramm des Softwareherstellers. Nicht vollständig umgesetzte und/oder veraltete Vertragssoftware-Versionen können zur Ablehnung von übermittelten Daten und zur Ablehnung von Vergütungen gemäß Abschnitte II und III der Anlage 12 führen.
- (9) Die Frist, innerhalb derer die Managementgesellschaft in Abstimmung mit der AOK über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Absatz 6 und damit über die Offenlegung von Teil A entscheidet, soll 3 Wochen nach Eingang aller in Absatz 6 genannten vollständigen Unterlagen bei der Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK auf der Basis des Pflichtenhefts und des Kriterienkatalogs die Durchführung des Zulassungsverfahrens entweder selbstständig oder durch Beauftragung einer neutralen Prüfstelle durchführen.
- (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) Mit der Regelung nach diesem ABSCHNITT II vereinbaren die Vertragspartner ausdrücklich eine Abweichung zu § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V im Sinne von § 140a Abs. 2 Satz 1 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 FACHÄRZTEN genutzt werden kann.
- (4) Die Managementgesellschaft oder die gemäß Abs. 1 beauftragte Prüfstelle kann auf Veranlassung der Managementgesellschaft oder der AOK eine bereits zugelassene Vertragssoftware einer außerordentlichen Kontrollprüfung unterziehen. Bei einem sich aus einer solchen außerordentlichen Kontrollprüfung ergebendem, begründeten Verdacht,

dass Pflichtfunktionen nicht ordnungsgemäß umgesetzt sind, kann die Managementgesellschaft die Zulassung entziehen. Die betreffenden Pflichtfunktionen sind insbesondere solche mit Auswirkung auf

- (1) die Arzneimittelverordnung,
- (2) die Abrechnung (insbes. ordnungsgemäße Erfassung von Leistungen, Leistungsdatum, Impf- und Diagnoseziffern),
- (3) die Verarbeitung von Formularen z. B. (Überweisungen, Krankenhauseinweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung),
- (4) die Erfassung- und Verwaltung des Teilnehmerstatus des FACHARZTES,
- (5) die elektronischen Einschreibung von Versicherten und Erfassung von Versichertenstammdaten,
- (6) die Online-Aktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen.

ABSCHNITT III: Datenübermittlung

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig: Einsatz eines HZV-Online-Keys.

ABSCHNITT IV: Managementgesellschaft

Der FACHARZT übermittelt sämtliche Leistungsdaten und Verordnungsdaten nach Maßgabe dieses Vertrages über die von ihm genutzte Vertragssoftware an die gemäß § 295a SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringenseite tätige Managementgesellschaft.

Schlichtungsverfahren

AOK und MEDIVERBUND („**Partei**“ bzw. „**Parteien**“) haben sich zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich zwischen ihnen im Zusammenhang mit diesem Vertrag gemäß § 140a SGB V 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) Die 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 innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit 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 innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit 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 von zwei Jahren als Schlichter verpflichtet. Spätestens einen 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 zwei 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 Partei ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zur anderen Partei 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 Partei unter
 - a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und
 - b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie
 - c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 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 § 4 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 § 4 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 § 4 verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

§ 4 Schlichtungsverhandlungen

- (1) Der Schlichter (§ 2 Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach § 3 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 Partei ist 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 Partei ist 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

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

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.

NEPHROLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene- (BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Anlage 12 wird inhaltlich evidenzbasiert begründet in Anlage 17 FAV und gespiegelt in Anlage 17 HZV. Ziel der hier dargestellten Versorgungsinhalte ist die evidenzbasierte und damit bestmögliche Patientenversorgung innovativ auf Überschriftenebene zu beschreiben.</p>		
	<p>Grundlagen einer evidenzbasierten biopsychosozialen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Nutzung qualitativ hochwertiger wissenschaftlicher Literatur (beste externe Evidenz) • den Abgleich der Evidenz durch den Arzt mit seiner beruflichen Erfahrung (Expertise) und seinem Wissen über den Patienten (interne Evidenz) • die expliziten Anforderungen an den Patienten, dessen Vorstellungen, Werte und Wünsche (interne Evidenz) in den Entscheidungsprozess mit einzubringen <p>Hinweise: www.awmf.org; www.ebm-netzwerk.de; www.dgfn.eu; aktuellsten Fachliteratur</p> <p>Soweit in dieser Anlage 12 Verlinkungen auf Websites erfolgen, dienen deren Inhalte der Informationsbeschaffung zu den Versorgungs- und Leistungsinhalten nach diesem Vertrag.</p> <p>Gemeinsame bzw. partizipative Therapieentscheidungen erfordern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmung (Autonomie), d.h. der Patient ist immer nach seinem jetzigen Willen zu fragen • Schadensvermeidung (Nonmalefizienz) bzw. primum nihil nocere, d.h. schadet die Behandlung mehr als sie möglicherweise nutzt bzw. ist der Schaden höher als der realistisch erreichbare Nutzen (vgl. BGB § 1901b). Das Beenden oder Unterlassen einer Maßnahme bzw. auch ein Therapiezielwechsel sind als solche zu benennen und zu dokumentieren. • Fürsorge (Benefizienz), d.h. ist das angestrebte Therapieziel zum Wohl des Patienten realistisch erreichbar (Nutzen) und sind bei der Abwägung von Nutzen und Schaden die Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten mit einbezogen worden. Hierbei sind Nutzen und Wirksamkeit nicht zu verwechseln: Nutzen bezeichnet das Erreichen der erwünschten Therapieziele wie die Lebensverlängerung oder die Verbesserung der Lebensqualität (gemessen an diesen Endpunkten), während die Wirksamkeit einer Therapie sich z.B. auf den Einfluss bestimmter Messwerte usw. bezieht. • Gleichheit und Gerechtigkeit, d.h. stehen wahrscheinlicher Nutzen, Schaden sowie notwendige Ressourcen einer Intervention in angemessenem Verhältnis zu den im Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mitteln und werden ähnliche Patienten gleich behandelt, letzteres vor allem dann, wenn der Nutzen einer Behandlung zu klären ist. <p>Grundlagen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)</p>		

- Medikamentöse Therapie v.a. zur AMTS
- Patienten über 65. Lebensjahr
- bei eingeschränkter Nierenfunktion, MDRD- oder Cockcroft-Gault-Formel
- bei Multimorbidität und Polypharmazie
- in Schwangerschaft und Stillzeit

www.akdae.de
www.priscus.net
www.dosing.de

www.awmf.org/Leitlinien
www.embryotox.de

Grundlagen zur Förderung der nicht-medikamentösen Betreuung

- **zur Adipositas**
- **zum Tabakkonsum**

Leitlinie

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Kurzinterventionen

www.awmf.org

www.awmf.org

www.bzga.de

www.rauchfrei-info.de

- **zur Bewegungsförderung**

Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung
Sonderheft 03 Hrsg.

www.bzga.de www.bundesgesundheitsministerium.de

www.euro.who.int

Weltgesundheitsorganisation „Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln“

Fach-Buch „Körperliche Aktivität und Gesundheit“ Hrsg. Prof. Dr. Dr. Banzer, Kapitel „Bewegung und Nieren- und Harnwegserkrankungen“ Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017

- **zu Gesundheitsinformationen**

evidenzbasiert als gesetzliche Aufgabe

www.gesundheitsinformation.de
www.iqwig.de; www.dgfn.eu

ÄZQ

Patienteninformation

Nationale Versorgungsleitlinien

www.aezq.de

www.patienten-information.de

www.leitlinien.de

DMPs wie Diabetes und KHK, AOK Curaplan

www.aok.de; www.aok-gesundheitspartner.de

<p>Schnittstelle HAUSARZT (Allgemeinmedizin, Innere Medizin)/NEPHROLOGE</p> <p>Präambel: HAUSÄRZTE im HZV-Vertrag nehmen grundsätzlich am DMP teil</p> <p>Die Rolle des HAUSARZTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung • Biopsychosoziale Anamnese • Klinische Untersuchung • Ggf. Laboruntersuchung • Ggf. apparative Diagnostik • Korrekte spezifische Behandlungsdiagnosen mit Schlüsselnummern der aktuellen ICD-GM in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose) zur Einleitung der entsprechenden leitlinienorientierten bzw. evidenzbasierten Behandlungswege nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand • Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie des Patienten gemäß aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand (auch nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version bzw. aktueller Fachbuchliteratur) • Die Überweisung vom HAUSARZT zum NEPHROLOGEN erfolgt u.a. mit (Begleit-) Diagnosen, Befunden (ggf. Labor, Vorberichte u.a.) und Medikamentenplan • Ggf. andere Besonderheiten wie z.B. häusliche Umstände <p>Befundbericht an den HAUSARZT durch den NEPHROLOGEN insbesondere zu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosestellung mit korrekten und spezifischen Behandlungsdiagnosen (mit Schlüsselnummern der ICD-GM aktuelle Fassung) • Laborparameter ggf. auch zur Differentialdiagnose (ggf. bereits teilweise durch den HAUSARZT erfolgt) • Therapieempfehlungen ggf. mit Medikamentenplan - Folgeverordnungen finden beim HAUSARZT statt, sofern der HAUSARZT diese verordnen kann • Festlegung von Kriterien, die zur erneuten Überweisung zum NEPHROLOGEN führen sollen, z.B. Verlaufskontrollen, wiederkehrende therapeutische Maßnahmen oder rezidivierende Symptome usw. • Nicht-medikamentöse Beratungsinhalte zur Förderung der Prävention v.a. zur Gewichtsoptimierung, zur Nikotinkarenz, zur Bewegungsförderung usw. zur Verbesserung der Organ- bzw. hier v.a. der Nierenfunktion • (Psycho-) Soziale Empfehlungen auch via Sozialem Dienst der AOK u.a. zur Pflege, Förderung der Teilhabe am Leben usw. 			
1. Grundpauschale			
P1	Grundpauschale	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern	32,00 EUR

	<p>Allgemeine evidenzbasierte Informationen u.a. zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung und Beratung zum Krankheitsbild auch gemäß Alter und Geschlecht • Ursachen der nephrologischen Erkrankung und zum möglichen Verlauf • Förderung der Eigen- bzw. Gesundheitskompetenz • sonstige relevante Maßnahmen z.B. Impfschutz, Follow-up usw. • relevante Begleit- und Grunderkrankungen im Kontext nephrologischer Erkrankungen • medikamentöse Betreuung wie o.g. • nicht-medikamentöse Betreuung wie o.g. • (Sekundär-, Tertiär-) Prävention • beeinflussbare Risikofaktoren wie Nikotinabhängigkeit, Gewichtsoptimierung, Bewegungsförderung, Ernährung usw. <p>Diagnostik u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsychosoziale Anamnese zu Begleit- und Grunderkrankungen einschl. Medikamentenreview • Klinische Untersuchung • Ggf. apparative Untersuchungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeinlabor ▪ Sonographie (B-Mode) <p>Therapiegrundsätze wie o.g. nicht-medikamentös/präventiv & medikamentös/AMTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der DMP-Teilnahme v.a. KHK/Diabetes • sonstige Maßnahmen zur Prophylaxe und Risikoberatung einschl. Impfstatus • Förderung interdisziplinärer Koordination und Kooperation • Monitoring/Wiedervorstellung je nach Krankheitsverlauf und Prognose zur Diagnostik und Therapie <p>Berichte/Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom NEPHROLOGEN mit Laborparametern, Therapieempfehlung, ggf. Medikamentenplan, Kriterien zur Wiedervorstellung und individuellem biopsychosozialen Versorgungskonzept • Korrekte endstellige ICD-Kodierung relevanter Diagnosen bzw. Begleit- und Grunderkrankungen gemäß www.dimdi.de 	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p> <p>P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-/§140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES vorliegt.</p>	
<p>P1UE</p>	<p>Zuschlag zur Grundpauschale bei Vorliegen einer Überweisung durch den HAUSARZT</p>	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt. 	<p>5,00 EUR</p>

	<p>Die Rolle des HAUSARZTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung • Biopsychosoziale Anamnese • Klinische Untersuchung • Ggf. Laboruntersuchung • Ggf. apparative Diagnostik • Korrekte spezifische Behandlungsdiagnosen mit Schlüsselnummern der aktuellen ICD-GM in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose) zur Einleitung der entsprechenden leitlinienorientierten bzw. evidenzbasierten Behandlungswege nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand • Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie des Patienten gemäß aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand (auch nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version bzw. aktueller Fachbuchliteratur) • Die Überweisung vom HAUSARZT zum NEPHROLOGEN erfolgt u.a. mit (Begleit-) Diagnosen, Befunden (ggf. Labor, Vorberichte u.a.) und Medikamentenplan • Ggf. andere Besonderheiten wie z.B. häusliche Umstände 	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p> <p>Nur additiv zu P1 abrechenbar.</p>	
2. Pauschalen			
<p>P1A</p>	<p>Betreuung sonst. nephrologischer Erkrankungen</p> <p>Versorgungsinhalte siehe P1 und ergänzende ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit dem jeweiligen krankheitsspezifischen Leiden</p>	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P2a, P2b, P2c, P2d, P2e, P2f und P2g im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	<p>22,00 EUR</p>
<p>P2A</p>	<p>Betreuung chronische Nierenerkrankung (Stadien 3-5)</p> <p>Biopsychosoziale Anamnese ergänzend zu P1</p>	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1a, P2b, P2c, P2d, P2e, P2f und P2g im selben Quartal abrechenbar.</p>	<p>25,00 EUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> relevante Risikofaktoren v.a. Nikotinabusus, Ernährungs-, Bewegungsverhalten, metabolisches Syndrom Begleit- und Grunderkrankungen v.a. Hypertonus, KHK, Diabetes Nephrotoxische Medikation wie Schmerzmittel, Diuretika, Antihypertonika Lebensumfeld sonstige individuelle Themen <p>Diagnostik ergänzend regelmäßig z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> Zwei-Fragen-Test bei V.a. Depression (www.patienten-information.de) Nikotinabhängigkeit Fagerström-Test (www.rauchfrei-info.de) 	<p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	
<p>P2B</p>	<p>Betreuung während einer Zentrumsdialyse (inkl. LC-Dialyse) sowie Fahrkostensteuerung</p> <p>Förderung der Patientensicherheit, Verminderung von Komplikationen und unnötiger Hospitalisierung u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> durch Variablen der Dialyseverordnung <p>Förderung der Gesundheitskompetenz und Beratung zur Verminderung von Komplikationen und des Hospitalisierungsrisikos sowie biopsychosoziale Betreuung je nach Verfahren u.a. zu</p> <ul style="list-style-type: none"> medikamentös s.o. nicht-medikamentös v.a. körperliche Aktivität z.B. 10minütiges Gehtraining, Radfahren, Ergometer, Reha-Sport; Ernährungsverhalten; Flüssigkeitsmanagement; Nikotinstopp Risikofaktoren und Prophylaxe von Komplikationen, Stenosen, Thrombosen Symptomen und Umgang (Versorgungs-, Notfallplan auch für Angehörige/Bezugspersonen) Teilhabe am Leben 	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1a, P2a, P2c, P2d, P2e, P2f und P2g im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E2-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	<p>50,00 EUR</p>
<p>P2C</p>	<p>Betreuung während einer Heim-/Peritonealdialyse</p> <p>Förderung der Patientensicherheit, Verminderung von Komplikationen und unnötiger Hospitalisierung u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> durch Variablen der Dialyseverordnung bei PD regelmäßige peritoneale Funktionstest zur Beurteilung der Effizienz ggf. Tunnelsonographien und -Abstriche zur Früherkennung von Infektionen <p>Förderung der Gesundheitskompetenz und Beratung auch regelmäßig zur Verminderung von Komplikationen und des Hospitalisierungsrisikos sowie biopsychosoziale Betreuung je nach Verfahren u.a. zu</p> <ul style="list-style-type: none"> medikamentös s.o. 	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1a, P2a, P2b, P2d, P2e, P2f und P2g im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E1 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p>	<p>50,00 EUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • nicht-medikamentös v.a. bei HD körperliche Aktivität z.B. 10minütiges Gehtraining, Radfahren, Ergometer, Reha-Sport, Ernährungsverhalten, Flüssigkeitsmanagement, Nikotinstopp • Risikofaktoren und Prophylaxe von Komplikationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei PD zu Infektionen ▪ bei HD von Stenosen, Thrombosen • Symptomen und Umgang (Versorgungs-, Notfallplan auch für Angehörige/Bezugspersonen) • Teilhabe am Leben • v.a. bei PD flexibel durch den Arzt und EFA als kontinuierliche intensivierete Beratung und Betreuung <ul style="list-style-type: none"> ▪ verstärkt interdisziplinär ▪ biopsychosozial unterstützend (Reminder u.v.a.) ▪ Abstimmung mit Angehörigen/Bezugspersonen 	<p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	
P2D	<p>Betreuung nach einer Transplantation</p> <p>Interdisziplinäre Betreuung in Rücksprachen mit Transplantationszentrum auch gemäß www.kdigo.org und wirtschaftlicher Ordnungsweise z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infektionsprophylaxe • leitliniengerechte rationale Kombinationstherapie zur lebenslangen Immunsuppression • Förderung der Adhärenz zur immunsuppressiven Therapie wegen Gefahr der Transplantatabstoßung • Impfungen außer in den ersten 6 Monaten nach Transplantation • postoperative Komplikationen, Abstoßungsreaktionen, Folgen der immunsuppressiven Therapie • Toxizität der Medikamente u.a. Wundheilungsstörungen, steroidinduzierte Osteoporose und Diabetes nach Transplantation, Malignome • Rekurrenz der Grundkrankheit im Transplantat • optimale Blutdruckeinstellung und Betreuung zu kardiovaskulären Komplikationen • Therapie von Hyperlipidämie, Proteinurie • Nikotinverzicht, Gewichtsnormalisierung <p>Förderung der Gesundheitskompetenz und Beratung zur Minderung von Komplikationen und des Hospitalisierungsrisikos einschl. biopsychosozialer Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentös s.o. • nicht-medikamentös s.o. 	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1a, P2a, P2b, P2c, P2e, P2f und P2g im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	25,00 EUR
P2E	<p>Betreuung nach einer Lebendnierenspende</p> <p>Versorgungsinhalte siehe P1 und ergänzende ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Lebendnierenspende</p>	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1a, P2a, P2b, P2c, P2d, P2f und P2g im selben Quartal abrechenbar.</p>	25,00 EUR

		<p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	
P2F	Diagnostikzuschlag	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Maximal einmal in acht aufeinander folgenden Quartalen abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1a, P2a, P2b, P2c, P2d und P2e im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	20,00 EUR
P2G	<p>Betreuung eines Hypertonikers auf Überweisung durch den HAUSARZT</p> <p>Behandlung von Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • refraktäre Hypertonie • Verdacht auf sekundäre Hypertonie • neu aufgetretene Hypertonie in der Schwangerschaft/Umstellung antihypertensive Therapie bei bekannter Hypertonie und geplanter Schwangerschaft <p>Beratung und Therapie nicht-medikamentös</p> <p>Lebensstiländerungen wie Gewichtsoptimierung, kochsalzarme Diät, mediterrane Kost, regelmäßige körperliche Aktivität wie Walken, Radfahren, Laufen, Entspannungstechniken bzw. Stressminderung, Minderung Alkoholkonsum, Nikotinstop usw.</p> <p>Beratung und Therapie medikamentös</p>	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1a, P2a, P2b, P2c, P2d und P2e im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer Überweisung durch einen HAUSARZT.</p> <p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p> <p>Nicht neben P1e des Facharztvertrages Kardiologie gem. § 73c SGB V a.F. im selben Quartal abrechenbar.</p>	23,00 EUR

	<p>Betreuung gemäß Ursachen und Grunderkrankungen u.a. Verordnung gemäß aktuellem Stand der evidenzbasierten Medizin und abhängig von Risikofaktoren, Grunderkrankungen und Folgekomplikationen usw.</p>	<p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	
<p>3. Beratungspauschalen</p>			
<p>P2ABP1</p>	<p>Beratungspauschale zur Progressionsverzögerung bei chronischer Nierenerkrankung</p> <p>Förderung der Gesundheitskompetenz u.a.</p> <p>Aufklärung zur Nierenfunktion und zum Krankheitsbild</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen mündlich & schriftlich s.o. <p>Medikamentöse Beratung auch zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • nephrotoxische Medikamente • Azidoseausgleich • veränderte Pharmakokinetik, ggf. Blutspiegel • cave Röntgenkontrastmittel (adäquate Hydrierung usw.) • gemäß Alter und Geschlecht • Behandlung einer Hypertonie mit individuellem Zielblutdruckbereich • Minderung der Proteinurie • Kontrolle des metabolischen Syndroms • Behandlung einer Hyperkaliämie • v.a. bei Herzinsuffizienz bzw. dem kardiorenalem Syndrom multidisziplinäre Betreuung • Therapie von endokrinen Ausfällen • Therapie der Anämie bzw. Eisensubstitution, Erythropoetin nur zur Verhinderung einer Transfusionspflicht • Prüfung und Auffrischung Impfstatus gemäß STIKO • Allgemeine Beratung zur rationalen Pharmakotherapie s.o. • Informationen mündlich & schriftlich s.o. <p>Nicht-medikamentöse informative und motivationale Beratung zu Risikofaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rauchstopp z.B. den Entschluss ermutigen, morgens aufzuhören bei niedrigstem Nikotinspiegel, Informationsmaterial z.B. BZgA • Bewegungsförderung z.B. Walking • Ernährung (u.a. Wechselwirkungen kaliumreiche Kost) • Gewichtsoptimierung bzw. Vermeidung von Adipositas, weil u.a. das metabolische Syndrom die Morbidität erhöht multifaktoriell einschl. Hypertonus, Fettstoffwechsel, Diabetes-Stoffwechsellage usw. 	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Maximal zweimal im Krankheitsfall abrechenbar.</p> <p>Nur additiv zu P2a im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	<p>30,00 EUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen mündlich & schriftlich s.o. 		
P2ABP2	<p>Gemeinsame Entscheidungsfindung zur Auswahl des Nierenersatzverfahrens bei erstmaliger Nierenersatztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nierentransplantation grundsätzlich Methode der 1. Wahl bei Nierenersatzverfahren www.kdigo.org • Indikation allgemein zum Dialysebeginn absolut z.B. Hyperkaliämie über 7,5 mmol/l und relativ wie urämische Symptome, Verminderung der GFR (z.B. bei unter 7ml/min IDEAL-Studie) nach sorgfältiger Differentialdiagnostik u.a. „integrated care“ mit primären Beginn der PD, später Wechsel zur HD, z.B. bei Patienten mit Diabetes • Aufklärung rechtzeitig in Etappen auch individuell je nach Verlauf • Informationen mündlich & schriftlich zu allen zur Verfügung stehenden Verfahren insbesondere Förderung der Heim-Dialyseverfahren und v.a. <ul style="list-style-type: none"> ▪ PD möglichst mit Angehörigen/Bezugspersonen, ggf. wiederholt ▪ Infoveranstaltungen ▪ Gruppenaustausch ▪ Austausch mit anderen Betroffenen jeweils zur Hämo- bzw. gleichermaßen Peritonealdialyse 	<p>Maximal einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung abrechenbar.</p> <p>Nur additiv zu P2a im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht im selben Quartal mit P2aBP3 abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	23,00 EUR
P2ABP3	<p>Gemeinsame Entscheidungsfindung zur Auswahl des Nierenersatzverfahrens bei Therapiewechsel nach Organversagen</p> <p>Versorgungsinhalte siehe P2aBP2</p>	<p>Maximal einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung abrechenbar.</p> <p>Nur additiv zu P2a im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht im selben Quartal mit P2aBP2 abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	23,00 EUR
4. Einzelleistungen			
E1	Ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Zentrumsdialyse (inkl. LC-Dialyse)	Einmal je durchgeführter Dialyse abrechenbar.	18,00 EUR

	<p>Versorgungsinhalte siehe P2b Regelfall: Drei Dialysen pro Woche</p>	<p>Nicht neben E2 und E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	
E2	<p>Ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Hemodialyse (Hämodialyse) Versorgungsinhalte siehe P2c Regelfall: Drei Dialysen pro Woche</p>	<p>Einmal je durchgeführter Dialyse abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E1 und E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p>	18,00 EUR
E3	<p>Ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Peritonealdialyse Versorgungsinhalte siehe P2c</p>	<p>Einmal am Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht neben E1 und E2 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Diagnosenliste.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	9,00 EUR
5. Zuschläge			
	•		

<p>ZIS</p>	<p>Zuschlag bei intensiver Therapie immunsupprimierter Patienten</p> <p>Behandlung von Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • glomerulären und/oder tubulären Erkrankungen, • primär oder sekundär bei Kollagenosen, • Vaskulitiden oder • sonstigen Systemerkrankungen mit schwerem Verlauf, die eine immunsuppressive Therapie notwendig macht. <p>Erhöhter Aufwand durch Aufklärung hinsichtlich Gefahren einer immunsuppressiven Therapie, Überwachung der Wirkspiegel der Medikamente, enge Überwachung des klinischen Verlaufs, Erkennen und Behandeln von Komplikationen, auch infektiologisch.</p>	<p>Maximal einmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>Nur additiv zu P1a oder P2a im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer Arzneimittelverordnung mit dem ATC-Code L04 im selben Quartal.</p> <p>Nicht neben E1-E3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e))</p>	<p>20,00 EUR</p>
<p>EQSNET</p>	<p>Zuschlag DeQS-RL, Verfahren 4, Anlage II Buchstabe a</p> <p>Leistungsinhalt:</p> <p>Es gelten die Regelungen des EBM-Kapitels 13.3.6 zur EBM-Ziffer 13603.</p>	<p>Zuschlag auf die Gebührenordnungspositionen E1, E2, E3, P2b oder P2c, der durch die Managementgesellschaft zuge setzt wird.</p> <p>Maximal ein Zuschlag pro Behandlungsfall.</p> <p>Die EBM-Ziffer 13603 kann im selben Quartal nicht über KV abgerechnet werden.</p> <p>EQSNET und/oder EBM-Ziffer 13603 können innerhalb einer Dialysepraxis gem. Anlage 9.1 BMV-Ä und damit verbundener FACHARZTPRAXIS (BSNR) beim selben Versicherten im Behandlungsfall insgesamt nur einmal abgerechnet werden.</p> <p>Diese Ziffer gilt im Leistungszeitraum 01.07.2020 bis 31.12.2022.</p> <p>Die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb</p>	<p>Bis 31.12.21: 10,01 EUR</p> <p>Ab 01.01.22: 10,14 EUR</p>

		desselben Kalendervierteljahres an demselben Versichertenambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn der Versicherte sowohl in der kollektivvertraglichen als auch in der selektivvertraglichen Versorgung behandelt wird.	
6. Qualitätszuschläge			
Q1	<p>Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie</p> <p>Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimittel mittels einer Vertragssoftware.</p>	Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein praxisbezogener Zuschlag auf die Pauschale P1 gemäß Anhang 3 zu Anlage 12. Die Berechnung erfolgt auf Grundlage der AOK-Apothekenabrechnungsdaten, sofern in Anhang 3 zu Anlage 12 nichts anders vereinbart.	Bis zu 4,00 EUR Siehe Anhang 3 zu Anlage 12
Q2	<p>EFA-Zuschlag</p> <p>Aufgaben EFA: Förderung der evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und -kompetenz mündlich & schriftlich zur Unterstützung des Patienten im Alltag v.a. zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progressionsverzögerung • Wahl eines Nierenersatzverfahrens verstärkt unterstützend zur Heim- bzw. v.a. Peritonealdialyse • Durchführung von Nierenersatzverfahren v.a. Heim- bzw. verstärkt Peritonealdialyse 	Der Zuschlag wird automatisch auf P2a, P2c, P2d, P2e oder P2g aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anhang 4 zu Anlage 12 nachgewiesen hat, dass er eine/n EFA mit entsprechender Qualifikation beschäftigt. Das Nähere ist abschließend in Anhang 4 zu Anlage 12 geregelt. Es erfolgt maximal ein Zuschlag pro Quartal.	5,00 EUR
Q3	Strukturzuschlag für Duplex-Sonografie	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2.	4,00 EUR
Q4	<p>Zuschlag Elektronische Arztvernetzung auf Behandlungsfall</p> <p>Umsetzung der Fachanwendungen zur Elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 5 und Anhang 6 zu Anlage 12</p>	Der Zuschlag wird automatisch auf die Vergütungsziffer P1 aufgeschlagen. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung des FACHARZTES an der elektronischen Arztvernetzung durch die Managementgesellschaft ausgestellt wird, sofern die Teilnahmebestätigung bis zum 15. des zweiten Kalenderquartalsmonats erfolgte. Spätere Teilnahmen werden ab dem Folgequartal vergütet.	5,00 EUR

Q5	<p>Erfolgsbonus Elektronische Arztvernetzung</p> <p>Umsetzung der IT-Fachanwendungen gem. Anhang 5 zu Anlage 12.</p>	<p>Der Erfolgsbonus wird automatisch auf die Vergütungsziffer P1 im Quartal aufgeschlagen, wenn die in Anhang 5 zu Anlage 12 näher geregelten Voraussetzungen erfüllt werden.</p>	2,00 EUR
ZITV	<p>Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale Elektronische Arztvernetzung</p> <p>Durchführung der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12 (bspw. Anwendungsschulung und Installation des Vertragssoftwaremoduls)</p>	<p>Der Zuschuss wird einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ (inklusive NBSNRn) vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12 vorliegt.</p> <p>Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der einmalige Zuschuss über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Nephrologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme der/des Praxis/BAG/MVZs an mehreren Facharztarztverträgen gem. §§ 73c a.F. bzw. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der einmalige Zuschuss insgesamt ebenfalls nur ein Mal ausbezahlt. Die Auszahlung erfolgt einmalig in dem Vertrag mit der längsten Vertragslaufzeit, an dem die/das Praxis/BAG/MVZ auch an der elektronischen Vernetzung teilnimmt.</p> <p>Die aktive Teilnahme wird im Rahmen der Teilnahmeerklärung durch den Arzt per Selbstauskunft ausdrücklich bestätigt.</p>	Einmalig 2500,00 EUR
7. Vertretungsleistungen			
V1	Vertretungsfall	<p>Einmal im Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1 und P1UE im selben Quartal abrechenbar.</p>	16,00 EUR

		Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)).	
--	--	---	--

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 19 Abs. 2 des Vertrages.

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)

Der Leistungsumfang nach diesem Vertrag bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach ABSCHNITT II werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK und der MEDIVERBUND keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund in diesem Sinne und gemäß § 135 SGB V notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der FACHARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten gemäß § 4 des Vertrages

- (1) Der FACHARZT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß ABSCHNITT I („Vergütungspositionen“) ab. Damit sind grundsätzlich alle vom Facharztvertrag erfassten Leistungen abgegolten. Die im EBM-Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis. Des Weiteren gilt § 19 Abs. 14 des Vertrages.
- (2) Verfügt ein am AOK-Facharztprogramm Nephrologie teilnehmender FACHARZT nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen solche Leistungen - soweit medizinisch erforderlich – im Rahmen eines Zielauftrags als Auftragsleistung an einen FACHARZT überwiesen werden. Von dieser Regel kann nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden. Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).
- (3) Im Rahmen dieses Vertrages muss der FACHARZT alle im Ziffernkranz als obligatorisch gekennzeichneten Leistungen, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, erbringen. Hierfür sind keine Überweisungen auszustellen. Die im Ziffernkranz als nicht-obligatorisch gekennzeichneten Leistungen muss der FACHARZT - soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll - dann im Rahmen dieses Vertrages erbringen, wenn die Praxis/BAG diese Leistung bislang in der Regelversorgung und/oder im AOK-

Facharztprogramm erbracht hat bzw. weiter erbringt. Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über den Qualitätszuschlag vergütet werden, erbringen.

- (4) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt.
- (5) Arzt-Patienten-Kontakte sind wie nachfolgend definiert:
 - a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen 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 telemedizinischer 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 (nichtärztlichen) Delegation nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Telemedizinische Kontakte gem. lit. c) sind mit der **Ziffer "FBE"** zu dokumentieren.

III. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten im Vertretungsfall

Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale V1 über das AOK-Facharztprogramm Nephrologie abgerechnet.

IV. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und 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. **Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der BAG.**

- (2) Innerhalb eines MVZ gilt für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum des MVZ.
- (3) Werden Leistungen gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 nicht durch den abrechnenden FACHARZT, 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. Auch die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b SGB V oder einem anderen Vertrag nach § 73c SGB V a.F. bzw. § 140a SGB V mit der AOK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.
- (4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.
- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einer Arztpraxis mit angestellten Ärzten und eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gilt. Grundsätzlich können angestellte Ärzte nur dann im Rahmen des Vertrages tätig werden, wenn auch eine Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 96 SGB V) für eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 32b der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte/Ärzte) vorliegt. Aus Gründen der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung im Rahmen des Vertrages gem. § 140a SGB V kann der Beirat gem. § 22 des Vertrages Ausnahmen hiervon beschließen, die befristet werden können.

V. Umfang von Leistungen, die weiterhin über KV abgerechnet werden können

Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein FACHARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht im Ziffernkranz gemäß Anhang 1 dieser Anlage aufgeführt sind.

VI. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73c Abs. 6 SGB V a.F. bzw. § 140a Abs. 6 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabrechnung den gegenüber der KV von dem

FACHARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen des FACHARZTES nach diesem Vertrag 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 FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 Euro für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft 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 FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 Euro für jeden fehlerhaft gegenüber der Managementgesellschaft abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft 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 vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- a) Der FACHARZT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem FACHARZT-Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell

geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.

- b) Der FACHARZT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenänderungsblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- c) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem FACHARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.
- d) Die Managementgesellschaft kann unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den FACHARZT auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.

II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des FACHARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die Managementgesellschaft ermittelt für jeden FACHARZT die folgenden abrechnungsrelevanten Kriterien:

Erfüllen der Voraussetzung für die Qualitätszuschläge

- Q 1: Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie
- Q 2: Qualitätszuschlag "EFA" gem. Anhang 4 zu Anlage 12
- Q 3: Strukturzuschlag Duplexsonographie
- Q 4: Zuschlag Elektronische Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12
- Q 5: Erfolgsbonus Elektronische Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12

- (3) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem

Vertrag zur Prüfung. Die AOK haben eine Prüffrist von 25 Arbeitstagen („Kassen-Prüffrist“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in Anlage 13 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen. Ist die AOK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser Anlage 12 entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („Rüge“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.

- a) Erfolgt innerhalb der Kassen-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. 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 Kassen-Abrechnung („**abgestimmte Kassen-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 Kassen-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 eine Rechnung.
- c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK für das Folgequartal 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 Kassen-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 ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto („**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 Managementgesellschaft bleibt unberührt.

- (5) Die AOK leistet an die Managementgesellschaft jeweils monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 45 EURO pro Abrechnungsfall auf das Abrechnungskonto. Diese Abschlagszahlung ist am 10. Kalendertag eines jeden Monats fällig. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft haben die AOK zur Ermittlung der Anzahl der Abrechnungsfälle 12 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechnungsdaten eines Quartales von der Managementgesellschaft nicht mindestens 12 Arbeitstage vor dem 10. Kalendertag eines Monats vorliegen, verzögert sich die Auszahlung der Abschlagszahlung entsprechend.
- (6) Die Abschlagszahlungen nach Absatz 5 dienen der Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 4 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 Managementgesellschaft vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“).
- (8) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft.
- (9) 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 Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.
- (10) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 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

Anhang 2 zu Anlage 12: Diagnosenliste

Anhang 3 zu Anlage 12: Pharmakotherapiezuschlag

Anhang 4 zu Anlage 12: EFA

Anhang 5 zu Anlage 12: Elektronische Arztvernetzung – eArztbrief und eAU

Anhang 6 zu Anlage 12: Elektronische Arztvernetzung – Messenger

<u>ICD-Code</u>	<u>ICD-Code (ohne Punkt)</u>	<u>ICD-Text</u>	E1: Ärztliche Betreuung bei Zentrums-/LC-Dialyse	E2: Ärztliche Betreuung bei Heimdialyse (Hämo)	E3: Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	P1a: Betreuung Sonstiger nephrologischer Erkrankungen	P2a: Betreuung chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3-5)	P2b: Betreuung Zentrumsdialyse	P2c: Betreuung Peritoneal-/Heimdialyse	P2d: Betreuung nach Transplantation	P2e: Betreuung nach Lebendniere spende	P2g: Betreuung von Hypertonikern	P2aBP3: standardisierte gemeinsame Entscheidungsfindung Nierensatz gemäß DGFN/KDIGO nach Therapiewechsel
C64	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken				x							
C65	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens				x							
D30.0	D300	Gutartige Neubildung: Niere				x							
D30.1	D301	Gutartige Neubildung: Nierenbecken				x							
D41.0	D410	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Niere				x							
D41.1	D411	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Nierenbecken				x							
I10.00	I1000	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.01	I1001	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.10	I1010	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.11	I1011	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.90	I1090	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.91	I1091	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I15.00	I1500	Renovaskuläre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I15.01	I1501	Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I15.10	I1510	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenerkrankungen: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I15.11	I1511	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenerkrankungen: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I15.20	I1520	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I15.21	I1521	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
N00.0	N000	Akutes nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion				x							
N00.1	N001	Akutes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen				x							
N00.2	N002	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis				x							
N00.3	N003	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis				x							
N00.4	N004	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis				x							
N00.5	N005	Akutes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis				x							
N00.6	N006	Akutes nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit				x							
N00.7	N007	Akutes nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung				x							
N00.8	N008	Akutes nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen				x							
N01.0	N010	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion				x							
N01.1	N011	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen				x							
N01.2	N012	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis				x							
N01.3	N013	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis				x							
N01.4	N014	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis				x							
N01.5	N015	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis				x							
N01.6	N016	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit				x							
N01.7	N017	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung				x							
N01.8	N018	Rapid-progressives nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen				x							
N02.0	N020	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Minimale glomeruläre Läsion				x							
N02.1	N021	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen				x							
N02.2	N022	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse membranöse Glomerulonephritis				x							
N02.3	N023	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis				x							
N02.4	N024	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis				x							

ICD-Code	ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-Text	E1: Ärztliche Betreuung bei Zentrums-/LC-Dialyse	E2: Ärztliche Betreuung bei Heimdialyse (Hämo)	E3: Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	P1a: Betreuung Sonstiger nephrologischer Erkrankungen	P2a: Betreuung chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3-5)	P2b: Betreuung Zentrumsdialyse	P2c: Betreuung Peritoneal-/Heimdialyse	P2d: Betreuung nach Transplantation	P2e: Betreuung nach Lebendnierenpende	P2g: Betreuung von Hypertonikern	P2aBP3: standardisierte gemeinsame Entscheidungsfindung Nierensatz gemäß DGN/KDIGO nach Therapiewechsel
N02.5	N025	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis				x							
N02.6	N026	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Dense-deposit-Krankheit				x							
N02.7	N027	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung				x							
N02.8	N028	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Sonstige morphologische Veränderungen				x							
N02.9	N029	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet				x							
N03.0	N030	Chronisches nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion				x							
N03.1	N031	Chronisches nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen				x							
N03.2	N032	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis				x							
N03.3	N033	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis				x							
N03.4	N034	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis				x							
N03.5	N035	Chronisches nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis				x							
N03.6	N036	Chronisches nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit				x							
N03.7	N037	Chronisches nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung				x							
N03.8	N038	Chronisches nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen				x							
N04.0	N040	Nephrotisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion				x							
N04.1	N041	Nephrotisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen				x							
N04.2	N042	Nephrotisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis				x							
N04.3	N043	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis				x							
N04.4	N044	Nephrotisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis				x							
N04.5	N045	Nephrotisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis				x							
N04.6	N046	Nephrotisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit				x							
N04.7	N047	Nephrotisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung				x							
N04.8	N048	Nephrotisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen				x							
N05.0	N050	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion				x							
N05.1	N051	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen				x							
N05.2	N052	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse membranöse Glomerulonephritis				x							
N05.3	N053	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis				x							
N05.4	N054	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis				x							
N05.5	N055	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis				x							
N05.6	N056	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Dense-deposit-Krankheit				x							
N05.7	N057	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung				x							
N05.8	N058	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom: Sonstige morphologische Veränderungen				x							
N06.0	N060	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Minimale glomeruläre Läsion				x							
N06.1	N061	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen				x							
N06.2	N062	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse membranöse Glomerulonephritis				x							
N06.3	N063	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis				x							
N06.4	N064	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis				x							

ICD-Code	ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-Text	E1: Ärztliche Betreuung bei Zentrums-/LC-Dialyse	E2: Ärztliche Betreuung bei Heimdialyse (Hämo)	E3: Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	P1a: Betreuung Sonstiger nephrologischer Erkrankungen	P2a: Betreuung chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3-5)	P2b: Betreuung Zentrumsdialyse	P2c: Betreuung Peritoneal-/Heimdialyse	P2d: Betreuung nach Transplantation	P2e: Betreuung nach Lebendnierenspende	P2g: Betreuung von Hypertonikern	P2aBP3: standardisierte gemeinsame Entscheidungsfindung Nierensatz gemäß DGN/KDIGO nach Therapiewechsel
N06.5	N065	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis				x							
N06.6	N066	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Dense-deposit-Krankheit				x							
N06.7	N067	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung				x							
N06.8	N068	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Sonstige morphologische Veränderungen				x							
N07.0	N070	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Minimale glomeruläre Läsion				x							
N07.1	N071	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Fokale und segmentale glomeruläre Läsionen				x							
N07.2	N072	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse membranöse Glomerulonephritis				x							
N07.3	N073	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis				x							
N07.4	N074	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis				x							
N07.5	N075	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis				x							
N07.6	N076	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Dense-deposit-Krankheit				x							
N07.7	N077	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung				x							
N07.8	N078	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige morphologische Veränderungen				x							
N08.0	N080	Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten				x							
N08.1	N081	Glomeruläre Krankheiten bei Neubildungen				x							
N08.2	N082	Glomeruläre Krankheiten bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems				x							
N08.3	N083	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus				x							
N08.4	N084	Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten				x							
N08.5	N085	Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes				x							
N08.8	N088	Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten				x							
N10	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis				x							
N11.0	N110	Nichtobstruktive, mit Reflux verbundene chronische Pyelonephritis				x							
N11.1	N111	Chronische obstruktive Pyelonephritis				x							
N11.8	N118	Sonstige chronische tubulointerstitielle Nephritis				x							
N12	N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet				x							
N13.0	N130	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion				x							
N13.1	N131	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert				x							
N13.2	N132	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein				x							
N13.20	N1320	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein				x							
N13.21	N1321	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein				x							
N13.29	N1329	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisierung nicht näher bezeichnet				x							
N13.3	N133	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose				x							
N13.4	N134	Hydroureter				x							
N13.5	N135	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose				x							
N13.6	N136	Pyonephrose				x							
N13.60	N1360	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion mit Infektion der Niere				x							
N13.61	N1361	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert, mit Infektion der Niere				x							
N13.62	N1362	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein mit Infektion der Niere				x							
N13.63	N1363	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere				x							
N13.64	N1364	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisierung nicht näher bezeichnet, mit Infektion der Niere				x							
N13.65	N1365	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere				x							
N13.66	N1366	Hydroureter mit Infektion der Niere				x							

ICD-Code	ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-Text	E1: Ärztliche Betreuung bei Zentrums-/LC-Dialyse	E2: Ärztliche Betreuung bei Heimdialyse (Hämo)	E3: Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	P1a: Betreuung Sonstiger nephrologischer Erkrankungen	P2a: Betreuung chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3-5)	P2b: Betreuung Zentrumsdialyse	P2c: Betreuung Peritoneal-/Heimdialyse	P2d: Betreuung nach Transplantation	P2e: Betreuung nach Lebendnierverspende	P2g: Betreuung von Hypertonikern	P2aBP3: standardisierte gemeinsame Entscheidungsfindung Nierensatz gemäß DGFN/KDIGO nach Therapiewechsel
N13.67	N1367	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose mit Infektion der Niere				x							
N13.68	N1368	Sonstige und nicht näher bezeichnete Pyonephrose				x							
N13.7	N137	Uropathie in Zusammenhang mit vesikoureteralem Reflux				x							
N13.8	N138	Sonstige obstruktive Uropathie und Refluxuropathie				x							
N14.0	N140	Analgetika-Nephropathie				x							
N14.1	N141	Nephropathie durch sonstige Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen				x							
N14.2	N142	Nephropathie durch nicht näher bezeichnete(s) Arzneimittel, Droge oder biologisch aktive Substanz				x							
N14.3	N143	Nephropathie durch Schwermetalle				x							
N14.4	N144	Toxische Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert				x							
N15.0	N150	Balkan-Nephropathie				x							
N15.10	N1510	Nierenabszess				x							
N15.11	N1511	Perinephritischer Abszess				x							
N15.8	N158	Sonstige näher bezeichnete tubulointerstitielle Nierenerkrankungen				x							
N16.0	N160	Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten				x							
N16.1	N161	Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen bei Neubildungen				x							
N16.2	N162	Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen bei Blutkrankheiten und Störungen mit Beteiligung des Immunsystems				x							
N16.3	N163	Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen bei Stoffwechselkrankheiten				x							
N16.4	N164	Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen bei systemischen Krankheiten des Bindegewebes				x							
N16.5	N165	Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen bei Transplantatabstoßung				x							
N16.8	N168	Tubulointerstitielle Nierenerkrankungen bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten				x							
N17.01	N1701	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1				x							
N17.02	N1702	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2				x							
N17.03	N1703	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3				x							
N17.11	N1711	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1				x							
N17.12	N1712	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2				x							
N17.13	N1713	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3				x							
N17.21	N1721	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1				x							
N17.22	N1722	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2				x							
N17.23	N1723	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3				x							
N17.81	N1781	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1				x							
N17.82	N1782	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2				x							
N17.83	N1783	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3				x							
N17.91	N1791	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1				x							
N17.92	N1792	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2				x							
N17.93	N1793	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3				x							
N18.1	N181	Chronische Nierenerkrankung, Stadium 1				x							
N18.2	N182	Chronische Nierenerkrankung, Stadium 2				x							
N18.3	N183	Chronische Nierenerkrankung, Stadium 3					x						
N18.4	N184	Chronische Nierenerkrankung, Stadium 4					x						
N18.5	N185	Chronische Nierenerkrankung, Stadium 5					x						
N18.80	N1880	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung				x							
N20.0	N200	Nierenstein				x							
N20.2	N202	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig				x							
N20.9	N209	Harnstein, nicht näher bezeichnet				x							
N23	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik				x							
N25.0	N250	Renale Osteodystrophie				x							
N25.1	N251	Renaler Diabetes insipidus				x							
N25.8	N258	Sonstige Krankheiten infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion				x							
N26	N26	Schrumpfnieren, nicht näher bezeichnet				x							
N27.0	N270	Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig				x							
N27.1	N271	Kleine Niere unbekannter Ursache, beidseitig				x							
N28.0	N280	Ischämie und Infarkt der Niere				x							
N28.1	N281	Zyste der Niere				x							
N28.80	N2880	Ruptur eines Nierenkelches, nichttraumatisch [Fornixruptur]				x							
N28.88	N2888	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Niere und des Ureters				x							

<u>ICD-Code</u>	<u>ICD-Code (ohne Punkt)</u>	<u>ICD-Text</u>	E1: Ärztliche Betreuung bei Zentrums-/LC-Dialyse	E2: Ärztliche Betreuung bei Heimdialyse (Hämo)	E3: Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	P1a: Betreuung Sonstiger nephrologischer Erkrankungen	P2a: Betreuung chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3-5)	P2b: Betreuung Zentrumsdialyse	P2c: Betreuung Peritoneal-/Heimdialyse	P2d: Betreuung nach Transplantation	P2e: Betreuung nach Lebendnierenspende	P2g: Betreuung von Hypertonikern	P2aBP3: standardisierte gemeinsame Entscheidungsfindung Nierensatz gemäß DGFN/KDIGO nach Therapiewechsel
N29.0	N290	Spätsyphilis der Niere				x							
N29.1	N291	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten				x							
N29.8	N298	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten				x							
O10.0	O100	Vorher bestehende essentielle Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert										x	
O10.1	O101	Vorher bestehende hypertensive Herzkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert										x	
O10.2	O102	Vorher bestehende hypertensive Nierenerkrankung, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert										x	
O10.3	O103	Vorher bestehende hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert										x	
O10.4	O104	Vorher bestehende sekundäre Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert										x	
O10.9	O109	Nicht näher bezeichnete, vorher bestehende Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert										x	
O11	O11	Chronische Hypertonie mit aufgeplopfter Präeklampsie										x	
O12.0	O120	Schwangerschaftsödeme										x	
O12.1	O121	Schwangerschaftsproteinurie										x	
O12.2	O122	Schwangerschaftsödeme mit Proteinurie										x	
O13	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]										x	
Q61.0	Q610	Angeborene solitäre Nierenzyste				x							
Q61.1	Q611	Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv				x							
Q61.2	Q612	Polyzystische Niere, autosomal-dominant				x							
Q61.3	Q613	Polyzystische Niere, nicht näher bezeichnet				x							
Q61.4	Q614	Nierendysplasie				x							
Q61.5	Q615	Medulläre Zystenniere				x							
Q61.8	Q618	Sonstige zystische Nierenerkrankungen				x							
T86.19	T8619	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates											x
Z49.1	Z491	Extrakorporale Dialyse	x	x				x	x				
Z49.2	Z492	Sonstige Dialyse (Peritonealdialyse)			x				x				
Z52.4	Z524	Nierenspende									x		
Z94.0	Z940	Zustand nach Nierentransplantation								x			

Qualitätszuschläge Rationale Pharmakotherapie

Die Vertragspartner streben durch diesen Vertrag die Umsetzung einer Rationalen Pharmakotherapie an. Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt dabei voll gewahrt. Der FACHARZT soll für alle Patienten eine leitliniengerechte und unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung einer rationalen Pharmakotherapie erhält der FACHARZT sowohl in den Qualitätszirkeln gem. Anlage 2 als auch in der Vertragssoftware.

1. Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Die Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, insbesondere des niedergelassenen nephrologischen und hausärztlichen Bereichs, Apothekern und Ärzten der AOK sowie Vertretern von VNP BW und MEDIVERBUND 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.

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von 4,00 € pro Quartal auf die Grundpauschale P1 ausgezahlt wird, können von der AOK und vom 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.**

Falls ein FACHARZT in einem Quartal Arzneimittel außerhalb der Vertragssoftware verordnet und die Ermittlung einer oder mehrerer seiner Quoten dadurch verfälscht wird, kann der Zuschlag Rationale Pharmakotherapie für diesen FACHARZT für dieses Quartal auch im Nachhinein gestrichen und verrechnet werden.

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 Kassenärztliche 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 Ordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind:

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

Blau hinterlegt sind:

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

Orange hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel substituiert werden können, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden (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 FACHARZT wird empfohlen, im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen gegenüber 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 4,00 € wird aufgeteilt in

1. einen Zuschlag Rot (0,50 €),
2. einen Zuschlag Rabatt-Grün (2,50 €) und
3. einen Zuschlag Blau (1,00 €).

Die Zuschläge können einzeln ausgelöst werden und werden in Form von Prozentangaben ermittelt, indem zunächst die folgenden Indikatoren gebildet werden:

Indikator	Zähler	Nenner
Rot	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden
Rabatt-Grün	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind	Anzahl von Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag.
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, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden:

Rot	$\leq 3\%$
Rabatt-Grün	$\geq 90\%$
Blau	$\geq 70\%$

Über weitere Plausibilisierungsmaßnahmen verständigen sich die Vertragspartner und ergänzen diese Anlage.

Für die Zuschläge und deren Ausbezahlung werden die Abrechnungsdaten der AOK zugrunde gelegt. Bis zu einer Vereinbarung zur Umsetzung der entsprechenden Datenübermittlung werden die Verordnungsdaten der FACHÄRZTE zugrunde gelegt.

Entlastungsassistent/in in der Facharztpraxis („EFA[®]“)

Der Vergütung des im Rahmen des Facharztvertrages vereinbarten Vergütungszuschlages (siehe Vergütungstabelle) liegen folgende Rahmenbedingungen zugrunde:

Abrechnungsvoraussetzungen für FACHARZT und EFA[®]

1. Allgemeine Abrechnungsvoraussetzung

Teilnehmen können alle FACHÄRZTE, 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 und von der Landesärztekammer zertifizierten Weiterbildungslehrgang „EFA[®] Nephrologie“ in Baden-Württemberg.

Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Teilnahme am Lehrgang, insbesondere zum Curriculum des Lehrgangs, der Art und Form erforderlichen Abschlussprüfung und der Anerkennung von zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits in anderen Bundesländern oder nach anderen Curricula ausgebildeten EFAs, regelt der Beirat gemäß § 22 des Hauptvertrages.

- b) Die MFA muss mindestens ein Jahr Vorbeschäftigungszeit in einer Facharztpraxis oder vergleichbaren stationären Einrichtung mit Schwerpunkt nephrologischer Leistungen vorweisen. 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 EFA[®] sind seitens der Arztpraxis mittels des vorgeschriebenen Formvordrucks unverzüglich bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.
- c) Teilnahme der EFA[®] an mindestens einem von den Vertragspartnern organisierten Qualitätszirkel pro Kalenderjahr. Wird der Zuschlag innerhalb eines Kalenderjahres in nur zwei Quartalen oder weniger abgerechnet (unterjährige EFA[®]-Anerkennung zur Abrechnung), ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in diesem Kalenderjahr fakultativ.

3. Abrechnung des EFA-Zuschlages

Der EFA[®]-Zuschlag beträgt 5 Euro pro Quartal und wird auf die Vergütungspositionen P2a, P2c, P2d, P2e oder P2g erstmalig im Folgequartal nach Eingang des Nachweises der Qualifikation gemäß Ziffer 2. lit. a) bei der Managementgesellschaft und der Erfüllung der Voraussetzung gemäß Ziffer 2. lit. b) ausbezahlt.

Der EFA[®]-Zuschlag erfolgt nur dann, wenn die EFA[®]-Tätigkeit in einer Praxis mindestens 50% einer Vollzeitkraft entspricht. Pro Quartal und pro EFA[®]-Vollzeitkraft (wöchentliche Arbeitszeit mind. 38,5 Stunden) werden einer Praxis bis zu 200 EFA[®]-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 75% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 28 Stunden) werden einer Praxis bis zu 150 EFA[®]-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 50% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 19 Stunden) werden einer Praxis bis zu 100 EFA[®]-Zuschläge vergütet.

Bei nicht nachgewiesener Teilnahme der EFA[®] an einem Qualitätszirkel nach Ziffer 2. lit. c) bleibt der bereits ausgezahlte EFA[®]-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 EFA[®]-Zuschläge vollständig zurückgefordert und für die zukünftigen Quartale gestrichen. Erfolgt nach einer Streichung / Rückforderung eine erneute Teilnahme am Qualitätszirkel, wird der EFA[®]-Zuschlag ab dem Kalenderjahr, in dem der Qualitätszirkel erstmals wieder besucht wurde, erneut in voller Höhe vergütet.

Für Quartale, in denen keine EFA in der Arztpraxis tätig wird (Unterbrechungen siehe Nr. 2 lit. b)), kann kein EFA-Zuschlag abgerechnet werden.

Der EFA-Zuschlag kann nur abgerechnet werden, wenn die Aufgaben gemäß beiliegender Aufgabenübersicht entsprechend beachtet und umgesetzt werden.

ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Der FACHARZT 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 FACHARZT 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 weitest möglich auf technische Standards, die eine rechtliche und ökonomische Anschlussfähigkeit an zentrale Entwicklungen im Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur) ermöglichen.

Die elektronische Arztvernetzung startet mit drei Fachanwendungen. Mit der Teilnahme an dem Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen sowie zur adäquaten Nutzung bzw. Angebot an Patienten. Die Art und Weise der Nutzung der jeweiligen Fachanwendungen richtet sich nach der obligatorischen Anforderung und technischen Beschreibung gem. Anlage 10 des Nephrologie-Vertrages (Aufnahme in den Anforderungskatalog Vertragssoftware).

I. Fachanwendungen

Die elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

a) eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Der elektronische Versand des Musters 1a der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt im Rahmen des Nephrologie-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.

b) 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 eArztbriefes 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 FACHARZT erhält in seiner Vertragssoftware die Möglichkeit, einen eArztbrief zu erstellen. Das Praxisverwaltungssystem unterstützt ihn weitest möglich 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 FACHARZT 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 FACHARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

Abholung:

Der FACHARZT 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 abgeholt eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

b. Gerichteter Versand:

Dieser Versand dient dem FACHARZT 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 FACHARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder FACHARZT gibt bei seiner Teilnahmeerklärung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Orthopädie).

Abholung:

Der FACHARZT 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 abgeholt eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

c) 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 eine Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

II. Teilnahme des FACHARZTES

Die Teilnahme ist gegenüber der Managementgesellschaft durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach diesem Anhang des Nephrologie-Vertrags („Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung“) schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES wird der FACHARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung stimmt der FACHARZT 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 FACHARZTES

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

IV. Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung

Zur Ausschüttung des erfolgsbasierten Zuschlags im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung (EAV) müssen die beiden nachstehend genannten Voraussetzungen im jeweiligen Abrechnungsquartal erfüllt sein:

1) Strukturelle Quote - Teilnahmequote EAV (Grundvoraussetzung)

Die Teilnahmequote EAV für das jeweilige Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Anzahl der aktiv an der EAV gem. Ziffer II teilnehmenden HAUS- bzw. FACHÄRZTE, dividiert durch die Gesamtzahl aller an der HZV bzw. FACHARZTPROGRAMM teilnehmenden HAUS- bzw. FACHÄRZTE (außer teilnehmende Ärzte der Anlage 12a und Psychotherapeuten). Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um den prozentualen Anteil zu ermitteln.

Die zu erfüllenden Teilnahmequoten ergeben sich, bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr, aus der nachfolgenden Tabelle. Die Teilnahmequote ist nur dann erreicht, wenn mindestens die geforderten Anteile sowohl der HAUS- als auch der FACHÄRZTE erreicht werden.

Jahr	Anteil teilnehmender HZV-Ärzte	+	Anteil teilnehmender 73c/140a-Fachärzte
2020	50%		50%
2021	60%		60%
Ab 2022	75%		75%

2) Umsetzungsquote - Versichertenanteil mit Anwendung eArztbrief (eAB) oder HAUSKOMET (HK)

Die Umsetzungsquote für das jeweilige Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Anzahl der HZV-Versicherten, in deren Behandlung im betreffenden Quartal mindestens eine Fachanwendung (eAB oder HK gem. Ziffer I lit. b) oder c)) innerhalb der HZV oder der Facharztverträge eingesetzt wurde, dividiert durch die Gesamtzahl aller eingeschriebenen HZV-Versicherten (ohne Versicherte, die bei Kinder- und Jugendärzten gem. Anlage 12a eingeschrieben sind). Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um den prozentualen Anteil zu ermitteln.

Die zu erfüllende Umsetzungsquote ergibt sich, bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr, aus der nachfolgenden Tabelle.

Jahr	Anteil HZV-Versicherter mit Anwendung eAB und/oder HK an allen HZV-Versicherten
2020	10%
2021	12,5%

Ab 2022	15%
---------	-----

Nicht besetzt

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung des FACHARZTES auf Vertragsmäßigkeit 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). Zusätzlich führt die AOK eine solche Prüfung anhand der AOK-Abrechnung der Managementgesellschaft durch.
- (2) Die Prüfung erfolgt **insbesondere** anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen und der Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß ICD 10 (endstellig, korrekt, aktuell);
- (3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den FACHARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand (**Anlage 10**) übermittelten Dokumentation.
- (5) Die Managementgesellschaft erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem FACHARZT 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.
- (6) Die Managementgesellschaft und die AOK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige Abrechnungen von FACHÄRZTEN.
- (7) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach **Anlage 15** Anwendung finden.

- (8) 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.

Prüfwesen

Abschnitt I: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die AOK prüft die Abrechnungen der FACHÄRZTE 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 eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommenen FACHÄRZTE und sonstigen Ärzten und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der FACHARZT-Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Grundlage der ihr insoweit über die aus der Umsetzung des Vertrags hinaus vorliegenden Daten;
 - d) der Plausibilität von Verordnungen im Rahmen dieses Vertrags – auch in Verbindung mit Verordnungen aus der kollektivvertraglichen Versorgung soweit davon eingeschriebene Versicherte betroffen sind.
- (2) Die AOK kann (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung der FACHÄRZTE 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 im Rahmen der 24h-Rufbereitschaft gem. Anlage 9.1 (Anhang 9.1.4 Abs. 2) BMV-Ä) 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 Managementgesellschaft über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie diesen Vertrag betreffen.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die diesen Vertrag betreffen, kann die Managementgesellschaft den betroffenen FACHARZT 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 Managementgesellschaft in der Regel mit dem FACHARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der FACHARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens der Managementgesellschaft kann mit Zustimmung des FACHARZTES ein von VNP BW, MEDI Baden-Württemberg e.V. und/oder von der AOK vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der AOK hinzugezogen werden. Der FACHARZT kann einen Beistand, maximal 2 Personen, hinzuziehen. Für Prüfungen gemäß Abs. 1 lit. d) kann die Managementgesellschaft darüber hinaus auch FACHÄRZTE beauftragen, einen FACHARZT, der gemäß Abs. 1 auffällig ist, hinsichtlich der Klärung von Auffälligkeiten persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Sowohl die Managementgesellschaft als auch die von der Managementgesellschaft beauftragten FACHÄRZTE erhalten von der AOK zur Erfüllung ihrer Aufgabe die Adressen des betreffenden FACHARZTES, der gemäß Abs. 1 auffällig wurde, mitgeteilt. Zur Identifizierung der konkreten Fälle erhalten die Managementgesellschaft und die beauftragten FACHÄRZTE neben dem Sachverhalt und Zeitraum das Geburtsjahr und das Geschlechtsmerkmal des betroffenen, eingeschriebenen Versicherten mitgeteilt.

- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 und eine Abrechnungskorrektur durch die Managementgesellschaft nicht klären bzw. beseitigen (§ 19 Abs. 5 bzw. Abs. 9 des Vertrages), erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der Managementgesellschaft und der AOK zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann die Managementgesellschaft rechtliche Schritte gemäß § 8 Absatz 4 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 FACHARZT 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 Managementgesellschaft zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 13** auffordern. Die Managementgesellschaft 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 SGB X durchgeführt werden.

- (10) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung 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

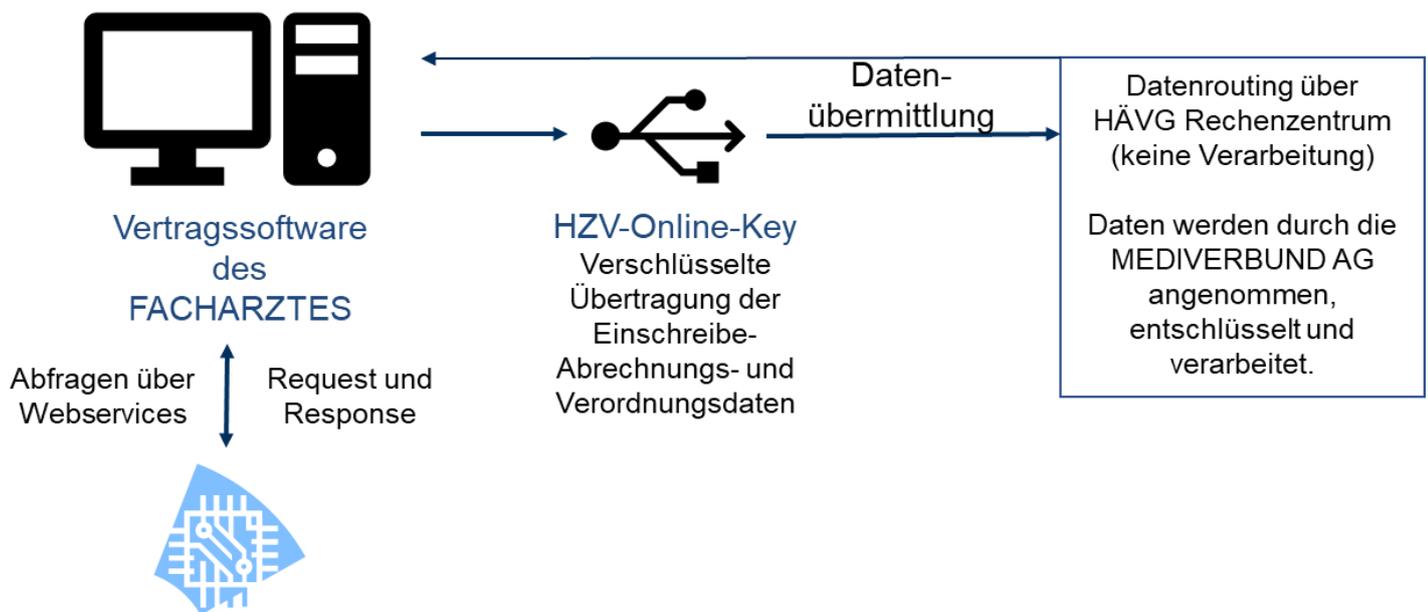
- (1) § 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt.
- (2) Wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106 SGB V und 106b SGB V von der Gemeinsamen Prüfungsstelle oder vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss ein rechtskräftiger Bescheid ausgestellt, ist MEDIVERBUND verpflichtet im Auftrag der AOK, den Anteil der Nachforderung, der auf die selektivvertragliche Versorgung nach diesem VERTRAG entfällt, bei dem FACHARZT einzufordern. Für die Fälle in denen FACHÄRZTE einer Verrechnung mit den Honorarzahungen zustimmen, muss MEDIVERBUND eine Verrechnung vornehmen und den Zahlungseingang sicherstellen. Eine Ratenzahlung ist auf max. 5 Monate begrenzt. Der FACHARZT wird über den festgesetzten Betrag durch ein Rechnungsstellungsverfahren in Kenntnis gesetzt. FACHÄRZTE ohne Honorarauszahlungen, z.B. aufgrund der Beendigung der Vertragsteilnahme oder Insolvenz, sind von der Regelung ausgeschlossen. Der Einzug wird in diesen Fällen von der AOK übernommen. Zudem erfolgt bei Regressforderungen über 15.000 EURO der Regresseinzug direkt durch die AOK. Gleiches gilt für FACHÄRZTE, die einer Aufrechnung/Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen widersprechen.

Datenschutz

Datenübermittlung

I. Schaubild der Datenübermittlung

Übermittlung der Einschreibe- und Abrechnungsdaten vom FACHARZT an die Managementgesellschaft:



HÄVG-Prüfmodul

Das HÄVG-Prüfmodul ist ein durch die Vertragssoftware der Selektivvertragspartner genutztes Modul, auf dem dieser Facharztvertrag aufsetzt, und enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Vertragliche und abrechnungsrelevante Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

II. Datenübermittlung vom FACHARZT an die Managementgesellschaft gem. § 295a Abs. 2 SGB V:

- Informationen über den abrechnenden Arzt (BSNR, LANR, MEDIVERBUND-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 HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Identifikator für den Facharztvertrag

- 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, Seitenlokalisation, 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)

III. Datenübermittlung von der Managementgesellschaft an die AOK

- Informationen über den abrechnenden Arzt (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, LANR und BSNR des überweisenden Arztes)
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Versichertennummer, Kassen-IK, Status, Geschlecht, Abrechnungsziffern, präventive bzw. kurative Behandlungsfälle, ICD-10 Diagnosen, OPS, Behandlungsdatum, Art der Inanspruchnahme)

IV. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft, der AOK und teilnehmenden FACHÄRZTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des Facharztvertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK und die teilnehmenden FACHÄRZTE gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Versicherteneinschreibung gem. § 4 des Facharztvertrages und der Abrechnung gem. Abschnitt V des Facharztvertrages 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 i.S.d. Art. 26 DSGVO.

1. Zweck der Verarbeitung:

- (1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK und den teilnehmenden FACHÄRZTEN nur zum Zweck der Erfüllung des Facharztvertrages 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 Facharztvertrages 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 besonderen Versorgung verarbeiteten Daten ergeben sich aus §§ 140a, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem Facharztvertrag.

2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT 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. Anlage 7.

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 Verarbeitungsablaufs.

6. Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.
- (2) Die Managementgesellschaft, die AOK und die FACHÄRZTE 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 verpflichten.
- (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.

V. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft und der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft und die AOK verarbeiten über den Regelungsbereich von **Ziffer III** hinaus im Rahmen dieses Vertrages gemeinsam die Daten der teilnehmenden FACHÄRZTE gemäß den Bestimmungen von **Abschnitt IV des Facharztvertrages**. 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 FACHÄRZTEN gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden FACHARZT werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der FACHARZT wird von der Managementgesellschaft im Rahmen der Teilnahmeerklärung der Ärzte (Anhang zu Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Ziffer VI) 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 FACHÄRZTE gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der FACHÄRZTE 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 jeweiligen Teilnahmeerklärungen der FACHÄRZTE.

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**.

VI. Information für den FACHARZT gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme und des Teilnahmeantrages am Facharztvertrag

- (1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den MEDI Baden-Württemberg e.V., den Verbund Nephrologischer Praxen in Baden-Württemberg (VNP) und die Managementgesellschaft zum Zweck der Teilnahme des Arztes an dem Facharztvertrag ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO in Verbindung mit dem Facharztvertrag nach § 140a SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. FACHARZTES. Er kennt den Inhalt des Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.
- (2) Empfänger der Daten des FACHARZTES sind die jeweilige Krankenkasse und Ihre Dienstleister sowie die Managementgesellschaft, MEDI Baden-Württemberg e.V. und der VNP.
- (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 FACHARZT 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:

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstr. 29
70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0
Fax: (07 11) 80 60 79-555
E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de

- (5) Datenschutzbeauftragter der MEDIVERBUND AG, Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart; Tel. 0711 80 60 79-0, ist Herr Markus Zechel (migosens Datenschutz Service Desk, Wiesenstraße 35, 45473 Mühlheim a. d. Ruhr, Tel.: 0208 993 95 112, Email: datenschutz@migosens.de, Internet: www.migosens.de).

- (6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die Managementgesellschaft sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Baden-Württemberg:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Hausanschrift:

Königstrasse 10 a

70173 Stuttgart

Postanschrift:

Postfach 10 29 32 70025 Stuttgart

Tel.: 0711/615541-0

Fax: 0711/615541-15

Anlage 17

Vertrag vom 01.04.2020 i.d.F. vom 01.07.2021
AOK-FacharztProgramm

Inhalt

Nephrologische Versorgung in Deutschland	2
Ziel des Versorgungsvertrags.....	2
Grundprinzipien des Versorgungsvertrags	3
Evidenzbasierte Medizin.....	3
Biopsychosoziale Versorgung	3
Schwerpunkte des Versorgungsvertrags.....	4
Schnittstelle Hausarzt (Allgemeinmedizin, Innere Medizin)/Nephrologe	5
Allgemeine Grundlagen fachärztlicher Versorgung	6
Chronische Nierenerkrankung.....	7
Förderung der Gesundheitskompetenz zur Progressionsverzögerung	7
Gemeinsame Entscheidungsfindung zur Auswahl des Nierenersatzverfahrens	12
Betreuung während einer Dialyse	13
Betreuung nach Transplantation	14
Betreuung bei Hypertonie.....	14
Literatur	15

Nephrologische Versorgung in Deutschland

Der demografische Wandel und westliche Lebensstil mit körperlicher Inaktivität, Übergewicht, fleischlastiger Ernährung sowie vermehrtem Tabak- und Alkoholkonsum sind eine gesellschaftliche Entwicklung, die das deutsche Gesundheitssystem stark beeinflusst. Folge dieser Entwicklung ist unter anderem eine Zunahme chronischer Erkrankungen und damit die einhergehende Multimorbidität der Patienten. Oftmals besteht zudem eine Polypharmazie.

Die chronische Niereninsuffizienz hat eine hohe Prävalenz von circa 10 % in Deutschland (1). Einen erheblichen Anteil tragen Patienten mit einer hypertensiven sowie diabetischen Nephropathie. Die Anzahl der Dialysebehandlungen ist hierin in den letzten Jahren kontinuierlich stark gestiegen. Derzeit werden in Deutschland etwa 80.000 Patienten dialysiert und jährlich etwa 18.000 neu eingeleitet (2). Darüber hinaus befinden sich 23.000 Patienten in der Nachsorge nach erfolgter Nierentransplantation. Die Zahl der Organspender in Deutschland ist jedoch auf einem Tiefstand und wird von der der Neuanmeldungen überschritten. Neben diesen Entwicklungen ist in viel stärkerem Maß die Zahl der Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz in den Stadien 3 und 4 angestiegen (1). Insgesamt hat dies Folgen für die herkömmliche Versorgungsstruktur. Die starke Fragmentierung des deutschen Gesundheitswesens mit überwiegend autark agierenden Sektoren wird hierin für Effizienzprobleme verantwortlich gemacht. (3–5). Eine unzureichende Koordination und Kooperation zwischen Hausärzten und Nephrologen sowie Dialysezentren aber auch Abstimmungsdefizite in den Bereich Prävention, Behandlung und Rehabilitation werden häufig als Hauptursachen identifiziert (5–7). Ebenfalls bewegt die zunehmende Arbeitsbelastung im Spannungsfeld von Personalangel, Wirtschaftlichkeit und Ambulantisierung den Fachbereich (8, 9). Ineffizienzen können sich in Versorgungsdiskontinuitäten sowie Behandlungsfehlern äußern. Daraus resultiert eine Über-, Unter- und Fehlversorgung (10).

Ziel des Versorgungsvertrags

Vor diesem Hintergrund zielt der Versorgungsvertrag – der Facharztvertrag Nephrologie – darauf ab, den eingeschriebenen Versicherten, die eine ambulant-nephrologische (Mit-) Betreuung benötigen, eine zielgerichtete, qualitätsgesicherte, zweckmäßige, evidenzbasierte und zeitnah zugängliche nephrologische Versorgung zu ermöglichen. Damit stellt der Vertrag eine Ergänzung zum HZV-Vollversorgungsvertrag nach § 73b SGB V dar. Er umfasst im Gegensatz zu der Sondervereinbarung „Blutreinigungsverfahren“, als eigenständiger Selektivvertrag gemäß § 140a SGB V, nicht nur die Versorgung mit renalen Ersatz- und extrakorporalen Dialyseverfahren, sondern bezieht sich auch direkt auf die nephrologische Behandlung und deren Indikationsstellungen. Eine abgestimmte, rechtzeitige nephrologische

Behandlung kann hierin nachweislich die Progression der Niereninsuffizienz verhindern bzw. verzögern (11). Spezialisierte nephrologische Leistungen, insbesondere die Prävention sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung und Betreuung während der Dialyse – auch verstärkt zur Heimdialyse – und nach Transplantation, sollen mit dem Versorgungsvertrag abgedeckt werden. Der Facharztvertrag Nephrologie soll daher einen wesentlichen Beitrag zur Defragmentierung der nephrologischen Versorgung sowie zur Minderung der Fehlversorgung leisten, die sich hier vor allem auf die chronische Nierenerkrankung bezieht.

Grundprinzipien des Versorgungsvertrags

Nachfolgend ein kurzer Überblick über die Grundprinzipien des Vertrags insbesondere die Evidenzbasierte Medizin (EbM) und biopsychosoziale Versorgung mit den Vertragsschwerpunkten.

Evidenzbasierte Medizin

Die vorliegende Anlage beinhaltet die evidenzbasierte Begründung zur Anlage 12, wie auch dort aufgeführt. Die Vorgehensweise orientiert sich an den anerkannten Standards der EbM. Zur Erhebung und Aufbereitung des aktuellen Wissensstandes erfolgte zunächst ein *Scoping Review* basierend auf Recherchen zur aktuellen Fachliteratur und relevanten Versorgungsstudien. Darüber hinaus wurden Leitlinien, wie die nationale Versorgungsleitlinie zu Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter (12), die interdisziplinäre Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas (13), Gesundheitsberichtserstattungen, Berichte der Landes- bzw. Bundesbehörden, statistischer und medizinischer Institute sowie medizinischer Fachgesellschaften gesichtet. Zur kritischen Beurteilung der Evidenz bezüglich Validität und Relevanz sowie zur Anpassung des Vertrages auf die lokalen Verhältnisse wurden auch maßgeblich unabhängige Nephrologen und Experten aus der hausärztlichen Versorgung hinzugezogen. Lokal bereits bestehende Vorarbeiten und Erfahrungen wurden einbezogen, da dies die Akzeptanz des Versorgungsvertrages erhöht.

Biopsychosoziale Versorgung

Der Facharztvertrag Nephrologie ist darauf ausgerichtet, eine holistische und umfassende Versorgung der nierenerkrankten Patienten im Sinne des biopsychosozialen Behandlungskonzepts zu stärken. Die Weltgesundheitsorganisation hat ein Orientierungsraster vorgelegt, das die Multidimensionalität von Gesundheit und den gesamten Lebenshintergrund der Patienten berücksichtigt (14). Das biopsychosoziale Modell bildet

dabei den Grundgedanken (15). Dieses beschreibt das komplexe Zusammenspiel zwischen Funktionsfähigkeit und den biologischen, psychischen sowie sozialen Determinanten. Es erlaubt die Integration verschiedener Perspektiven der Krankheitsentstehung und verknüpft die Kontextfaktoren in einem dynamischen Interaktionsgeflecht miteinander. Zum Erhalt der Funktionsfähigkeit bedarf es folglich im jeweiligen Kontext umweltbezogener und individueller Faktoren unterschiedlicher Unterstützung. Erst durch die Berücksichtigung dieser Komplexität lässt sich ein effektives präventives Konzept für nierenkranke Patienten ableiten (16).

Schwerpunkte des Versorgungsvertrags

Ein ausdrücklicher Schwerpunkt des vorliegenden Versorgungsvertrages wird entsprechend dem Gutachten des Sachverständigenrates auf die bessere Koordination und eine stärkere, interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Einbezug aller an der Patientenversorgung beteiligten Gesundheitsberufe gelegt (5). Folgende Bereiche mit Verbesserungspotenzial wurden ermittelt: Das Schnittstellenmanagement zwischen Haus- und Facharzt, die Förderung der Gesundheitskompetenz der Patienten sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung. Hierin wurde das multimodale nicht-medikamentöse Therapiekonzept ausführlich dargestellt (Anlage 17a), weil dadurch die Progredienz der Niereninsuffizienz bis zur Dialyse/Transplantation und darüber hinaus wesentlich beeinflusst bzw. verzögert werden kann (11, 17). Ebenfalls entsprechend der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) ist die frühzeitige Integration folgender sektorenübergreifender Maßnahmen unterstrichen worden (18):

1. Fachübergreifende Angebote zur Prävention von Nierenerkrankungen,
2. Maßnahmen zur Früherkennung von Nierenerkrankungen bei Risikopatienten,
3. Unterstützende Angebote wie z. B. durch Soziale Dienste.

Durch die vorausschauend gesicherte interdisziplinäre Versorgungskontinuität und Transparenz ist zu erwarten:

1. Ein verbessertes patientenrelevantes Outcome mit weniger Komplikationen und Hospitalisierungen, einer Progressionsverzögerung der Niereninsuffizienz und höherer Patientenzufriedenheit sowie Lebensqualität.
2. Eine Unterstützung der Arzt-Patient-Beziehung durch ein verlässlicher abgestimmtes rechtzeitiges Überweisungsmanagement sowie die Stärkung der biopsychosozialen und auch nicht-medikamentösen Versorgung.

3. Förderung der Patientensicherheit und Entscheidungsfindung v. a. hinsichtlich Arzneimitteltherapie und Behandlungsverfahren.

Schnittstelle Hausarzt (Allgemeinmedizin, Innere Medizin)/Nephrologe

Die Zusammenarbeit und der Wissensaustausch zwischen Hausärzten, fachärztlich tätigen Internisten und Nephrologen sind von zentraler Bedeutung. In Hinblick auf die Versorgungskoordination zeigt die Kommunikation zwischen Ärzten der Primär- und Sekundärversorgung Verbesserungspotenzial auf, die es zielgerichtet auszuschöpfen gilt. Eine strukturierte Dokumentation und Beschreibung der Nahtstellen bei Diagnostik und Behandlung von nierenkranken Patienten sowie die rechtzeitige Überweisung sind hierin zur Optimierung der Behandlungsergebnisse notwendig (8, 12, 19). Ziel ist, jene Patienten zu identifizieren, die einer intensivierten spezialistischen Versorgung bedürfen (18).

Laut des Abschlussberichts des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) nehmen Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (chronic kidney disease, CKD) noch unkoordiniert verschiedene Versorgungsangebote wahr und werden einem Nephrologen spät bzw. erst unmittelbar vor Dialysepflicht vorgestellt (20). Auch in einer systematischen Literaturrecherche von Navaneethan und Kollegen (7) mit vorwiegend Studien aus den USA und Europa trug die fehlende Kommunikation zwischen den Behandlern sowie die mangelnde Kenntnis der Überweiskriterien zu späten Zuweisungen bei. Folglich sind Doppeluntersuchungen und vermeidbare Akutdialysen Versorgungseffizienzen, die u. a. durch mangelnde Koordination bedingt sind (20). Eine Cochrane-Metaanalyse aus Studien, in der die frühe gegen die späte Überweisung zum Nephrologen hinsichtlich vieler Endpunkte untersucht wurde, konnte ferner belegen, dass eine möglichst frühe Überweisung zum Nephrologen zu einer Senkung der Mortalität und Hospitalisierung dieser Patienten führt (21). Zudem ist eine frühere Überweisung mit einer höheren Akzeptanz von Peritonealdialysen, einer zeitgerechten Planung sowie adäquaten Vorbereitung des Patienten zur Nierenersatztherapie assoziiert (21). Dadurch wird ebenfalls die Umsetzung einer informierten Entscheidungsfindung und die Identifikation von Lebendspendern für die Nierentransplantation ermöglicht (11).

Obgleich Leitlinien eine wichtige Orientierungshilfe für ärztlich-therapeutisches Handeln darstellen und einen wesentlichen Einfluss auf die klinische Routine und Forschung haben, werden sie kontrovers diskutiert und zeigen Unstimmigkeiten bezüglich einer differenzierten Überweisungsstrategie auf (11). Im Rahmen der aktuell fertigzustellenden Leitlinie der

Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wurde ein mit der DGfN konzertiertes Kriterien-Raster erstellt. Bei der Überweisung sollten hier insbesondere Alter, Komorbiditäten, Patientenpräferenz und Allgemeinzustand in die Überlegungen einbezogen werden. Zur verbesserten Koordination zwischen haus- und fachärztlichem Bereich sollte die Überweisung vom Hausarzt zum Nephrologen u. a. mit (Begleit-) Diagnosen, Vorbefunden und Medikamentenplan erfolgen (22). Die Therapieempfehlungen des Nephrologen sollten schließlich schriftlich und zügig mitgeteilt werden. Ein strukturierter Befundbericht an den Hausarzt sollte relevante Diagnosen bzw. Begleit- und Grunderkrankungen mit korrekter endstelliger International Classification of Diseases (ICD)-Kodierung, Laborparameter, Therapieempfehlungen mit Kriterien zur erneuten Vorstellung sowie biospsychozialen Versorgungskonzept enthalten. Folgeverordnungen werden vom Hausarzt ausgestellt, sofern dieser diese verordnen kann und möchte. Zur Verbesserung der zunehmend komplexen Koordinierung von Patienten können im Rahmen des Facharztvertrags Nephrologie Entlastungsassistenten in der Facharztpraxis (EFA) im Sinne eines interprofessionellen und teamorientierten Ansatzes beteiligt werden.

Allgemeine Grundlagen fachärztlicher Versorgung

Der Versorgungsauftrag umfasst eine alle Krankheitsstadien übergreifende und umfassende Behandlung und interdisziplinäre Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und den Möglichkeiten des Patienten angepasste Versorgungsorganisation und -steuerung. Die Basisdiagnostik sollte nach standardisierten Qualitätsmaßstäben erfolgen und die Therapiemaßnahmen entsprechend den aktuellen Leitlinien angeboten werden. Für die optimale Therapie hat die Kombination von medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen eine hohe Relevanz (11). Nierenerkrankte Patienten sollten hierin zur Modifikation des Lebensstils ermutigt werden, da sie darunter in Hinblick auf die Morbidität und Mortalität profitieren (23). Zudem sollte die ganzheitliche Beratung eine Medikamenten- und Alkoholanamnese (24), die Überprüfung des Impfstatus sowie eine Unterstützung zur Rauchentwöhnung erhalten (25). Dazu sind gegebenenfalls geeignete Maßnahmen einzuleiten. Die körperliche Aktivität (23), Gewichtsoptimierung und die individuelle Ernährungsberatung (26) sollten unterstützt und über eine umschriebene Rehabilitationsmaßnahme hinaus aufrechterhalten werden. Insbesondere sollten die individuellen biospsychozialen Faktoren des Patienten beim Risikofaktoren-Management berücksichtigt werden (15). Ein Bestandteil dieser Anlage ist die Anerkennung der Bedeutung des Beitrags des Sozialen Dienstes der Krankenkasse und der EFA, der sich durch innovative

Projekte auszeichnet. Das weitere Betreuungsmanagement und die Wiedervorstellungsfrequenz der Patienten beim Nephrologen richten sich nach Art, Verlauf, Prognose, Diagnostik und Therapie der Erkrankung. Darauf aufbauend folgt die Ausführung hinsichtlich der Versorgung von Patienten mit chronischer Nierenerkrankung.

Chronische Nierenerkrankung

Im Vordergrund der nephrologisch-internistischen Versorgung stehen gemäß der demographischen Entwicklung Patienten mit chronischer Nierenerkrankung (27). Zum Verlust der Nierenfunktion kommt es durch primäre Nierenerkrankungen, aber auch durch eine Vielzahl von nicht krankheitsspezifischen Mechanismen. Das zunehmende Auftreten der Kombinationen aus Zivilisationskrankheiten wie der arteriellen Hypertonie, dem Diabetes mellitus, der koronaren Herzerkrankung (KHK) und Dyslipidämien spielen dabei gemäß dem Sachverständigenrat (2009, 2012) eine wesentliche Rolle. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist dabei auf Alter- und Geschlechtsunterschiede hin (28). Angesichts des Risikos der kardiovaskulären Ereignisse und der Dialysepflichtigkeit bei fortschreitender chronischer Nierenerkrankung sollte die Progression durch medikamentöse, nicht-medikamentöse, alters- und geschlechtssensible Maßnahmen verzögert werden. Die Beratungsinhalte des Versorgungsvertrages zur Reduzierung der Fehlversorgung werden im Nachfolgenden besprochen. Im Sinne der biopsychosozialen Herangehensweise sollte die strukturierte Umsetzung jener Beratungsinhalte sowie die Unterstützung der Patienten ebenfalls durch die EFA gefördert werden.

Förderung der Gesundheitskompetenz zur Progressionsverzögerung

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz und damit – in engem Zusammenhang stehend – die zielgerichtete Patienteninformation sind an allen Schnittstellen der Versorgung zu sehen und ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Patienten mit CKD (29, 30). Die Gesundheitskompetenz umfasst dabei die Fähigkeit zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, -prävention und Gesundheitsförderung (31). Sie ist einerseits erforderlich, um dem Zuwachs an Entscheidungsmöglichkeiten entsprechen zu können, andererseits um den gestiegenen Anforderungen der Entscheidungsverantwortung gerecht zu werden (32). Durch eine strukturierte Förderung der Gesundheitskompetenz soll der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden (16, 33). Dabei ist eine maßgebliche Voraussetzung die ausreichende Transparenz und Unabhängigkeit der Gesundheitsinformationen (34).

Aufklärung zur Nierenfunktion und zum Krankheitsbild

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten – das Patientenrechtegesetz – begründet umfangreiche Informationspflichten des behandelnden Arztes insbesondere zur Diagnose, der voraussichtlichen gesundheitlichen Entwicklung sowie zu erwartenden Folgen und Risiken der Therapie (35). Ebenfalls empfehlen nationale Programme und CKD-Leitlinien einheitlich über die Diagnose in verständlicher Weise und adressatengerecht aufzuklären (12, 29, 30, 34).

Auf dem Gebiet der CKD existieren viele Forschungsarbeiten zu den Auswirkungen der Gesundheitskompetenz auf patientenrelevantes Outcome, obgleich es zu den kausalen Effekten wenig robuste Evidenz gibt. Die vorhandene wissenschaftliche Evidenz weist jedoch statistisch signifikante Assoziationen auf und zeigt eindrücklich, dass Gesundheitskompetenz und Gesundheitsstatus eng miteinander zusammenhängen. Am deutlichsten zeigte sich eine Risikoerhöhung für Patienten mit niedriger Gesundheitskompetenz in Hinblick auf die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen, auf das Aufsuchen der Notfallaufnahme und die Mortalität (36). Die gemeinsame Entscheidungsfindung hingegen kann das Patientenwissen erhöhen, vorhandene Unsicherheiten abbauen und zu einer realistischeren Erwartung gegenüber Therapieergebnissen führen (37). Ebenfalls kann dadurch die Patientenzufriedenheit verbessert werden (38). Viele Patienten mit CKD geben zudem den Wunsch nach mehr Informationen bezüglich der Erkrankung, den Therapieoptionen, der Pflege eines Gefäßzugangs und der Medikation an (39). Während Manson und Kollegen (40) in ihrem systematischen Übersichtsartikel randomisierter Studien sowie Lopez-Vargas und Kollegen (41) den Nutzen spezieller Schulungen für Patienten mit CKD auf Grund der Heterogenität der Interventionen nicht belegen konnten, schlussfolgerten sie, dass „gut konzipierte, interaktive, häufige und vielseitige Schulungsinterventionen, die sowohl Einzel- als auch Gruppensitzungen beinhalten, das Wissen, Selbstmanagement und die Behandlungsergebnisse der Patienten“ positiv beeinflussen können (41).

Die Ergebnisse von nationalen und internationalen Studien verweisen jedoch auf vorhandene Defizite einer hinreichenden CKD- und Behandlungsaufklärung (42, 30, 43). Daher zielt der Versorgungsvertrag darauf ab, gemäß bestmöglicher Evidenz die Gesundheitskompetenz durch gemeinsam abgestimmte, strukturierte Maßnahmen und Angebote – damit basierend auf Wissensvermittlung und Motivationsverstärkung – zu fördern. Versorgungsinhalte sollten insbesondere gemäß Anlage 12 sein:

- Erläuterung zum Krankheitsbild und zur Nierenfunktion
- Medikamentöse Beratung zu Wechselwirkungen, Komplikationen, zu alters- und geschlechtsspezifischen Medikation, auch zu Wechselwirkungen mit der Ernährung, dem Flüssigkeitsmanagement, zu Begleit- und Grunderkrankungen usw. auch mit dem Ziel der Progressionsverzögerung vor dem Nierenersatzverfahren
- Nicht-medikamentöse Beratung einschließlich präventiver Information und motivationaler Beratung zu Rauchstopp, zur Gewichtsoptimierung, Ernährung und körperlichen Aktivität.

Im Rahmen des Facharztvertrags Nephrologie adressiert zudem eine strukturierte unabhängige Patienteninformation wie Angebote zu den o. g. Themen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in das Leistungsspektrum integriert werden können. Durch die Materialien soll eine aktive Patiententeilnahme an Informations- und Entscheidungsprozessen gefördert werden (10). Weil Medien für viele Menschen eine der Hauptquellen für Gesundheitsinformationen bilden und einen starken Einfluss auf individuelle Gesundheitsentscheidungen haben (44), können überdies Film- bzw. Video- als auch Audiounterstützung genutzt werden, z. B. Filme der DGfN unter www.dgfn.eu zur Funktion der Niere, zur Dialyse und Transplantation. Auch sei auf die Patientenleitlinien unter www.awmf.org hingewiesen. Ferner erfüllt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Veröffentlichung von www.gesundheitsinformation.de einen Teil seines gesetzlichen Auftrages zur Aufklärung der Öffentlichkeit in gesundheitlichen Fragen. Eine Website des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) richtet sich mit einem breiten Themenspektrum an erkrankte wie auch gesunde Bürgerinnen und Bürger unter www.patienten-information.de. Das ÄZQ ist hierin eine Gesellschaft des bürgerlichen Rechts und als förderungsfähige Einrichtung zur Verbraucher- und Patientenberatung gemäß § 65b SGB V anerkannt.

Medikamentöse Beratung auch zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Im Rahmen des Facharztvertrags sollen engmaschige Medikamentenreviews sowohl durch den Facharzt als auch den Hausarzt ermöglicht werden. Eine umfassende Übersicht über die verordneten Medikamente und die Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) sollen hierin zu einer gezielteren Leistungssteuerung führen (5). Gerade angesichts der Multimorbidität und Polymedikation von niereninsuffizienten Patienten kommt der AMTS eine besondere Bedeutung zu.

Die Gabe von nephrotoxischen Pharmakotherapeutika sollte in der Niereninsuffizienz vermieden werden (19). Es sei auf die klassischen nicht-steroidalen Antiphlogistika und einige Antibiotika hingewiesen. Ferner sollten Medikamente je nach Nierenfunktion gemäß Alter und Geschlecht angepasst bzw. ein adäquates Monitoring bei indizierter, potenziell nephrotoxischer Therapie eingeleitet werden. Auch sollte durch die sorgfältige Beratung Komplikationen wie z. B. die Hyperkaliämie oder eine Dehydratation aufgrund von Diuretika oder die Hyperhydratation als häufige Hospitalisierungsursachen in Folge von Fehlmedikation und/oder -Ernährung verhindert werden. Zusätzlich müssen andere nephrotoxische Schädigungsmechanismen in der Diagnostik berücksichtigt werden.

Auf die Empfehlungen der Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org) und deren Fachgesellschaften „Gemeinsam Klug Entscheiden“ soll hingedeutet werden (45). Die Nutzung von Webseiten wie www.dosing.de, www.embryotox.de und www.priscus.net können hierin zu der Förderung einer adäquaten alters- und geschlechtsspezifischen Beratung beitragen.

Nicht-medikamentöse informative und motivationale Beratung zu Risikofaktoren

Insbesondere die fehlende Zeit und Vergütung sowie eine unzureichende Ausbildung im Umgang mit nicht-medikamentösen Themen stehen einer Intensivierung ärztlicher Lebensstilberatung als Hindernis entgegen (20). Mit dem hiesigen Versorgungsvertrag sollen diese Barrieren abgebaut werden. Aufbereitete evidenzbasierte Informationen zur nicht-medikamentösen Therapie sowie zu Präventionsmaßnahmen können gezielt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz beitragen (10, 46). Im Folgenden soll auf die Relevanz des Nikotinstopps, der körperlichen Aktivität, der Ernährung und der Gewichtsoptimierung eingegangen werden. Weitere Details sind in der Anlage 17a ausgeführt.

Rauchstopp

Epidemiologische Daten legen einen engen Zusammenhang zwischen Nikotinkonsum und einer CKD-Progression nahe (47, 48). Nach metaanalytischer Zusammenfassung von Xia und Kollegen wird durch das Rauchen das relative Risiko für eine CKD um 50 % erhöht (49). Eine einfache kurze ärztliche Beratung ist bereits effektiv, um die Nikotinkarenz um zusätzliche 1-3 % über die spontanen Rauchstopp-Raten zu erhöhen (50). Es ist hierin wichtig die Beratung im Zusammenhang mit der Tabakanamnese wiederholt durchzuführen (51, 52). Höhere Anteile an Patienten, die mit dem Rauchen aufhören, können durch intensivere Beratung

erreicht werden (53, 54). Das Rauchfreiprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist unter www.rauchfrei-info.de abrufbar.

Empfehlungen zur Bewegungsförderung

Regelmäßige körperliche Bewegung wird von allen CKD-Leitlinien empfohlen (12, 55). Es bestehen deutliche Wechselbeziehungen zwischen körperlicher Inaktivität und dem Krankheitsverlauf sowie einer Vielzahl von Begleiterkrankungen (56, 57). Viele Studien der letzten Jahre konnten zudem zeigen, dass regelmäßige körperliche Aktivität die Mortalitätsraten in erheblichem Umfang reduzieren kann (58). Weltweit setzt sich dementsprechend die Erfahrung durch, dass körperliche Aktivität rezeptiert werden kann (59, 60). Beispielweise ist hier die Webseite www.dosb.de des Deutschen Olympischen Sportbunds (DOSB), einer regierungsunabhängigen Dachorganisation des deutschen Sports, zu nennen.

Ernährungsberatung

Im Fokus der Ernährungsberatung sollten die Verhinderung einer mortalitätsfördernden Fehl- bzw. Mangelernährung sowie die Verbesserung der Lebensqualität stehen. Weitere Ziele sind die Senkung des hohen kardiovaskulären Risikos, die Kontrolle des metabolischen Syndroms und das Verhindern ernährungsassoziierter Komplikationen wie zum Beispiel der Hyperkaliämie und -hydratation (61). Die ernährungsmedizinischen Ziele sowie Empfehlungen bezüglich Kalium, Phosphat, Kochsalz und Kalorien unterscheiden sich je nach CKD-Stadium (62). Ab Stadium 4 der CKD kann eine individualisierte Ernährungsberatung unter Berücksichtigung der bisherigen Ernährungsgewohnheiten sinnvoll sein. Selbstmanagement-Strategien der Patienten zur Korrektur von Fehlverhalten bei der Ernährung sollten im Sinne der Stärkung von Eigenverantwortung und Selbstsorge bei CKD hierin gefördert werden (16).

Gewichtsoptimierung

Übergewicht und die Proteinurie sind am stärksten mit der terminalen CKD assoziiert. Auch ist die Adipositas der wichtigste Risikofaktor für die arterielle Hypertonie, die Hypercholesterinämie, Diabetes und Promotor des metabolischen Syndroms (13). Interventionen bezogen auf das Gewicht, zeigen neben kardiovaskulären auch renale Vorteile auf und beeinflussen den Krankheitsverlauf positiv (63).

Gemeinsame Entscheidungsfindung zur Auswahl des Nierenersatzverfahrens

Grundlegender Bestandteil der Versorgung terminal niereninsuffizienter Patienten ist die Nierenersatztherapie mit ihren unterschiedlichen Methoden. Hierbei werden Entscheidungen getroffen und Behandlungen durchgeführt, die Einfluss auf die Mortalität und die Lebensqualität haben z. B. die Wahl des Nierenersatzverfahrens, eine Änderung des Verfahrens. Eine rechtzeitige Planung und Vorbereitung der Nierenersatztherapie kann hierin die Häufigkeit von Komplikationen und das Mortalitätsrisiko nachweislich senken (21). Da die Nierentransplantation als Nierenersatzverfahren mit einer prognostisch hohen Lebenserwartung einhergeht, sollte unter Beachtung der absoluten und relativen Kontraindikationen eine rechtzeitige Evaluation ggf. mit der Option einer Lebendspende erfolgen. Auf Grund der zunehmenden Diskrepanz zwischen der Anzahl der Spenderorgane und der Wartelistenpatienten ist die Nierentransplantation als bevorzugter Therapiepfad jedoch nicht unmittelbar verfügbar.

Die Peritonealdialyse (PD) als das führende Heimdialyseverfahren ist neben der Hämodialyse (HD) ein etabliertes Nierenersatzverfahren. Es hat eine vergleichbare Lebenserwartung und weist in den ersten Jahren der Therapie sogar eine geringere Mortalität auf (64, 65). Das „integrated care“ Konzept – mit der Sequenz PD-Beginn und einem anschließenden Wechsel zur HD – gewinnt immer mehr an Gewicht und wird in vielen Studien für einzelne Patientengruppen, insbesondere Diabetiker, unterstützt (66). Die Vorteile der PD als primäres Dialyseverfahren sind dabei der Erhalt der renalen Restfunktion, die Schonung der Armgefäße für die spätere Anlage des Gefäßzugangs sowie die fehlende kardiale Belastung durch einen Shunt (64), aber auch eine hohe Lebensqualität bei erhaltener Patientenautonomie (67). Der Gesamtanteil der Patienten in Deutschland, die mit PD behandelt werden, liegt jedoch unter 5 % (67). Der kritische Zeitpunkt der Behandlungsaufklärung und die gleichzeitige Shuntanlage scheinen die HD vorzubestimmen und die Wahl anderer Behandlungsoptionen (21), einschließlich der Palliativmedizin, zu beeinflussen. Eine Bevorzugung des Status quo kann erklären, warum Patienten oft auf ihrer Ersttherapie bleiben (68). Der Beratungsausschuss des European Renal Best Practice (ERBP) Rates empfiehlt daher, die Therapieentscheidung in erster Linie vom gut informierten Patienten treffen zu lassen (42):

1. Infolgedessen sollten nephrologische Zentren das gesamte Spektrum der möglichen Behandlungsverfahren anbieten bzw. mit spezialisierten Zentren kooperieren, um die Wahl des geeignetsten Verfahrens zu ermöglichen.
2. Alle Patienten und auf Wunsch auch Angehörige bzw. Bezugspersonen sollten mittels strukturiertem Schulungsprogramm adäquat über die unterschiedlichen

Nierenersatztherapien aufgeklärt werden. Dies sollte auch für Patienten gelten, die spät zugewiesen oder Diejenigen, die notfallmäßig dialysiert wurden.

Der Sachverständigen Rat (5) unterstreicht dabei die partizipative Entscheidungsfindung, „also das gemeinsam verantwortete Erarbeiten gesundheitsrelevanter Entscheidungen durch den Arzt und Patienten“ (69). Durch die informierte Mitwirkung des Patienten, Entscheidungen gemäß seiner Präferenzen zu treffen, erfolgt die Steuerung der Versorgung (5). Hinzufügend gibt es laut AQUA-Abschlussbericht Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Beratung u. a. zum Beruf, zu Freizeitbeschäftigungen, Kindern, Ernährung und zur Aufklärung über Risiken und längerfristigen medizinischen, psychologischen und sozialen Auswirkungen (20).

Eine rechtzeitige Aufklärung soll helfen, die Wahl des geeigneten Behandlungsverfahrens zu treffen. Besonderheiten unterschiedlicher Patientengruppen sollten dabei berücksichtigt bleiben und im Sinne einer standardisierten gemeinsamen Entscheidungsfindung diskutiert werden. Ein individualisiertes Coaching, das auch die Klärung der Präferenzen einschließt, kann eine informierte individuelle Entscheidung ermöglichen (10). Bei der Betreuung hochbetagter Patienten mit fortgeschrittener CKD und stark reduzierter Lebenserwartung ist eine konservative Therapie ohne Dialyse bzw. eine spezialisierte palliative Versorgung in Erwägung zu ziehen. Es sollten daher alle Anstrengungen unternommen werden, sich auf die Förderung der Patientenpräferenzen zu konzentrieren und die Entscheidungsfindung partizipativ zu gestalten (70). Der standardisierte Dokumentationsbogen sowie Aufklärungsbogen der DGfN (www.dgfn.eu) können hier als Grundlage dienen. Durch die Bereitstellung evidenzbasierter Patienteninformationen soll ebenfalls ein Beitrag zur Verringerung von Über-, Unter- und Fehlversorgung geleistet werden (5).

Betreuung während einer Dialyse

Eine adäquate Betreuung der Patienten während der Dialysetherapie ist von entscheidender Rolle und sollte zur Minderung von Komplikationen und des Hospitalisierungsrisikos beitragen. Dabei sollten Qualitätsstandards durch regelmäßige Beurteilung der Effizienz sichergestellt werden (65). Ferner kann das betreuende nephrologische Zentrum auf eine Reihe medikamentöser und nicht-medikamentöser Beratungsinhalte zur Förderung der Gesundheitskompetenz zurückgreifen, um die Dialysepatienten, die häufig mit existentiell wichtigen Fragen und vielfältigen Einschränkungen im alltäglichen Leben konfrontiert werden, zu unterstützen. Die Gesundheitskompetenz sollte hierin indikations- und zielgruppenspezifisch gefördert werden. Der Dialysezeitraum bietet die Möglichkeit der

Durchführung eines regelmäßigen Programms zur körperlichen Aktivität unter fachlicher Betreuung. Nach metaanalytischer Zusammenfassung hochwertiger randomisierter, kontrollierter Studien haben Sportprogramme positive Effekte auf die körperliche Leistungsfähigkeit der Patienten gezeigt (71). Ferner können Dialysepatienten von einer Ernährungsberatung und einem Flüssigkeitsmanagement profitieren. Mit der Digitalisierung sind entsprechende Werkzeuge in greifbarer Nähe (72, 73).

Betreuung nach Transplantation

Die Anforderungen an die langjährige Nachsorge nach erfolgter Nierentransplantation sind komplex und erfordern eine enge ärztliche Betreuung der Patienten. In der Nachsorge ist die frühzeitige Erkennung und Behandlung möglicher Komplikationen besonders wichtig. Hier seien nicht nur die gefürchteten chronischen oder akuten Abstoßungsreaktionen zu nennen, sondern ebenfalls postoperative Komplikationen, der Posttransplant-Diabetes, die arterielle Hypertonie und die steroidinduzierte Osteoporose. Darüber hinaus muss das erhöhte Malignomrisiko sowie opportunistische Infektionen unter Langzeitimmunsuppression beachtet werden. Ferner muss an Nebenwirkungen gedacht und die Immunsuppression durch entsprechende Blutspiegelkontrollen regelmäßig überprüft werden.

Die Nachsorge erfordert eine enge Zusammenarbeit und Koordination aller beteiligten Fachdisziplinen und weiterer Fachberufe im Gesundheitswesen sowie die Einbeziehung aller an der Versorgung beteiligten Organisationen. Ziel sollte die Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Integration des Patienten sein. Ein multidisziplinäres Unterstützungsnetzwerk sollte hierin integraler Bestandteil der Versorgung sein, in dessen Mittelpunkt der Patient steht (74, 6, 75, 76). Durch die Stärkung der biopsychosozialen Betreuung ist eine erfolgreiche Teilhabe am Leben und die bestmögliche Lebensqualität des Patienten zu erreichen (15).

Betreuung bei Hypertonie

Eine frühzeitige interdisziplinäre Abklärung zur Diagnosesicherung kann bei einer neu aufgetretenen Hypertonie in der Schwangerschaft bzw. einer nötigen Umstellung der antihypertensiven Therapie bei bekannter Hypertonie und geplanter Schwangerschaft notwendig sein, um die Morbidität und Mortalität von Müttern, Föten und Neugeborenen zu senken (77). Die frühzeitige Erkennung der Ursachen zur Einleitung kurativer Interventionen ist bei sekundärer Hypertonie und das Management einer therapie-refraktären Hypertonie wichtig (78). Medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Therapiestrategien gemäß

Ursachen und Grunderkrankungen sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz sollten nach aktuellem Stand der evidenzbasierten Medizin und abhängig von Risikofaktoren, Grunderkrankungen und Folgekomplikationen erfolgen.

Literatur

1. Bruck K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Volzke H, Arnlov J et al. CKD Prevalence Varies across the European General Population. *Journal of the American Society of Nephrology*: JASN 2016; 27(7):2135–47.
2. Medical Netcare GmbH. Jahresbericht Datenanalyse Dialyse für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Berichtsjahr 2013.: Berichtsjahr 2013. Available from: URL: www.medical-netcare.de/qsd.php.
3. Fischer G, Rosenbrock R, Kuhlmeier A et al. Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit; Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung: Deutscher Bundestag; 2001. Drucksache 14/6871 [cited 2018 Aug 9]. Available from: URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/068/1406871.pdf>.
4. Wang V, Diamantidis CJ, Wylie J, Greer RC. Minding the gap and overlap: a literature review of fragmentation of primary care for chronic dialysis patients. England; 2017 Aug 29.
5. Sachverständigenrat. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche Gutachten 2014.
6. Nicoll R, Robertson L, Gemmell E, Sharma P, Black C, Marks A. Models of care for chronic kidney disease: A systematic review. *Nephrology* 2018; 23(5):389–96.
7. Navaneethan SD, Aloudat S, Singh S. A systematic review of patient and health system characteristics associated with late referral in chronic kidney disease. England; 2008 Feb 25.
8. Johns TS, Yee J, Smith-Jules T, Campbell RC, Bauer C. Interdisciplinary care clinics in chronic kidney disease. *BMC Nephrol* 2015; 16:161.
9. Alscher MD. Zukunft der Nephrologie. *Dialyse aktuell* 2018; 22(02): 66.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung Gutachten 2018.
11. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *Lancet* 2012; 379(9811):165–80.
12. Nationale VersorgungsLeitlinie. Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter. Langfassung. 2010.
13. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“; 2014. Available from: URL: https://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014.pdf.
14. Schuntermann MF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Kurzdarstellung. *Phys Med Rehab Kuror* 2001; 11(6): 229-230.
15. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodyn Psychiatry* 2012; 40(3):377–96.
16. Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4.th ed.: Hans Huber; 2014.
17. Kuhlmann U, Hoyer J. Kann man die Progression der chronischen Niereninsuffizienz verzögern? *Internist* 2008 [cited 2019 Aug 6]; (49;4):451–64. Available from: URL: <https://doi.org/10.1007/s00108-008-2023-1>.
18. Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin. Praxisratgeber Nephrologie, 2015 [cited 2019 June 14]. Available from: <https://www.dgfn.eu/praxisratgeber.html>.

19. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. *JAMA* 2019; 322(13):1294–304.
20. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen – Abschlussbericht: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016.
21. Smart NA, Dieberg G, Ladhani M, Titus T. Early referral to specialist nephrology services for preventing the progression to end-stage kidney disease. England; 2014 Jun 18.
22. National Kidney Disease Education Program [cited 2019 Jun 3]. Available from: URL: www.niddk.nih.gov/health-information/communication-programs/nkdep/identify-manage-patients/manage-ckd/collaborate-nephrologist.
23. MacKinnon HJ, Wilkinson TJ, Clarke AL, Gould DW, O'Sullivan TF, Xenophontos S et al. The association of physical function and physical activity with all-cause mortality and adverse clinical outcomes in nondialysis chronic kidney disease: a systematic review. *Ther Adv Chronic Dis* 2018; 9(11):209–26. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30364521>.
24. Cheungpasitporn W, Thongprayoon C, Kittanamongkolchai W, Brabec BA, O'Corragain OA, Edmonds PJ et al. High alcohol consumption and the risk of renal damage: a systematic review and meta-analysis. England; 2015 Jul.
25. Johns TS, Tee J, Smith-Jules T et al. Interdisciplinary care clinics in chronic kidney disease. *BMC Nephrology* 2015, 16:161.
26. Palmer SC, Maggo JK, Campbell KL, Craig JC, Johnson DW, Sutanto B et al. Dietary interventions for adults with chronic kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4(4):CD011998-CD011998. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28434208>.
27. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013 Jul 20, 382(9888):260-72.
28. Robert Koch-Institut. Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014; Berlin.
29. Narva AS, Norton JM, Boulware LE. Educating Patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2016; 11(4):694.
30. Abdi Z, Gallagher H, O'Donoghue D. Telling the truth: why disclosure matters in chronic kidney disease. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners* 2012; 62(597):172–3.
31. Sorensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. England; 2012 Jan 25.
32. Pelikan JM GK. Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse.: Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Hogrefe, Bern 2017:93–126.
33. Taylor DM, Fraser SDS, Bradley JA, Bradley C, Draper H, Metcalfe W et al. A Systematic Review of the Prevalence and Associations of Limited Health Literacy in CKD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2017; 12(7):1070.
34. Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken.: Berlin. KomPart 2018. Available from: URL: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/warum-ist-gesundheitskompetenz-wichtig/>.
35. BMJV, Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. Patientenrechte. 2018 [cited 2018 May 4]. Available from: URL:

www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Patientenrechte/Patientenrechte_node.html.

36. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ravanan R et al. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association* 2018; 33(9):1545–58.
37. Murray MA, Brunier G, Chung JO, Craig LA, Mills C, Thomas A et al. A systematic review of factors influencing decision-making in adults living with chronic kidney disease. *Ireland*; 2009 Aug.
38. Briggs LA, Kirchhoff KT, Hammes BJ, Song MK. Patient-centered advance care planning in special patient populations: A pilot study. *J Prof Nurs* 20: 47–58, 2004.
39. Lewis AL, Stabler KA, Welch JL. Perceived Informational Needs, Problems, or Concerns among Patients With Stage 4 Chronic Perceived Informational Needs, Problems, or Concerns among Patients With Stage 4 Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal*. 2010;37(2):143-149.
40. Mason J, Khunti K, Stone M, Farooqi A, Carr S. Educational interventions in kidney disease care: a systematic review of randomized trials. *United States*; 2008 Jun.
41. Lopez-Vargas PA, Tong A, Howell M, Craig JC. Educational Interventions for Patients With CKD: A Systematic Review. *United States*; 2016 Sep.
42. Covic A, Bammens B, Lobbidez T, Segall L, Heimbürger O, van Biesen W et al. Educating end-stage renal disease patients on dialysis modality selection: clinical advice from the European Renal Best Practice (ERBP) Advisory Board. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association* 2010; 25(6):1757–9.
43. Mahner M, Raus C, Ludwig F, Weckmann G, Stracke S, Chenot J-F. Drug Prescribing for Patients with Chronic Kidney Disease in General Practice: a Cross-Sectional Study. *Dtsch Med Wochenschr* 2018; 143(12):e99-e107.
44. Kolpatzik K. Gesundheitskompetenz im Fokus: Das Praxishandbuch. Berlin: Kompart 2019.
45. Nothacker, M., Kreienberg, R. und Kopp, I. B. „Gemeinsam Klug Entscheiden“ – eine Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften. Mission, Methodik und Anwendung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 129: 3–11. 2017.
46. Sabine Ludt, Katharina Glassen, Armin Wiesemann, Joachim Szecsenyi. Prävention: Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten [QISA-Das Qualitätsindikatorensystem für ambulante Versorgung] 2009; (Band E1).
47. Orth SR, Stockmann A, Conradt C, Ritz E, Ferro M, Kreusser W et al. Smoking as a risk factor for end-stage renal failure in men with primary renal disease. *Kidney Int* 1998; 54(3):926–31.
48. van Laecke S, van Biesen W. Smoking and chronic kidney disease: seeing the signs through the smoke? *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association* 2017; 32(3):403–5.
49. Xia J, Wang L, Ma Z, Zhong L, Wang Y, Gao Y et al. Cigarette smoking and chronic kidney disease in the general population: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *England*; 2017 Mar 1.
50. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *England*; 2008 Apr 16.
51. Andreas S, Batra A, Behr J, Chenot J-Fea. Tabakentwöhnung bei COPD: S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. 2013 [cited 2019 Jul 17]. Available from: URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-005l_S3_Tabakentwöhnung_bei_COPD_2014-03-abgelaufen.pdf.
52. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials. *Eur Respir J* 2009; 34(3):634–40.

53. Mantler T, Irwin JD, Morrow D. Motivational interviewing and smoking behaviors: a critical appraisal and literature review of selected cessation initiatives. *Psychol Rep* 2012; 110(2):445–60.
54. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". AWMF-Register Nr. 076-006 2015 [cited 2019 Jul 17]. Available from: URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf.
55. KDIGO. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. 2012.
56. Banzer W. Körperliche Aktivität und Gesundheit: Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin: Springer; 2017.
57. Blair SN, Kohl HW, Gordon NF, Paffenbarger RS, JR. How much physical activity is good for health? *Annu Rev Public Health* 1992; 13:99–126.
58. Cornelia Lange, Jonas D. Finger. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. *Journal of Health Monitoring* 2017; (2(2)).
59. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee I-M et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc* 2011; 43(7):1334–59.
60. Khan KM, Weiler R, Blair SN. Prescribing exercise in primary care. *BMJ* 2011; 343:d4141.
61. Hans Konrad Biesalski, Matthias Pirlich, Stephan C. Bischoff, Arved Weimann. *Ernährungsmedizin*: Georg Thieme Verlag Stuttgart; 2018.
62. Stevens PE, Levin A. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2013; 158(11):825–30.
63. Navaneethan SD, Yehnert H, Moustarah F, Schreiber MJ, Schauer PR, Beddhu S. Weight loss interventions in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *United States*; 2009 Oct.
64. Haag-Weber M. Kontinuierliche ambulante und automatisierte Peritonealdialyse. *Nephrologe* 2006 [cited 2019 Aug 27]; (1):267. Available from: URL: <https://doi.org/10.1007/s11560-006-0036-0>.
65. Herold Gea. *Innere Medizin Köln* 2019.
66. Roob J. Klinische Ergebnisse an der Peritonealdialyse im Vergleich zur Hämodialyse. 117th ed.: *Wien Klin Wochenschr*; 2005 [cited 2019 Aug 27]. Available from: URL: <https://doi.org/10.1007/s00508-005-0494-9>.
67. Fußhöller A, Rump L. Peritonealdialyse: *Der Diabetologe* 2009 [cited 2019 Aug 27]; (5):549. Available from: URL: <https://doi.org/10.1007/s11428-009-0484-z>.
68. Morton RL, Tong A, Howard K, Snelling P, Webster AC. The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *England*; 2010 Jan 19.
69. Braun, B. und Marstedt, G. Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken, J., Braun, B. und Meierjürgen, R. Hrsg.: *Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK*. Bertelsmann Stiftung: 107–131. 2014.
70. Wongrakpanich S, Susantitaphong P, Isaranuwatthai S, Chenbhanich J, Eiam-Ong S, Jaber BL. Dialysis Therapy and Conservative Management of Advanced Chronic Kidney Disease in the Elderly: A Systematic Review. *Switzerland*; 2017.
71. Smart NA, Steele M. Exercise training in haemodialysis patients: A systematic review and meta-analysis. *Nephrology* 2011; 16(7):626–32.

72. Rygh E, Arild E, Johnsen E, Rumpsfeld M. Choosing to live with home dialysis-patients' experiences and potential for telemedicine support: a qualitative study. *BMC Nephrol* 2012; 13(1):13. Available from: URL: <https://doi.org/10.1186/1471-2369-13-13>.
73. Patel R, Chang T, Greysen SR, Chopra V. Social Media Use in Chronic Disease: A Systematic Review and Novel Taxonomy. *The American Journal of Medicine* 2015; 128(12):1335–50. Available from: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934315005653>.
74. Ravani P, Marinangeli G, Tancredi M, Malberti F. Multidisciplinary chronic kidney disease management improves survival on dialysis. *J Nephrol* 2003; 16(6):870–7.
75. Strand H, Parker D. Effects of multidisciplinary models of care for adult pre-dialysis patients with chronic kidney disease: a systematic review. *Australia*; 2012 Mar.
76. Valentijn PP, Pereira FA, Ruospo M, Palmer SC, Hegbrant J, Sterner CW et al. Person-Centered Integrated Care for Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN* 2018; 13(3):375–86.
77. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie: AWMF-Registernummer 015/018; März 2019 [cited 2019 Nov 19]. Available from: URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-018l_S2k_Diagnostik_Therapie_hypertensiver_Schwangerschaftserkrankungen_2019-07.pdf.
78. European Society of Cardiology (ESC), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK). Management der arteriellen Hypertonie: ESC/ESH Pocket Guidelines; 2018 [cited 2019 Nov 19]. Available from: URL: https://www.hochdruckliga.de/tl_files/content/dhl/downloads/Pocket-Leitlinie%20Hypertonie%202018.pdf.

Nicht-medikamentöse Versorgung in der Nephrologie**Inhalt**

Versorgungsziel.....	2
Definition und Hintergrund.....	3
Epidemiologie und Ätiologie	3
Relevanz Bewegung, Ernährung, Rauchstopp	5
Beratung zur körperlichen Aktivität	11
Motivation zur Bewegung/Verhaltensänderung	12
Zusammenfassende Bewegungsempfehlungen	14
Informationen und Angebote zu Bewegung	15
Beratung zur Ernährung	17
Ernährung nach Stadien	18
Zusammenfassende Ernährungsempfehlungen	20
Informationen und Angebote zur Ernährung	22
Beratung zum Rauchstopp	24
Auswirkungen unterschiedlicher Tabakprodukte	26
Informationen und Angebote zum Rauchstopp.....	27
Umsetzung der Nicht-medikamentösen Beratung.....	28

Versorgungsziel

Förderung der Gesundheitskompetenz und nicht-medikamentösen Beratung als präventive Information und motivationale Beratung

1. zur Progressionsverzögerung
2. zur gemeinsamen Entscheidungsfindung zum Behandlungsverfahren Nierenersatz
3. während der Dialyse
4. nach der Transplantation

gemäß Anlage 12, 17

Die EFA fördert die strukturierte Umsetzung mündlich wie schriftlich gemäß Anhang EFA zu Anlage 17.

Für eine nicht-medikamentöse Beratung und Behandlung mittels evidenzbasierter Informationen und Aufklärung ist eine strukturierte und patientenorientierte Vorgehensweise in Informationsstufen sinnvoll gemäß PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-001d.html>) und gemäß Anlagen 12 und 17

a. Aufklärung zur Nierenfunktion und zum Krankheitsbild

Informationen mündlich & schriftlich z.B.

- www.gesundheitsinformation.de
- Patientenleitlinie „Leben mit diabetischer Nierenerkrankung“ www.awmf.org
- Filme der DGfN www.dgfn.eu zur Funktion der Nieren
- www.patienten-information.de; www.aeqz.de

b. Medikamentöse Beratung, Arzneimittel-Therapiesicherheit (AMTS) auch gemäß www.kdigo.org und DGIM-Initiative „Klug entscheiden“ www.dgfn.eu sowie Referenz [Nephrologie 2019 online Thieme](#)

Siehe Anlage 12, 17

c. Nicht-medikamentöse informative und motivationale Beratung zu Risikofaktoren z.B. zu

- **Rauchentwöhnung**
- **Förderung regelmäßiger körperlichen Aktivität** im Alltag, v.a. Gehen
- **Gewichtsoptimierung, zur notwendigen Ernährungsumstellung**
- häufigen Begleit- und Grunderkrankungen wie v.a. Diabetes mellitus und KHK
- Schulungen
- auch bezogen auf das Alter, Geschlecht usw.
- Bedarfsklärung Sozialer Dienst zur Förderung der Teilhabe am Leben
- Rehabilitation & Reha-Sport
- Selbstmanagement einschl. Curaplan, DMPs je nach Begleit- und Grunderkrankungen
- Selbsthilfe

Informationsmaterialien zur Progressionsverzögerung nicht-medikamentös z.B.

- www.gesundheitsinformationen.de;
- www.awmf.org Leitlinien: Adipositas, Tabakentwöhnung, Multimorbidität;
- Rauchfrei www.bzga.de; www.rauchfrei-info.de;
- www.dgfn.eu Film zur Prävention „auf Herz und Nieren“;
- Rezept für Bewegung www.dosb.de;
- DMPs Diabetes und KHK bzw. gemäß Curaplan usw. www.aok.de; www.gesundheitspartner.de;
- Ernährungs- und Bewegungsberatung www.aok.de; www.aok-gesundheitspartner.de;
- Flyer Sozialer Dienst usw.

Definition und Hintergrund

Die chronische Niereninsuffizienz (chronische Nierenerkrankung; chronic kidney disease, CKD) wird beschrieben als Erkrankung, bei welcher die Nieren länger als drei Monate nur noch eingeschränkt arbeiten oder dauerhaft geschädigt sind.¹²

Ist die Filterfunktion der Nieren gestört hat das Folgen wie:

1. Gestörte sekretorische Nierenfunktion
2. Störung im Wasser-, Elektrolyt-, und Säure-Basen-Haushalt
3. Störung der Blutdruckregulation
4. Störung des Mineral- und Knochenstoffwechsels
5. Hämatologische Komplikationen
6. Kardiovaskuläre Komplikationen
7. Neurologische Komplikationen
8. Dermatologische Komplikationen³

Die häufigsten Ursachen für eine chronische Nierenerkrankung bei Erwachsenen sind Diabetes mellitus und Bluthochdruck.

Wichtige Maßnahmen um der Nierenschädigung vorzubeugen oder sie aufzuhalten sind daher unter anderem der Verzicht auf das Rauchen, eine ausgewogene Ernährung, körperliche Aktivität und Sport.⁴

Epidemiologie und Ätiologie

- Die chronische Niereninsuffizienz betrifft ca. 8-16% der Weltbevölkerung⁵
- Bei über zwei Millionen Menschen in Deutschland ist die Funktion der Niere eingeschränkt.
- Etwa 80.000 werden derzeit in Deutschland mit Dialyse behandelt.⁶
- Etwa 10.000 Menschen sterben pro Jahr an den Folgen einer chronischen Nierenerkrankung
- Die meisten Betroffenen sind über 60 Jahre alt⁷
- Die „National Kidney Foundation“ der USA gibt an, dass Diabetes (wobei Diabetes Typ 2 mit 90-95% die häufigste Variante darstellt) für 44% der Niereninsuffizienzneuerkrankungen verantwortlich ist.⁸ Der Diabetesinformationsdienst des Helmholtz Zentrum München schätzt diesen Wert auf 20-40%.⁹

¹ <https://www.gesundheitsinformation.de/chronische-nierenerkrankung.2606.de.html>
(Stand 16.05.2019)

² Herold, G., u.a. (2019): Innere Medizin. Köln 2019.

³ Herold, G., u.a. (2019): Innere Medizin. Köln 2019.

⁴ <https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/diabetes/diabetes-und-nieren>
(Stand 16.05.2019)

⁵ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

⁶ Herold, G., u.a. (2019): Innere Medizin. Köln 2019.

⁷ <https://www.gesundheitsinformation.de/chronische-nierenerkrankung.2606.de.html>
(Stand 16.05.2019)

⁸ <https://www.kidney.org/news/newsroom/factsheets/Diabetes-And-CKD> (Stand 16.05.2019)

⁹ <https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/folgeerkrankungen/diabetes-und-nieren/index.html> (Stand 16.05.2019)

Die Mehrzahl der Diabetes Typ 2 Erkrankungen entwickelt sich auf dem Boden eines metabolischen Syndroms (Adipositas, Fettstoffwechselstörungen, primäre Hypertonie, Insulinresistenz)¹⁰

- Die Lebenszeitprävalenz von Diabetes Typ 2 beträgt in Deutschland 7,2% nach Daten aus der letzten Bundesgesundheitsurvey von 2012. Dies stellt eine relative Zunahme um 38% seit 1998 dar. Deutschland liegt dabei im internationalen Vergleich unter den Top 5. Ab dem 50. Lebensjahr steigt die Diabetesprävalenz kontinuierlich auf über 20%¹¹
- Von den 8 Mio. Menschen, die in Deutschland an Diabetes mellitus erkrankt sind, sind 400.000- 800.000 von Typ-1-Diabetes betroffen¹²
- In Europa liegt die Prävalenz der arteriellen Hypertonie bei Erwachsenen bei ca. 30% (höher bei älteren Menschen). 90% der Hypertoniker haben primäre Hypertonie.
Begünstigende Faktoren sind unter anderem: Ernährungsfaktoren (Übergewicht, Insulinresistenz, erhöhter Alkoholkonsum, vermehrte Kochsalzaufnahme), Stressfaktoren, Rauchen, erniedrigte Kalium- und Kalziumaufnahme
- Die Nierenerkrankung, welche am häufigsten zu einer chronischen Niereninsuffizienz führt, ist die durch Bluthochdruck ausgelöste vaskuläre hypertensive Nephropathie (23%).¹³
- Laut dem National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases ist Bluthochdruck in den USA für 28% der Niereninsuffizienz verantwortlich.¹⁴
- Die primäre Adipositas (95% der Adipösen), welche eine führende Ursache für Diabetes Typ 2 und Bluthochdruck darstellt, wird von der WHO mittlerweile als Epidemie beschrieben.¹⁵ Deutschland belegt in Europa bezüglich der Prävalenz Platz 1. 25% der Schulkinder in Europa sind übergewichtig und bis zu 50% der Erwachsenen. Krankhaft übergewichtig, also adipös (ab einem BMI von 30), sind 20-25% der Erwachsenen.¹⁶ Adipositas, vor allem die abdominelle Adipositas, geht mit einem deutlich erhöhten Risiko (2-3x so häufig im Vergleich zu Normalgewichtigen) für chronisch degenerative Erkrankungen einher sowie mit 13 verschiedenen Karzinomen, Diabetes Typ 2, kardiovaskuläre Erkrankungen, psychosoziale Folgen oder Erkrankungen des Muskelskelettsystems.^{17 18 -19}
- Psychischen Störungen zählen laut WHO zu den weltweit häufigsten Ursachen für chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen. Allen voran sind hier die depressiven Störungen zu nennen. Deren Lebenszeitprävalenz beträgt etwa 20%, höhere Prävalenzen bis zu 50% liegen für ältere Menschen, vor allem in Pflegeheimen vor.

¹⁰ Herold, G., u.a. (2019): Innere Medizin. Köln 2019.

¹¹ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

¹² Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

¹³ Herold, G., u.a. (2019): Innere Medizin. Köln 2019.

¹⁴ <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/high-blood-pressure>
(Stand 16.05.2019)

¹⁵ <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/challenge-of-obesity-in-the-who-european-region-and-the-strategies-for-response-the-summary> (Stand 16.05.2019)

¹⁶ Herold, G., u.a. (2019): Innere Medizin. Köln 2019.

¹⁷ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

¹⁸ Theurusch, S. (2015): Hohe Relevanz für Krebs. In: Ärzteblatt, 2/2015

¹⁹ Herold, G., u.a. (2019): Innere Medizin. Köln 2019.

Depressive Menschen haben ein erhöhtes Risiko für somatische Erkrankungen. Zu den gehäuft auftretenden somatischen Beeinträchtigungen zählen unter anderem arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebs, Migräne und Asthma bronchiale. Depressionen erhöhen das Risiko eine Adipositas zu entwickeln um 55% und Adipositas erhöht das Risiko einer Depression um 58%.^{20 21 -22}

Relevanz Bewegung, Ernährung, Rauchstopp

Durch körperliche Aktivität, die Ernährung und das Nichtrauchen lässt sich das Risiko für Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Hypertonie senken, welche als Ursachen für die chronische Nierenerkrankung gelten. Ein gesundheitsfördernder Lebensstil kann die Progression einer Nierenerkrankung, wie beispielsweise einer chronischen Niereninsuffizienz, verzögern und sich während und nach einem Nierenersatz positiv auswirken. Dazu sollte insbesondere Übergewicht bzw. abdominelle Adipositas vermieden und nicht geraucht werden. Oft treten diese Krankheitsbilder in Kombination auf und erhöhen das kardiovaskuläre Risiko. Auch chronischer Nikotin- und Alkoholkonsum sind mit einer chronischen Niereninsuffizienz assoziiert.^{23,24} Im Folgenden werden die Lebensstilelemente im Kontext der chronischen Niereninsuffizienz beschrieben.

Bei chronischer Niereninsuffizienz sind Komorbiditäten die limitierenden Faktoren. Dazu zählt beispielsweise die Zunahme von inflammatorischen Mediatoren, erhöhte Blutgerinnung, Anämie und arterielle Verkalkungen. Die Ablagerung toxischer Stoffe führt zu einer Schwäche der Skelettmuskulatur. Durch ein Säure-Basen-Ungleichgewicht, Insulinresistenz, inflammatorische Prozesse und eine reduzierte Fähigkeit zu Bewegung wird der Abbau von Muskelmasse gefördert. Betroffene haben eine geringere Ausdauer und Kraft als Gesunde.

Eine **Bewegungstherapie** wird allgemein für Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz empfohlen. Die Begleiterkrankungen werden dabei als Barrieren empfunden, ebenso wie die Angst, sich zu verletzen oder durch Bewegungstherapie zusätzliche Schmerzen zu bekommen.

Eine Bewegungstherapie hat neben den Auswirkungen auf die Begleiterkrankungen positive Auswirkungen auf den Verlauf: Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Erhalt der Muskelmasse, Verbesserung der mentalen Funktionen sowie Steigerung der Lebensqualität.²⁵

²⁰ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

²¹ S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2. Auflage, 2015. Version 5

²² Prevention of depression through nutritional strategies in high-risk persons: rationale and design of the MoodFOOD prevention trial <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4898322/> (Stand 21.05.2019)

²³ <https://www.gesundheitsinformation.de/chronische-nierenerkrankung.2606.de.html> (Stand 17.05.2019)

²⁴ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

²⁵ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

Die **Ernährung** kann eine chronische Nierenerkrankung als chronische Stoffwechselerkrankung sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Besonders da zu viel Zucker im Blut, erhöhte Fettstoffwechselwerte, starkes Übergewicht und hohe Blutdruckwerte direkt als beeinflussbare Risikofaktoren zur Vermeidung von Nierenerkrankungen gelten.²⁶ Die ernährungsmedizinischen Ziele unterscheiden sich je nach Stadium, aber immer mit dem Ergebnis, die Progression der Erkrankung zu mindern und die Dialyse hinauszuzögern. Im Fokus steht dabei die Verhinderung einer mortalitätsfördernden Fehl- bzw. Mangelernährung und die Verbesserung der Lebensqualität. Weitere Ziele sind die Senkung des hohen kardiovaskulären Risikos und das Verhindern Diätassoziiierter Komplikationen wie zum Beispiel Hyperkaliämie/Überwässerung.²⁷

Rauchstopp ist wichtig, da das Rauchen die Blutgefäße verengt und den Blutdruck erhöht, auch in der Niere. Bereits bei mäßigen Rauchern schreitet die Nephropathie doppelt so schnell fort wie bei Nichtrauchern.²⁸ Rauchen schädigt direkt die Gefäße und führt zu Arteriosklerose. Es erhöht als unabhängiger Faktor das kardiovaskuläre Risiko. Rauchen setzt die glomeruläre Filtrationsrate der Nieren unabhängig um bis zu 30% herab und hat zudem eine inflammatorische Wirkung.²⁹ Rauchen ist also ein unabhängiges Risiko zur Entwicklung und Progression einer chronischen Niereninsuffizienz. Wie das Nephrology Dialysis Transplantation Journal der Oxford Universität schreibt, erhöht Rauchen das relative Risiko für chronische Niereninsuffizienz um 50%.³⁰

Diese Lebensstilelemente wirken sich zudem positiv auf Ursächliche- und Begleiterkrankungen aus:

Diabetes Typ 2 ist multifaktoriell. Die ursächliche Insulinresistenz wird bei erschöpfter Speicherkapazität des subkutanen Fettgewebes und fortgesetzter Überernährung durch übermäßige Lipidansammlung im Bauchraum, in der Muskulatur und in der Leber hervorgerufen. Die gefüllten Zellen werden resistenter gegenüber Insulin. Vorerst wird die Insulinproduktion gesteigert, zunehmend kommt es zum Insulinsekretionsdefizit, da auch in der Bauchspeicheldrüse Lipide abgelagert werden. Es kommt zu Hyperglykämie.³¹

Zur Prävention von Typ 2 Diabetes existiert umfangreiche Evidenz, dass die Gewichtsreduktion und die Steigerung der körperlichen Aktivität wesentliche Säulen darstellen. Neben der Ernährungsmodifikation hat in den letzten Jahren mit zunehmendem Verständnis der Pathophysiologie und wachsender positiver Evidenz, die körperliche Bewegung zunehmen an Bedeutung gewonnen. Zudem besteht umfangreiche Evidenz, dass durch Lebensstiländerungen Medikamente eingespart werden

²⁶ <https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/folgeerkrankungen/diabetes-und-nieren/index.html> (Stand 06.08.2019)

²⁷ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

²⁸ <https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/folgeerkrankungen/diabetes-und-nieren/index.html> (Stand 28.05.2019)

²⁹ Michael, E., H. u.a. (2016): Cigarette Smoking and Chronic Kidney Disease in African Americans in the Jackson Heart Study. JAMA, June 13, 2016 Vol 5, Issue 6

³⁰ Laecke, S., Biesen, W. (2017): Smoking and chronic kidney disease: seeing the signs through the smoke? Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 32, Issue 3, March 2017, Pages 403–405

³¹ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

können bzw. eine Senkung des HbA1c erreicht werden kann, die vergleichbar ist mit der Monotherapie vieler oraler Antidiabetika.³²

Bereits moderate körperliche Aktivität ist mit einer um 69% geringeren kardiovaskulären Mortalität und einer 42% geringeren Gesamtmortalität assoziiert. Weiterhin führte diese in Studien zu einer reduzierten Hyperglykämie um 30% in den folgenden 24 Stunden.

Die Skelettmuskulatur ist mit über 80% der Glukoseaufnahme das größte Zielgewebe. Jede muskuläre Aktivität führt zu einer gesteigerten Glukoseaufnahme und Insulinsensitivität.

Weiterhin bewirkt regelmäßiges Training bei Typ 2 Diabetikern eine Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren, welche einen eigenständigen Risikofaktor für chronische Niereninsuffizienz darstellen. Eine Reduktion des HbA1c um 1% reduziert das Risiko für einen Myokardinfarkt um 14% und das Risiko mikrovaskulärer Komplikationen um 37%.

Durch die Kombination von Ausdauer- und Krafttraining konnte eine signifikante Reduktion der Triglyzeride, des Taillenumfangs (welcher ein Maß für das gefährliche viszerale Bauchfett darstellt) sowie des systolischen Blutdrucks dokumentiert werden.³³

Zur Kontrolle der Hyperglykämie ist zunächst eine Basistherapie bestehend aus Patientenschulung, Bewegungstherapie, Rauchstopp und Ernährungsumstellung einzuleiten wie es unter anderem im DMP Diabetes Typ 2 gehandhabt wird.

Eine Ernährungsberatung (zu einer ausgewogenen Ernährung) sollte individualisiert stattfinden unter Berücksichtigung der bisherigen Ernährungsgewohnheiten.

Zur Verwendung von speziellen Diät/Diabetesprodukten wird nicht geraten.

Vor allem Kenntnisse zur Kohlenhydratauswahl und Fettzusammensetzung sind zu vermitteln. Auch dem Umgang mit Alkohol ist wegen des erhöhten Hypoglykämie-Risikos nach Alkoholgebrauch zu besprechen.

Der Manifestation eines Diabetes Typ 2 geht ein gestörter Glukosestoffwechsel voraus. Der Erfolg der Prävention mittels Lebensstilintervention (Ernährungsumstellung und gesteigerte körperliche Aktivität für 30 Minuten fünfmal wöchentlich) konnte eindrücklich gezeigt werden (Diabetes Prevention Program, DPP). Im Vergleich zur Placebogruppe reduzierte sich die der Übergang in einen manifesten Diabetes innerhalb von 3 Jahren um 58%. Die Gabe von Metformin führte zu einer Risikoreduktion um 31%.³⁴

Bluthochdruck resultiert unter anderem in Schlaganfall, KHK mit Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz sowie arterielle Verschlusskrankheit und Niereninsuffizienz.

Die essentielle Hypertonie entsteht auf einer genetischen Präposition in engem Zusammenhang mit dem Lebensstil, insbesondere durch Übergewicht und körperliche Inaktivität, verstärkt werden diese Faktoren besonders durch Rauchen und erhöhten Alkoholkonsum.

In der Pathophysiologie spielen auch chronische Inflammation, sympathische Dysregulation und mangelnde periphere Durchblutung eine große Rolle.

³² Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

³³ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

³⁴ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

Körperliche Aktivität spielt dabei sowohl in der präventiven wie auch therapeutischen Behandlung von leichtem und mittelschwerem Bluthochdruck eine große Rolle. Die präventiven Möglichkeiten wie körperliche Bewegung werden in Deutschland jedoch nur unzureichend genutzt. Nach einer körperlichen Belastung und einem Training fällt der Blutdruck wieder ab, oft 10-15 mmHg niedriger als vor der Belastung, der Effekt hält Stunden an.

Körperliches Training wirkt direkt auf die den Blutdruck regulierenden Mechanismen. So wirkt es auf die Gefäßerweiterung, verringert den sympathischen und erhöht den parasympathischen Antrieb, mittelfristig reguliert sich hierdurch auch das Angiotensin-Renin-System herunter. So zeigen fast alle Trainingsstudien eine dauerhafte Senkung des arteriellen Blutdrucks durch körperliches Training. Dies gilt vor allem für Ausdauertraining.³⁵

Eine günstige Ernährung hat sowohl bei Männern wie auch bei Frauen zu einer 30%igen Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse geführt, nach Myokardinfarkt sogar um bis zu 45%. Eine mediterrane Kost ist geeignet im Idealfall eine Atherosklerose zu verhindern bzw. ihren Verlauf zu verlangsamen. Sie führt darüber hinaus zu einer hohen Lebenserwartung und vermindert das Risiko für Geschwulstbildung und Osteoporose.³⁶

Als innerste Lage der Gefäßwände ist das Endothel den im Blut zirkulierenden schädlichen Substanzen besonders ausgesetzt. Die Schädigung dieser Schicht ist durch verschiedene Faktoren möglich, vor allem aber durch Störungen im Lipidstoffwechsel, insbesondere die Erhöhung der LDL-Cholesterinkonzentration, und durch das Rauchen – beide Faktoren können sich gegenseitig negativ beeinflussen. Oxydiertes LDL führt zu einer Inflammation des Endothels und schließlich zu einer Endotheldysfunktion.

In der Bildung und Progression der Endothelschädigung wurde Chemokinen und Zytokinen und damit entzündlichen Prozessen in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung zugemessen. Dabei spielt besonders das Rauchen eine große Rolle. Raucher weisen eine 20-25% erhöhte Leukozytenzahl auf welche nicht nur eine vermehrte Aktivierung und Adhäsion zeigen, sondern in Verbindung mit einer endothelialen Dysfunktion auch zu einer weiteren Stimulation der Entzündungsprozesse führen.³⁷

Die Ursachen von Adipositas in unserer westlichen Gesellschaft sind vielschichtig. Dazu zählt unter anderem der Lebensstil, niedriger Sozialstatus, Essstörungen, genetische Ursachen, ständige Verfügbarkeit von Nahrung, Schlafmangel, Stress, depressive Erkrankungen, endokrine Erkrankungen, Medikamente. All diese Ursachen resultieren letztendlich in einer Verminderung des Kalorienmehrumsatzes und/oder in einer Erhöhung der Kalorienzufuhr.

³⁵ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

³⁶ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

³⁷ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

Durch ausreichend körperliche Aktivität lässt sich dem entgegenwirken, allerdings erreichen gerade einmal 46% der westdeutschen und nur 30% der ostdeutschen Männer und 10-20% der Frauen die Aktivitätsempfehlungen der S3-Leitlinie Adipositas zur Prävention chronisch-degenerativer Erkrankungen.

Ein regelmäßiges Ausdauertraining führt zu einer Verschiebung der muskulären Substratoxidation zugunsten aerober Prozesse und in Richtung einer vermehrten Fettsäurefreisetzung. Durch körperliches Training (insbesondere Krafttraining) verändern sich zusätzlich die Muskelfaserzusammensetzung, Kapillarisation und Belastbarkeit der Muskulatur. Die Erhöhung der Leistung(sfähigkeit) steigert den Kalorienumsatz.³⁸

Geschwindigkeit	Körpergewicht		
	60kg	80kg	100kg
Walken			
3km/h	140kcal/h	180kcal/h	230kcal/h
5	200	240	300
6,5	300	360	450
Joggen			
8	310	360	450
10	450	550	700
12	600	750	950

Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

Die S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas schreibt dazu: „Die Therapieziele sollten realistisch sein und an individuelle Bedingungen angepasst werden. Dabei sollten individuelle Komorbiditäten, Risiken, Erwartungen und Ressourcen des Patienten stärker als die Gewichtsreduktion allein berücksichtigt werden. Da die Adipositas als chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung anzusehen ist, sollten dem Patienten über die Phase der Gewichtsabnahme hinaus geeignete Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung empfohlen werden.“³⁹

Den größten Erfolg zeigt dabei die Kombination aus körperlichem Training, Ernährungstherapie und Verhaltenstherapie.

„Beispielsweise berichten die Autoren einer Meta-Analyse, dass die mittlere Gewichtsabnahme durch körperliches Training plus Ernährungstherapie bei -3,6 kg im Vergleich zu -1,8 kg durch alleinige Ernährungsumstellung lag. Bei kombinierten Interventionen betrug die Gewichtsabnahme laut einer Meta-Analyse -4,6 kg im Vergleich zu -0,48 kg bei alleiniger Reduktionskost.

Die Interventionen bestanden überwiegend aus 30 bis 60 Minuten körperlicher Aktivität drei bis fünf Mal pro Woche sowie einer mäßig gradigen hypokalorischen Kost. Bei der Verhaltenstherapie kamen verschiedene Therapiestrategien zum Einsatz wie z. B. Anleitung zu Selbst-Monitoring von Energieaufnahme, Essverhalten und -frequenz, Rückfallprävention, Zielsetzung, Problemlösetraining.“⁴⁰

Neben dem Ausmaß der Körperfettmasse beeinflusst vor allem die Fettverteilung das Gesundheitsrisiko. Es wird unterschieden zwischen subkutanem und viszeralem Fettgewebe. Subkutanes Fett dient in erster Linie als Energiespeicher. Viszerales Fett

³⁸ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017

³⁹ S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas

⁴⁰ S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas

wird heute mehr als endokrines Organ denn als Energiespeicher verstanden. Es besitzt eine deutlich höhere Kapazität Zytokine und andere proinflammatorische Stoffe zu synthetisieren und ist empfänglicher für hormonelle Stimulation und Veränderungen des Fettstoffwechsels als subkutanes Fettgewebe. Dieses ist metabolisch weniger aktiv.

Bei starker Adipositas werden Stoffe ausgeschüttet, die entzündungsähnliche Mechanismen im Körper auslösen.⁴¹

Von Mitte der 1960er Jahre bis Ende des 20. Jahrhunderts stieg in den westlichen Industrienationen die Energieaufnahme kontinuierlich um über 600 kcal pro Kopf und Tag an. Im gleichen Zeitraum stieg die tägliche Fettzufuhr um 20g pro Kopf und Tag an. Der Verzehr nicht-komplexer Kohlenhydrate wie Saccharose nahm seit 1995 um 400g pro Kopf und Jahr zu. Der Softdrink- Konsum stieg in den USA in den letzten 30 Jahren um 300% an (besonders bei Kindern).⁴² Dabei müssen neben der gestiegenen Kalorienaufnahme auch die biochemischen Auswirkungen der Nährstoffe beachtet werden.⁴³

Für **Depressionen** wurde in einer Metasynthese bestehend aus 32 Metaanalysen von einer antidepressiven Wirkung durch körperliche Aktivität, Training und Sport berichtet. Bei leichten und mittelschweren depressiven Störungen ist die Wirkung von körperlicher Aktivität, Training und Sport mit der Wirkung psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlungen vergleichbar.

Körperliches Training weist zudem einen protektiven Effekt für das Auftreten depressiver Störungen in der Adoleszenz auf. Sogar weniger als 150 Minuten Gehen/Woche zeigten einen solchen protektiven Effekt.⁴⁴

Körperliches Training, insbesondere Muskeltraining, beugt zudem degenerativen Erkrankungen wie Osteoporose und Arthrose vor. Es stabilisiert Gelenke, erhält die Knorpelschicht durch Produktion nährstoffversorgender Gelenkschmiere und reduziert entzündliche Prozesse im Körper. Dies ist wichtig, da chronische Erkrankungen wie die KHK mit einer sogenannten Hyperinflammation einhergehen.⁴⁵

⁴¹ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

⁴² Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

⁴³ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/197626/Zuckerstoffwechsel-Kalorien-sind-nicht-alle-gleich>
(Stand 28.05.2019)

⁴⁴ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

⁴⁵ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

Beratung zur körperlichen Aktivität

Menschen mit chronischer Niereninsuffizienz ohne Dialysetherapie wird eine aerobe Bewegungstherapie empfohlen.

- Moderate Belastung (nach der Borg-Skala bedeutet dies, sprechen sollte möglich sein⁴⁶): 30 Minuten an den meisten Tagen/Woche, mindestens 10 Minuten-Einheiten oder
- Anstrengende Intensität: 20 Minuten/Einheiten an 3 Tagen/Woche
- Krafttraining: 2 nicht aufeinander folgende Tage/Woche, 8-10 Übungen der großen Muskelgruppen, 10-15 Wiederholungen/Übung
- Übungen zur Beweglichkeit: 2 Tage/Woche, 10 Minuten/Tag, bei Fallneigung Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts

Während der Dialyse kann innerhalb der ersten zwei Stunden mit einem Fahrradergometer gearbeitet werden. Auch Koordinationsübungen und Übungen zu Steigerung der Muskelkraft und Beweglichkeit sind möglich sowie isometrische Übungen mit Bällen. Es wäre wünschenswert diese überwacht durchzuführen.

An Nicht-Dialyse-Tagen ist eine Bewegungstherapie an die individuelle Leistungsfähigkeit anzupassen. Eine mild bis moderate Intensität ist empfehlenswert.

Kontraindikationen sind abhängig vom ärztlichen Befund. Ein „6-Minuten-Gehtest“, „Chair-Raising-Test“ oder ein „Timed Up and Go Test“ können Methoden zur Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit sein. Bei Peritonealdialyse sollten Übungen in Bauchlage vermieden werden.⁴⁷

Für Alltagsbewegungen wie Treppensteigen, Gartenarbeit oder zügiges Spazierengehen besteht zudem eine positive Wirkung auf Typ 2 Diabetes. Beispielsweise durch die Einführung eines 15-minütigen Spaziergangs nach jeder Hauptmahlzeit, welcher den Blutzucker- und Insulinanstieg reduziert. Ein relevanter Anstieg der Herzfrequenz sollte erreicht werden.

Klassische Ausdauersportarten wie Walking, Wandern, Schwimmen oder Radfahren eignen sich besonders für Einsteiger gut. Oft genügt schon zügiges Gehen. Ein Intervalltraining mit kurzen Belastungsphasen, die mit der Zeit gesteigert werden, ist auch für Menschen mit stark eingeschränkter Belastbarkeit gut durchführbar. Belastungsintervalle von wenigen Minuten, z.B. zügiges Spazierengehen, können Menschen davon überzeugen, dass körperliche Bewegung für sie realisierbar und in den Alltag integrierbar ist.

Ausdauer- und Krafttraining haben vergleichbare Effekte auf die Güte der Blutzuckereinstellung, dadurch lassen sich individuelle Präferenzen bedienen. Die Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining stellt dabei die effektivste Trainingsform dar. Besonders für Menschen mit reduzierter Toleranz gegenüber Ausdauertraining, beispielsweise bei extremer Adipositas, ist die Akzeptanz eines Krafttrainings teilweise höher. Beim Krafttraining sollte der Fokus auf dem Training der großen Muskelgruppen liegen bei submaximaler aber steigender Intensität.

Strukturierte Bewegungsprogramme, Ausdauertraining, Krafttraining oder die Kombination aus beiden Trainingsformen werden zur Prävention und Therapie von Typ 2 Diabetes empfohlen, wobei die Intensität an den jeweiligen Patienten anzupassen ist.

⁴⁶ DMP KHK Handbuch

⁴⁷ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

Vor allem für Menschen in der zweiten Lebenshälfte ist zudem ergänzend ein Koordinations- und Gleichgewichtstraining empfehlenswert.

Ein allgemeines Ziel stellt eine wöchentliche Trainingszeit von mindestens 150 Minuten dar, die auf drei Trainingseinheiten pro Woche verteilt werden sollten. Für diesen Trainingsumfang konnte in einer Metaanalyse eine HbA1c-Reduktion von 0,89% belegt werden, eine geringere Trainingsdauer führte lediglich zu einer Reduktion um 0,36%.⁴⁸

Zur effektiven Senkung des Blutdrucks wird ein regelmäßiges (Ausdauer)Training von 3-5-mal die Woche über 30-60 Minuten empfohlen bei 50-70% der maximalen Leistungsfähigkeit. Hypertonikern mit asymptomatischen kardiovaskulären Hochdruckschäden werden 40-60% der symptomlimitierenden Herzfrequenz empfohlen.⁴⁹ Die Einstellung zu Krafttraining hat sich mittlerweile gewandelt. Bei medikamentös gut eingestellten Hypertonikern ist Krafttraining sehr gut möglich. Es gibt keine Kontraindikationen für dynamisches ausdauerorientiertes Training, außer bei schwerer Hypertonie, hier muss zuerst die medikamentöse Blutdruckeinstellung erfolgen. Dabei sind die Effekte der körperlichen Aktivität der medikamentösen Therapie mit Beta-blockern und ACE-Inhibitoren praktisch gleichwertig.⁵⁰

Zur Steigerung des Kalorienumsatzes und um veränderliche Prozesse im Körper anzustoßen um Übergewicht abzubauen ist aus Sicht der körperlichen Aktivität eine Kombination aus vermehrter Alltagsaktivität wie Hausarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen etc. mit regelmäßiger und progressiver sportlicher Aktivität sinnvoll.

Da die meisten Adipösen nicht regelmäßig Sport treiben sollte vor allem zu Beginn eine moderate Intensität gewählt werden. Ein zu intensives Trainingsprogramm birgt das Risiko von Verletzungen, Überlastungen und Demotivation. Bei guter Anpassung an sportliche Belastungen spricht jedoch nichts gegen kürzere, intensivere Einheiten, bei welchen in der Regel auch mehr Energie umgesetzt wird. Langfristig sollte Krafttraining integriert werden um Muskelmasse aufzubauen da hierdurch auch der Grundumsatz steigt.⁵¹

Motivation zur Bewegung/Verhaltensänderung

Häufig besteht, insbesondere bei Patienten mit Typ 2 Diabetes, ein Inaktivitätslebenslauf mit teilweise deutlich eingeschränkter Belastbarkeit. Das Alter, Multimorbidität, Immobilität oder fehlende Motivation erschweren zusätzlich die Teilnahme an Bewegungsprogrammen. Daher sollte unbedingt berücksichtigt werden, eine Überbelastung mit resultierender Demotivation zu vermeiden. Die individuelle Verhaltensänderung sollte in kleinen, aber langfristig akzeptablen Schritten erreicht werden. In Studien waren drei Monate nach Beendigung eines regelmäßigen Trainings zuvor erreichte positive Erfolge des Glukosemetabolismus nicht mehr nachweisbar.

⁴⁸ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

⁴⁹ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

⁵⁰ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

⁵¹ Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017

Starke Prädiktoren für ein größeres Level an körperlicher Aktivität stellen auch die soziale Unterstützung und das Selbstvertrauen in die eigene Fähigkeit zu körperlicher Bewegung dar. Verschiedene Strategien wie Bewegungstagebücher, Schrittzähler, ggf. Apps oder soziale Netzwerke können motivierend wirken. Ebenso objektivierbare Erfolge wie die Messung des Blutzuckers vor und nach Belastung.⁵²

⁵² Banzer, W. (Hrsg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Heidelberg 2017.

Zusammenfassende Bewegungsempfehlungen

Ohne Dialyse		
Moderate Intensität	An meisten Tagen pro Woche ca. 30min Min. 10min Einheiten	z.B. Walking, Wandern, Schwimmen oder Radfahren
Anstrengende Intensität	>3x pro Woche 20min	s.o.
Krafttraining	2x pro Woche an nicht aufeinanderfolgenden Tagen	z.B. 8-10 Übungen der großen Muskelgruppen, 10-15 Wiederholungen/Übung
Übungen zur Beweglichkeit	>2 Tage/Woche >10min/Tag	Bei Fallneigung Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts
Mit Dialyse		
Während der Dialyse	Bis zu 2 Stunden, beaufsichtigt	Fahrradergometer, Koordinationsübungen und Übungen zu Steigerung der Muskelkraft und Beweglichkeit
Nicht-Dialyse-Tag	Bewegungstherapie, anpassen an körperliches Leistungsniveau	s.o.
Allgemein		
Steigern der Alltagsaktivität	z.B. Einführung eines 15-minütigen Spaziergangs nach jeder Hauptmahlzeit	Treppensteigen, Gartenarbeit, zügiges Spaziergehen
Motivation zur Verhaltensänderung	Überlastung vermeiden Kleine, langfristige Schritte Einbindung soziales Umfeld	Unterstützung durch Bewegungstagebücher, Schrittzähler, ggf. Apps oder soziale Netzwerke, objektivierbare Erfolge wie die Messung des Blutzuckers vor und nach Belastung

Informationen und Angebote zu Bewegung

Was?	Wie?	Wo?
DMP Diabetes Typ 2	Eine Veränderung des Lebensstils erfordert einen umfassenden interdisziplinären Ansatz sowie die aktive Einbindung des Patienten, wie es beispielsweise im Disease-Management-Programm für chronisch kranke Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg angeboten wird. Siehe z.B. AOK Curaplan.	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/dmp/dm2/index.html
DMP KHK	Ziel der Disease-Management-Programme ist die Optimierung der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen durch verbesserte Kontinuität der Betreuung und strukturierte Koordination der Behandlungsabläufe.	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/faq/khk/
Diabetes-Sportgruppen vor Ort	Analog zum erfolgreichen Konzept der Koronarsportgruppen (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.) existieren inzwischen bundesweit Diabetessportgruppen (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Sport der DDG)	http://diabetes-sport.de
Koronar-Sportgruppen vor Ort		https://www.dgpr.de/herzgruppen/herzgruppenverzeichnisse-nach-bundeslaendern/
Rezept für Bewegung des DOSB	Deutsch Olympischer Sportbund Rezept für Bewegung	https://www.dosb.de Suchworte Rezept für Bewegung
10-Jahres-Risiko für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis ermitteln	z.B. durch SCORE-Charts der "European Association of Preventive Cardiology"	http://www.heartscore.org/de/DE/access
Selbsthilfegruppen vor Ort	Die NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. informiert und hilft bei der Suche nach Selbsthilfegruppen z.B. Der Bundesverband Niere e.V. stellt kostenlose Infomaterialien zur Verfügung	https://www.nakos.de https://www.bundesverbandniere.de/angebot/downloads
Patienteninformationen	Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hat ein Portal für Patientenzentrierte Gesundheitsinformationen geschaffen	https://www.gesundheitsinformation.de/chronische-nierenerkrankung.2606.de.html

	(im Link z.B. zur chronischen Niereninsuffizienz) 	
Patienten-leitlinie Nierenerkrankungen bei Diabetes	Die Patientenzentrierte Form der NVL 	https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/dm-nierenerkrankungen-vers1.0-pll.pdf
Infomaterialien	Die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) bietet kostenlose Infomaterialien zu verschiedensten Themen wie Suchtprävention (Alkohol, Nikotin etc.), Ernährung/Bewegung/Stressregulation, Gesundheit im Alter u.v.m.	https://www.bzga.de/infomaterialien/ 
Patienteninformationen	KfH Nierenzentren: Patientenratgeber Wissen kompakt	https://www.kfh.de/infomaterial/patientenratgeber/
Patienteninformationen	Nierenstiftung Bewegung, Ernährung, Stressabbau	https://www.nierenstiftung.de/fuer-ihre-gesundheit/praevention/tipps/
AOK Gesundheitsangebote	Bewegungsangebote, Sportgruppen, etc.	Über den AOK Präventionsberater https://www.mediverbund-ag.de/file/1993 oder die Broschüre Gesundheitsangebote https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/
AOK Bewegungsberatung	Beratung zu körperlicher Aktivität vor Ort	Anmelden über örtliches AOK Kundencenter oder Gesundheitszentrum
Adipositas therapie	Aktuelle Leitlinie & Patientenleitlinie	www.awmf.org

Beratung zur Ernährung

Eine gesunde Ernährung kann einen günstigen Effekt auf die Entstehung und den Verlauf einer Arteriosklerose und damit verbunden einer Hypertonie haben. Sie sollte kaloriengerecht, ballaststoffreich (>20g/Tag), zucker- und fettarm sein und einen geringen Anteil an gesättigten Fettsäuren (<10% der Kalorien) sowie Cholesterin (<300mg/Tag) aufweisen, dafür aber reich an ungesättigten und Omega-3-Fettsäuren sein. Die mediterrane Ernährung (v.a. bestehend aus Obst, Gemüse, Olivenöl, Hülsenfrüchte, Getreide, Fisch) ist nachweislich geeignet, das kardiovaskuläre Risiko um 30% zu reduzieren.⁵³

Bei erhöhten Triglyzeriden, auch als Ursache für ein gestörtes HDL/LDL Verhältnis, ist eine ausreichende Behandlung ohne diätetische Maßnahmen nicht möglich. Am wirksamsten ist die Einschränkung des Alkoholkonsums, die Reduktion tierischer Fette, eine Gewichtsreduktion und Steigerung der körperlichen Aktivität sowie die Zufuhr von Omega-3-reichen Ölen wie beispielsweise Fischöl. Eine hohe Zufuhr gesättigter und/oder Trans-Fettsäuren erhöhen das LDL und sollten daher vermieden werden.⁵⁴

Für Menschen mit Diabetes Typ 2 wird eine ausgewogene, gesunde Ernährung empfohlen. Insbesondere Kenntnisse zur Kohlenhydratauswahl und zur ausgewogenen Fettzusammensetzung sind zu vermitteln. Auch ist der Umgang mit Alkohol wegen des erhöhten Hypoglykämie-Risikos anzusprechen. Vor allem zuckerhaltige Getränke sollten vermieden werden, da diese einen raschen Blutzuckeranstieg nach sich ziehen.

Beim Umgang mit Kohlenhydraten geht es vor allem darum, dass schnell resorbierbare Kohlenhydrate nicht übermäßig gegessen und stattdessen ballaststoffreiche Nahrungsmittel mit niedrigem glykämischen Index bevorzugt werden sollten. Für eine Beschränkung der Proteinzufuhr bei Diabetes mellitus gibt es keine Evidenz. Bei Fetten sollte vor allem darauf Wert gelegt werden, dass gesättigte- und Transfettsäuren unter 10% der Gesamtenergie betragen.⁵⁵

Eine hohe Salzzufuhr konterkarieret die pharmakologischen Bemühungen durch Verordnung von Diuretika eine Senkung des Blutdrucks und der Proteinurie zu erreichen. Eine Kochsalzreduzierte Ernährung mit 4,5-6g/Tag kann einen wichtigen Beitrag in allen Stadien der chronischen Niereninsuffizienz leisten.⁵⁶

Metaanalysen legen den Nutzen einer milden Eiweißrestriktion zur Verminderung der Proteinurie (welche progressionsfördernd wirkt) in frühen Stadien nahe. Eine bewusst gesteigerte Flüssigkeitszufuhr hat keinen positiven Effekt auf die Progressionsrate chronischer Nierenerkrankungen. Sie kann allerdings zu einer Volumenexpansion und damit zu erhöhtem Blutdruck führen. Die Trinkmenge sollte sich daher nach dem Durstgefühl richten. Ist dieses (zum Beispiel bei älteren Menschen) gestört, ist eine Trinkmenge von ~1,5L/Tag zu empfehlen.⁵⁷

⁵³ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

⁵⁴ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

⁵⁵ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

⁵⁶ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

⁵⁷ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

Ernährung nach Stadien

Für Patienten mit normaler bis leicht eingeschränkter Nierenfunktion in den Stadien 1-2 empfiehlt sich, ähnlich wie für Gesunde, eine normalkalorische, leicht eiweißreduzierte (0,8g/kg) und kochsalzreduzierte Ernährung. Eine Einschränkung der Trinkmenge, des Kalium- oder Phosphatgehaltes der Nahrung ist nicht erforderlich.

In den Stadien 3a/3b wird je nach Literatur eine Eiweißzufuhr zwischen 0,8-1,0g/kg Körpergewicht/Tag empfohlen, weniger als 0,6g soll nicht empfohlen werden.^{58 59 60} Umsetzbar ist dies zum Beispiel über eine überwiegend vegetarische Ernährung. Die Energiezufuhr sollte fortwährend bei 30kcal/kg (> 60 Jahre) bis 35kcal/kg (< 60 Jahre) liegen.

Niereninsuffiziente Patienten sollten nicht mehr wie 2g Kalzium pro Tag zuführen.⁶¹

Um dem Verlust von Körpermasse bei einem nephrotischen Syndrom (NS) entgegenzuwirken, soll in diesem Fall keine Eiweißrestriktion stattfinden. Der Erhalt der Körpermasse hat eine höhere Priorität als eine Eiweißrestriktion unter allen Umständen. Eine Proteinzufuhr von 0,8-1,2g/kg wird empfohlen.⁶²

Im Stadium 4 gelten die Empfehlungen für das Stadium 3 weiter. Das Risiko für eine Malnutrition verschärft sich. Auch hier hat der Erhalt der Körpermasse oberste Priorität, eine normale Proteinzufuhr von 0,8-1,2g/kg wird empfohlen.

Neben einer renalen Azidose treten in diesem Stadium bei einer Vielzahl von Menschen weitere Folgeerkrankungen auf. Eventuell erfordert dies den Einsatz einer Vitamin D Substitution. In der Regel muss auch die Kalziumzufuhr eingeschränkt werden um einer Hyperkaliämie zu vermeiden. Auf eine ausreichende Eisenzufuhr sollte geachtet werden.

Im Stadium 5 hat eine Eiweißrestriktion keinen Einfluss mehr auf die Progressionsrate. Sie steigert eher das Risiko einer Malnutrition. Die Empfehlungen aus dem Stadium 4 sollten fortgeführt werden.

Werden die Patienten Dialysepflichtig befinden sie sich bereits in Ruhe in einem katabolen Stoffwechszustand, der durch die Hämodialyse noch gesteigert wird. Für diese Menschen gilt daher sogar eine noch gesteigerte Eiweißzufuhr von >1,2g/kg. Bei eingeschränkter Diurese ist eine Flüssigkeitsrestriktion notwendig. Aus Faustformel gilt ausgeschiedene Urinmenge in ml +500ml/Tag. Die Kochsalzrestriktion reduziert das Durstgefühl. Kalium muss streng mengenbegrenzt werden um eine lebensgefährliche Hyperkaliämie zu vermeiden. Daher sollten Lebensmittel mit hohem Kaliumgehalt wie Trockenfrüchte, Nüsse, Obst, Gemüsesäfte, Diätsalze gemieden werden.

⁵⁸ Evidence-based Clinical Practice Guideline for CKD 2013 <https://link.springer.com/journal/10157>

⁵⁹ KDIGO https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

⁶⁰ DGEM 2018 <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Veranstaltungen/Fortbildung-gen/2017/2018/Radermacher%20Ern%C3%A4hrung%20bei%20Niereninsuffizienz%201.pdf>

⁶¹ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

⁶² Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

Bei der Peritonealdialyse gehen täglich 5-15g Eiweiß verloren. Dieser Verlust sollte ausgeglichen werden. Daher wird eine Proteinzufuhr von 1,2-1,4g/kg angestrebt. Die tägliche peritoneale Glukoseresorption kann 150-200g, entsprechend 600-800 kcal betragen, auch dies sollte berücksichtigt werden.⁶³

Fettlösliche Vitamine gehen in der Regel nicht durch die Dialyse verloren, handelsübliche Multivitaminpräparate sollten daher nicht eingenommen werden.

Ausgeglichene Vitamin D Speicher sollten angestrebt werden, bei chronischer Niereninsuffizienz wird dieses zu wenig gebildet. Bei Dialysepatienten tritt zudem ein Zinkmangel gehäuft auf, für Frauen werden 8-12mg und für Männer 10-15mg/Tag empfohlen.⁶⁴

Dialysepatienten haben eine wöchentliche Phosphat-Last von 7-8g und die HD oder PD vermögen pro Woche nur bis zu 3g zu entfernen. Um eine Hyperphosphatämie zu vermeiden, werden 0,8-1g pro Tag empfohlen. Da mit einer erhöhten Eiweißzufuhr auch mehr Phosphat aufgenommen wird, empfehlen sich pflanzliche Eiweißquellen, da Phosphat aus diesen Quellen nur zu 10-30% vom Körper aufgenommen wird im Gegensatz zu 40-60% aus tierischen Quellen.⁶⁵

Zu den proteinreichen Lebensmitteln zählen neben Fleisch, Fisch, Milchprodukten und Eiern vor allem Hülsenfrüchte, wie Soja, Linsen und Erbsen. Auch Getreideprodukte, wie Brot, tragen zur Versorgung mit Proteinen bei.⁶⁶

⁶³ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

⁶⁴ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

⁶⁵ Rademacher, J. (2019): Ernährungszustand bei Dialysepatienten. Dialyse aktuell 2019, 23:397-403.

⁶⁶ <https://www.dge.de/wissenschaft/weitere-publikationen/faqs/protein/#c5289> (Stand 26.11.2019)

Zusammenfassende Ernährungsempfehlungen

Allgemein			
Reduktion kardiovaskuläres Risiko (bis zu 30%)	kaloriengerecht, ballaststoffreich (>20g/Tag), zucker- und fettarm mit einem geringen Anteil an gesättigten Fettsäuren (<10% der Kalorien) und <Cholesterin (<300mg/Tag), dafür aber reich an ungesättigten Fetten und an Omega-3-Fettsäuren	Mediterrane Ernährung	
Erhöhte Triglyzeride	Einschränkung des Alkoholkonsums, Reduktion tierischer Fette, Gewichtsreduktion und Steigerung der körperlichen Aktivität sowie die Zufuhr von Omega 3 reichen Ölen wie beispielsweise Fischöl	hohe Zufuhr gesättigter und/oder Trans-Fettsäuren erhöhen das LDL und sollten daher vermieden werden	
Diabetes Typ 2	Kenntnisse zur Kohlenhydratauswahl und zur ausgewogenen Fettzusammensetzung vermitteln	ballaststoffreiche Nahrungsmittel mit niedrigem glykämischen Index	
Salzzufuhr	4,5-6g/Tag		
Gemäß Stadium			
	Prädialyse (CKD Stadien 3-4)	Hämodialyse (CKD Stadium 5D)	Peritonealdialyse (CKD Stadium 5D)
Protein (g/kg KG)	0,8-1,0 (CKD Stadium 3) 0,8-1,2 (nephrotisches Syndrom) 0,8-1,2 (CKD Stadium 4)	>1,2	1,2-1,4 1,5 (Peritonitis)
Kalorien (kcal/kg KG)	35 (<60 Jahre) 30-35 (>60 Jahre)	35 (<60 Jahre) 30-35 (>60 Jahre)	35 (<60 Jahre) 30-35 (>60 Jahre) Dialysatkalorien mit eingerechnet
	Prädialyse (CKD Stadien 3-4)	Hämodialyse (CKD Stadium 5D)	Peritonealdialyse (CKD Stadium 5D)
Flüssigkeit (ml/d)	Selten Einschränkungen	Urinmenge +500	Urinmenge +500

Natrium (mmol/d)	60-100	60-100	60-100
Kalium (mmol/d)	50-70 Reduktion bei Hyperkaliämie- neigung (>5,5 mmol/l)	50-70 Reduktion bei Hyperkaliämie- neigung (>5,5 mmol/l)	50-70 Hyperkaliämie tritt seltener auf
Phosphat (g/d)	0,8-1,0	0,8-1,0	0,8-1,0
Kalzium	Ab dem KDIGO-Stadium 3 sollten nicht mehr als 2g Kalzium zugeführt werden	Nicht mehr als 2g Kal- zium/d zuführen	Nicht mehr als 2g Kal- zium/d zuführen

Empfehlung zur Ernährung bei Peritonealdi-
alysepatienten

- Keine oder nur moderate Flüssigkeits-
restriktion bei in der Regel erhaltener
Restausscheidung
- Nur geringe Einschränkung der entera-
len Kaliumzufuhr, ggf. sogar Kaliumsub-
stitution
- Resorption von 150-200g Glukose (600-
800kcal) über das Peritonealdialysat
muss bei der Energiebilanz berücksich-
tigt werden
- Proteinzufuhr von 1,2-1,4g/kg KG/d, bei
Peritonitiden 1,5g/kg KG/d

Empfehlung zur Ernährung bei Hämodialyse-
patienten

- Im Verlauf häufig strenge Flüssigkeitsrest-
riktion (Faustregel: Urinmenge in ml/d
+500 ml)
- Lebensmittel mit hohem Kaliumgehalt
meiden (Trockenfrüchte, Nüsse, Obst,
Gemüsesäfte, Diätsalze)
- Proteinzufuhr von mindestens 1,2g/kg
KG/d (davon 50% hochwertige Eiweiße)
- Bei Zeichen von Protein-Energy Wasting:
orale/enterale Supplementation mit hoch-
kalorischen und auf Dialysepatienten ab-
gestimmten Trinklösungen, in Ausnahme-
fällen auch intradialytische parenterale Er-
nährung/PEG-Sondenernährung

Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

Informationen und Angebote zur Ernährung

Was?	Wie?	Wo?
DMP Diabetes Typ 2	Eine Veränderung des Lebensstils erfordert einen umfassenden interdisziplinären Ansatz sowie die aktive Einbindung des Patienten, wie es beispielsweise im Disease-Management-Programm für chronisch kranke Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg angeboten wird siehe z.B. AOK Curaplan	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/dmp/dm2/index.html
DMP KHK	Ziel der Disease-Management-Programme ist die Optimierung der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen durch verbesserte Kontinuität der Betreuung und strukturierte Koordination der Behandlungsabläufe.	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/faq/khk/
10-Jahres-Risiko für ein tödliches kardiovas-kuläres Ereignis ermitteln	z.B. durch SCORE-Charts der "European Association of Preventive Cardiology"	http://www.heartscore.org/de/DE/access
Selbsthilfegruppen vor Ort	Die NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. informiert und hilft bei der Suche nach Selbsthilfegruppen	https://www.nakos.de
Patienten-broschüren	Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie bietet kostenlose Patientenbroschüren z.B. zu Schwangerschaft, Nierenersatztherapie, Übergewicht etc.  Faltblatt Übergewicht geht an die Nieren – und das gleich dreifach! Das Faltblatt zum Weltnierentag 2017. Download	https://www.dgfn.eu/patientenbroschueren.html
Patienten-informationen	Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hat ein Portal für Patientenzentrierte Gesundheitsinformationen geschaffen (im Link z.B. zur chronischen Niereninsuffizienz) 	https://www.gesundheitsinformation.de/chronische-nierenerkrankung.2606.de.html 

Patienten-leitlinie Nieren-erkrankungen bei Diabetes	Die Patientenzentrierte Form der NVL	https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/dm-nierenerkrankungen-vers1.0-pll.pdf 
Infomaterialien	Die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) bietet kostenlose Infomaterialien zu verschiedensten Themen wie Suchtprävention (Alkohol, Nikotin etc.), Ernährung/Bewegung/Stressregulation, Gesundheit im Alter u.v.m.	https://www.bzga.de/infomaterialien/ 
Patienten-informationen	KfH Nierenzentren: Patientenratgeber kompakt	https://www.kfh.de/infomaterial/patientenratgeber/
Patienteninformationen	Nierenstiftung Bewegung, Ernährung, Stressabbau	https://www.nierenstiftung.de/fuer-ihre-gesundheit/praevention/tipps/
Patienteninformationen	Österreichische Gesellschaft für Nephrologie Empfehlung zu Ernährung	https://www.nephrologie.at/patienteninformation/diaetempfehlung-bei-dialyse/
AOK Gesundheitsangebote	Ernährungsberatung, Kochgruppen etc.	Über den AOK Präventionsberater https://www.mediverbund-ag.de/file/1993 oder die Broschüre Gesundheitsangebote https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/
AOK Ernährungsberatung	Ob Sie sich für eine ausgewogene Ernährung interessieren, Ihr Gewicht reduzieren möchten, an einer Allergie leiden oder chronisch krank sind: Die Ernährungsexperten der AOK helfen weiter – mit persönlicher Beratung und vielen praktischen Tipps.	Anmelden über örtliches AOK Kundencenter oder Gesundheitszentrum
Adipositas-therapie	Aktuelle Leitlinie & Patientenleitlinie	www.awmf.org

Beratung zum Rauchstopp

Tabakrauch enthält etwa 4.800 chemische Substanzen, von denen ca. 250 giftig und 90 krebserregend sind:

Nikotin: Nikotin ist der Hauptwirkstoff im Zigarettenrauch und macht sehr schnell abhängig. Es ist zudem ein starkes Gift welches u.a. zur Schädlingsbekämpfung eingesetzt wird. 60 Milligramm können tödlich sein für Erwachsene. Eine Zigarette enthält (gesetzlich vorgeschrieben) maximal 1 Milligramm.

Teer: entsteht beim Verbrennen von Tabak und wird durch den Filter kaum zurückgehalten. Teer ist zäh und verklebt die Flimmerhärchen in den Atemwegen welche Schadstoffe abtransportieren. Sind sie zerstört kann kein Staub/Schmutz mehr abtransportiert werden.

Kohlenmonoxid: ist ein geruchloses giftiges Gas das beim Verbrennen von Tabak entsteht. Durch die Bindung an rote Blutkörperchen verhindert es den Sauerstofftransport (es nimmt den Platz von Sauerstoff am roten Blutkörperchen ein). Um den Körper trotzdem mit genug Sauerstoff zu versorgen steigen Blutdruck und Pulsfrequenz. So läuft der Körper im Ruhezustand auf Hochtouren und mindert so die Leistung bei Belastung.^{67 68}

Durchschnittlich sterben in Deutschland jedes Jahr mehr als 100.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Hinzu kommen Erkrankungen, Gesundheitsbeschwerden und vorzeitige Todesfälle, die durch regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden.⁶⁹

Passivrauchen weißt 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.⁷⁰

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.⁷¹

⁶⁷ <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/inhaltsstoffe-im-tabakrauch/> (Stand 31.08.2018)

⁶⁸ AOK-Bundesverband, Deutscher Hausärzteverband e.V. (2016): Patienten-Handbuch zur chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD. Mainz 2016.

⁶⁹ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Rauchen/Rauchen_node.html (Stand 31.08.2018)

⁷⁰ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Factsheets/JoHM_02_2018_Passivrauchbelastung_Erwachsene.pdf;jsessionid=B04EA3EBD-ADEB4420FFDEFC7B9296789.1_cid381?_blob=publicationFile (Stand 31.08.2018)

⁷¹ http://gesundheitsziele.de//cms/medium/1247/BMG_Tabakkonsum_reduzieren_Onlineversion.pdf (Stand 31.08.2018)

Das Rauchen verengt die Blutgefäße und erhöht den Blutdruck in der Niere wie auch im restlichen Körper. Bereits bei mäßigen Rauchern (als starker Raucher wird gemäß WHO ein Raucher mit einem täglichen Zigarettenkonsum von mehr als 20 Stück bezeichnet) schreitet die Nephropathie doppelt so schnell fort wie bei Nichtrauchern.⁷² Rauchen schädigt direkt die Gefäße und führt zu Arteriosklerose. Es erhöht als unabhängiger Faktor das kardiovaskuläre Risiko.

Rauchen setzt die glomeruläre Filtrationsrate der Nieren um bis zu 30% herab und hat zudem eine inflammatorische Wirkung.⁷³ Rauchen ist also ein unabhängiges Risiko zur Entwicklung und Progression einer chronischen Niereninsuffizienz.

Wie das Nephrology Dialysis Transplantation Journal der Oxford Universität schreibt, erhöht Rauchen das relative Risiko für chronische Niereninsuffizienz um 50%.⁷⁴

Wie die Deutsche Diabetes Hilfe schreibt, verändert der Tabakrauch zudem die Zusammensetzung der Blutfette indem er den LDL-Cholesterinspiegel ansteigen lässt und die Menge an „gutem“ HDL-Cholesterin verringert. Raucher haben ein doppelt so hohes Risiko einen Typ 2 Diabetes zu entwickeln wie Nichtraucher. Vor allem Männer über 40 sind betroffen.⁷⁵

Rauchen ist die wichtigste vermeidbare Todesursache (2-3x höheres Risiko zu sterben wie Nichtraucher).

Rauchen erhöht das Risiko für Lungenkrebs um das 6-21-fache. Das Risiko für Karzinome im Mund, Rauchen, Pankreas und Ösophagus ist um das 6-8-fache erhöht.

Das kardio- und zerebrovaskuläre Risiko ist um 50% erhöht.

Rauchen verursacht zudem COPD (10-12-faches Risiko). Ca. 80% der COPD-Mortalität sind mit dem Rauchen assoziiert.

Das Risiko für die Gesamtheit der Passivraucher beträgt etwa die Hälfte des zusätzlichen Risikos von Aktivrauchern.⁷⁶

Rauchen beschleunigt die Progression von Nierenerkrankungen. Studien bei Typ 2 Diabetikern mit Nephropathie zeigten eine deutliche Reduktion der Progression durch Einstellen des Rauchens, z.T. wurde auch von einem Rückgang der Albuminurie berichtet.

Das Einstellen des Rauchens mindert die Progression einer bestehenden Nephropathie. Daher birgt gegenwärtiges Rauchen auch ein höheres Risiko als zurückliegender Tabakabusus.

Ein bestehender Nikotinabusus muss beendet werden, da er als unabhängiger Risikofaktor bei Typ-1 als auch Typ-2-Diabetes gilt und bei initial normotensiven Patienten eine Reduktion der GFR verursacht. Der Effekt ist abhängig vom Grad der Proteinurie und anderen Risikofaktoren.⁷⁷

Die Voraussetzung zum Rauchstopp ist die Erfassung des Raucherstatus.

Wie in der S3 Leitlinie zur Tabakentwöhnung bei COPD beschrieben sollte zuerst eine vollständige Tabakanamnese als Voraussetzung für die Unterstützung und Motivation bei der Tabakentwöhnung durchgeführt werden. Ein Vorschlag zum Anamnesebogen findet sich auf Seite 10 der Leitlinie. Die Abfrage des Rauchstatus kann bereits im Wartezimmer erfolgen.

⁷² <https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/folgeerkrankungen/diabetes-und-nieren/index.html> (Stand 28.05.2019)

⁷³ Michael, E., H. u.a. (2016): Cigarette Smoking and Chronic Kidney Disease in African Americans in the Jackson Heart Study. JAMA, June 13, 2016 Vol 5, Issue 6

⁷⁴ Laecke, S., Biesen, W. (2017): Smoking and chronic kidney disease: seeing the signs through the smoke? Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 32, Issue 3, March 2017, Pages 403–405

⁷⁵ <https://www.diabetesde.org/gesund-leben-mit-diabetes/koerper-und-seele-im-einklang/aengste-essstoerungen-alkohol-oder-nikotinmissbrauch> (Stand 28.05.2019)

⁷⁶ Sönnichsen, A. (Hrsg.); Rabady, S. (2018): EbM-Guidelines

⁷⁷ Sönnichsen, A. (Hrsg.); Rabady, S. (2018): EbM-Guidelines

Vertrag vom 01.04.2020 i.d.F. vom 01.04.2023
Nicht-medikamentöse Versorgung in der Nephrologie

Diese sollte bei jeder Kontrollvorstellung wiederholt bzw. ergänzt werden.
Das Ausmaß der Abhängigkeit lässt sich beispielsweise durch den international anerkannten *Fagerström-Test for Nicotine Dependence* (FTND) abfragen.
Hilfreich ist auch der Einsatz von Rauchertagebüchern.
Die anschließende motivierende Beratung muss im Zusammenhang mit der Tabakanamnese wiederholt durchgeführt werden.

Ein praxisnaher Leitfaden für die Arztpraxis zur Kurzintervention Rauchstopp wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelt:

BZgA Kurzintervention <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/foerderung-des-nichtrauchens-informationsmaterial-fuer-multiplikatoren/leitfaden-zur-kurzintervention-bei-raucherinnen-und-rauchern/>

Sowie von der Bundesärztekammer <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtmedizin/tabak/raucherberatung-behandlung/>

Ein solches Vorgehen gibt es auch für den Umgang mit Alkoholpatienten <https://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/kurzintervention-bei-patienten-mit-alkoholproblemen-leitfaden-fuer-aerzte/>

Auswirkungen unterschiedlicher Tabakprodukte

- Die weltweit hergestellten Tabakprodukte sind zu 96% Zigaretten⁷⁸
- Den geringeren Nikotinanteil von sogenannten „Light-Zigaretten“ gleichen Rauchende durch einen höheren Konsum und tieferes Inhalieren aus, welches für Formen des Lungenkrebses verantwortlich gemacht wird, die als besonders schwer behandelbar gelten⁷⁹
- Der längerfristige Konsum und daraus resultierende Schäden durch E-Zigaretten/E-Shishas sind derzeit noch nicht ausreichend untersucht. Die Menge der Kanzerogene im Dampf von E-Zigaretten schätzt das DKFZ zwar insgesamt als gering ein, besonders bei Dauerkonsum könne eine Krebsgefährdung allerdings nicht ausgeschlossen werden. Die verwendbaren „Liquids“ sind mit und ohne Nikotin erhältlich. Nach dem Konsum kann es kurzfristig zu Atemwegsirritationen und eventuell auch zu Entzündungsreaktionen in den Bronchien kommen. Auch sind Wundheilungsstörungen zu befürchten.⁸⁰ Die E-Zigarette wird nicht als Mittel zum Rauchstopp empfohlen⁸¹
- Die Wirksamkeit von Kräuterzigaretten zum Rauchstopp ist nicht belegt. Nachgewiesen ist dagegen, dass auch durch deren Rauch gesundheitsschädliche Giftstoffe aufgenommen werden⁸²

⁷⁸ Die Zigarette – ein hoch technisiertes Produkt mit vielen Zusatzstoffen: <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/zigaretten/> (Stand 11.10.2018)

⁷⁹ Hammond D., Parkinson C. (2009). The impact of cigarette package design on perceptions of risk. Journal of Public Health, doi:10.1093/pubmed/fdp066

⁸⁰ E-Zigaretten könnten Wundheilung behindern
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98643>

⁸¹ E-Zigarette – eine vermeintlich harmlose Alternative <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/elektrische-zigaretten/> (Stand 11.10.2018)

⁸² Die Kräuterzigarette - tabak- und nikotinfrei, als Alternative zur Zigarette jedoch nicht zu empfehlen
<https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/kraeuterzigaretten/> (Stand 11.10.2018)

- Die Gefahr, an einer Krebsart im Rachenraum zu erkranken, ist für Zigarrenrauchende etwa doppelt so hoch wie für Zigarettenrauchende. Für Lungenkrebs haben sie sogar ein viermal so hohes Risiko. Weiterhin erhöht der Konsum das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle⁸³
- Das Pfeiferauchen geht mit einem viermal höheren Risiko für Lungenkrebs gegenüber Nichtrauchern einher und mit einem hohen Risiko für Krebs im Mund- und Rachenraum. Die Wahrscheinlichkeit, dass Pfeiferaucher einen Herzinfarkt erleiden ist um etwa 69% erhöht und das Risiko für einen Schlaganfall um 62%⁸⁴
- Über den Rauch von Wasserpfeifen werden zum Teil größere Schadstoffmengen aufgenommen als durch filterlose Zigaretten. Das Rauchen von Wasserpfeifen ist gesundheitsschädlich⁸⁵
- Tabakprodukte ohne Rauch wie z.B. Kautabak stellen keine geeignete Alternative zur Zigarette dar. Auch sie enthalten Nikotin und regelmäßiger Konsum kann Mundhöhlen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs sowie Herz-Kreislaufkrankungen auslösen⁸⁶

Informationen und Angebote zum Rauchstopp

Kostenlose Materialien zum Drucken oder Bestellen

- BZgA & DKFZ <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/>
- BZgA <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/>
- ÄZQ <https://www.patienten-information.de/themen/lunge/lunge>
- DKFZ <https://www.dkfz.de/de/rauchtelefon>

Unterstützende Maßnahmen und Angebote zum Rauchstopp beispielsweise

- BZgA Rauchentwöhnung Telefonberatung **0 800 8 31 31 31**
- Suchtberatung u.a. z.B. <https://www.awo.org/suchtberatung>
- Selbsthilfebücher u.a. z.B. A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher
- Online-Schulungen u.a. z.B. www.nichtraucherhelden.de
- Kostenfreie zertifizierte Rauchfrei Kurse (IFT www.rauchfrei-programm.de / BÄK www.bundesaerztekammer.de / BDP www.pneumologenverband.de)
- AOK Präventionsberater: Beratung zu AOK Gesundheitsangeboten wie: Ernährungsberatung, Bewegungskurse, AOK Rauchstopp für in DMPs eingeschriebene Patienten
- Bosch BKK Patientenbegleitung als Präventionsberater: Berät zu Präventionsangeboten Rauchstopp-Angebote (analog und digital) sowie Präventionsmaßnahmen

⁸³ Zigarrenrauchen - ein häufig unterschätztes Gesundheitsrisiko <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/zigarren-zigarillos/> (Stand 11.10.2018)

⁸⁴ Pfeiferauchen - nicht nur schädlich für die Mundgesundheit <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/pfeifen/> (Stand 11.10.2018)

⁸⁵ Wasserpfeifen: Vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beliebt <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/wasserpfeifen/> (Stand 11.10.2018)

⁸⁶ Rauchlose Tabakprodukte – qualmfrei und dennoch gesundheitsschädlich <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/rauchlose-tabakprodukte/> (Stand 11.10.2018)

Umsetzung der Nicht-medikamentösen Beratung

Eine Empfehlung zur Umsetzung der Nicht-medikamentösen Beratung finden Sie im zugehörigen Anhang 1a

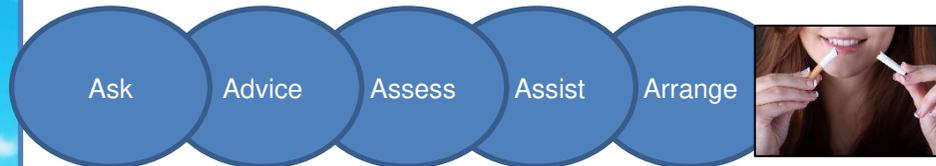
Tischvorlage Nicht-medikamentöse Beratung zum Rauchstopp, Bewegung und Ernährung gem. Anl. 12

Theoretischer Hintergrund in Anhang 1
Umsetzung in Anhang 1a

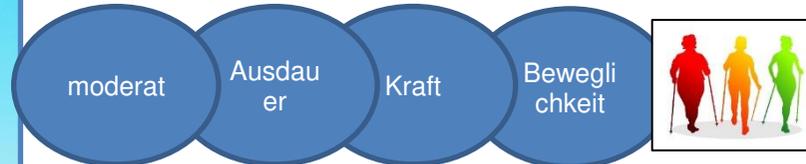


Nicht-medikamentöse informative und motivationale Beratung zu Risikofaktoren

- Raucherentwöhnung u.a. 5A, DMP Flyer Curaplan 4-Stufen-Konzept (siehe Seite 5&6)



- Bewegung u.a. gem. WHO 150 Minuten/Woche, ohne und mit Dialyse (siehe Seite 10)



- Ernährung v.a. zur Gewichtsoptimierung und gem. Stadium (siehe Seite 13&14)



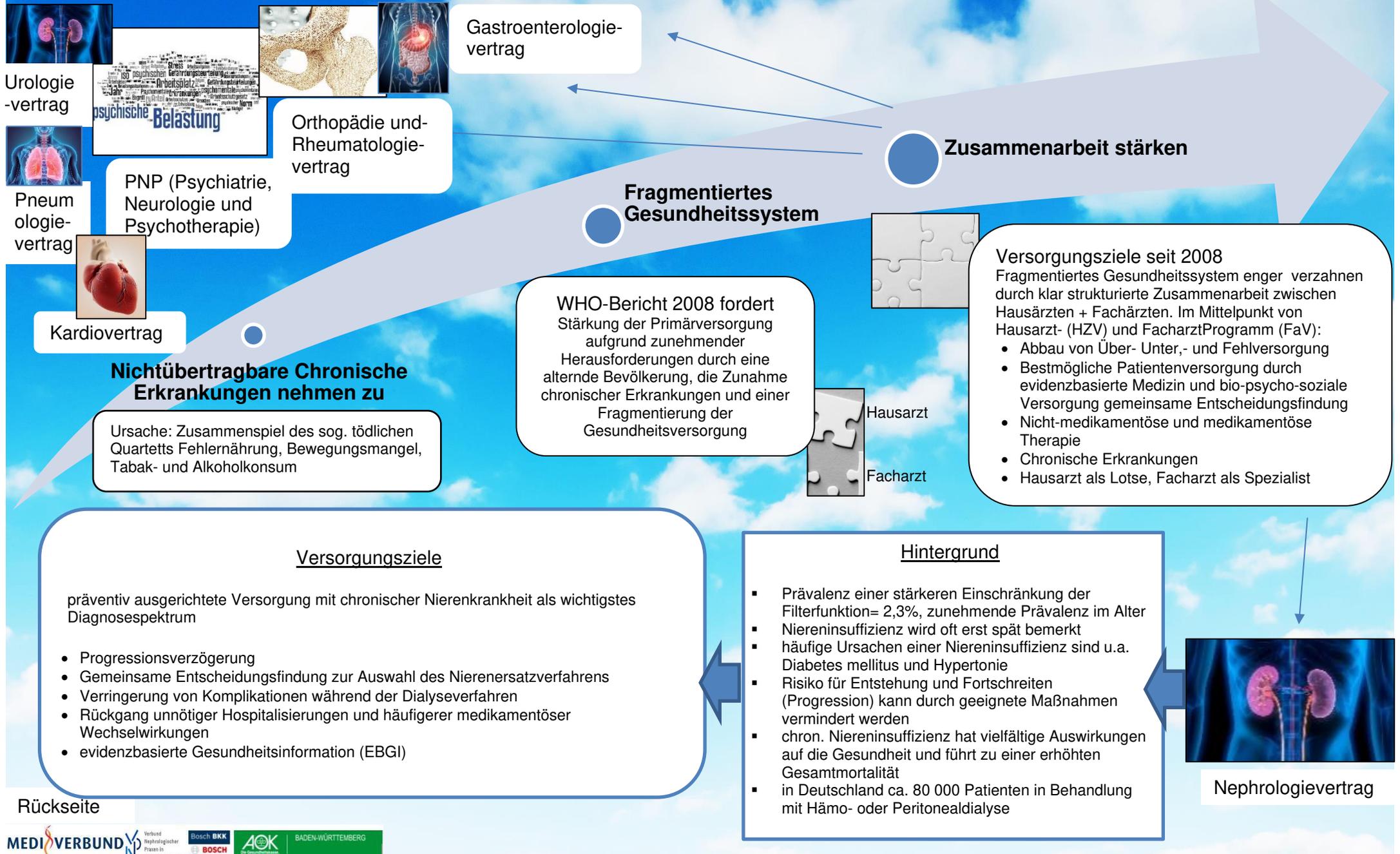
Unterstützung durch die **EFA**, schriftlich und mündlich z.B.

- Dokumentation Rauchstatus, Bewegungsverhalten, BMI, getroffene Maßnahmen
- Übergabe der vereinbarten Patienteninformationen
- Vereinbarte Maßnahmen besprechen und dokumentieren
- Recall zur Zielvereinbarung
- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit den vereinbarten Unterstützungsangeboten

Vorderseite



Versorgungsziele Nephrologievertrag



Zusammenarbeit stärken

Fragmentiertes Gesundheitssystem

Versorgungsziele seit 2008
 Fragmentiertes Gesundheitssystem enger verzahnen durch klar strukturierte Zusammenarbeit zwischen Hausärzten + Fachärzten. Im Mittelpunkt von Hausarzt- (HZV) und Facharztprogramm (FaV):

- Abbau von Über-, Unter-, und Fehlversorgung
- Bestmögliche Patientenversorgung durch evidenzbasierte Medizin und bio-psycho-soziale Versorgung gemeinsame Entscheidungsfindung
- Nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapie
- Chronische Erkrankungen
- Hausarzt als Lotse, Facharzt als Spezialist

WHO-Bericht 2008 fordert
 Stärkung der Primärversorgung aufgrund zunehmender Herausforderungen durch eine alternde Bevölkerung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und einer Fragmentierung der Gesundheitsversorgung

Nichtübertragbare Chronische Erkrankungen nehmen zu
 Ursache: Zusammenspiel des sog. tödlichen Quartetts Fehlernährung, Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum

Versorgungsziele

präventiv ausgerichtete Versorgung mit chronischer Nierenkrankheit als wichtigstes Diagnosespektrum

- Progressionsverzögerung
- Gemeinsame Entscheidungsfindung zur Auswahl des Nierenersatzverfahrens
- Verringerung von Komplikationen während der Dialyseverfahren
- Rückgang unnötiger Hospitalisierungen und häufigerer medikamentöser Wechselwirkungen
- evidenzbasierte Gesundheitsinformation (EBGI)

Hintergrund

- Prävalenz einer stärkeren Einschränkung der Filterfunktion= 2,3%, zunehmende Prävalenz im Alter
- Niereninsuffizienz wird oft erst spät bemerkt
- häufige Ursachen einer Niereninsuffizienz sind u.a. Diabetes mellitus und Hypertonie
- Risiko für Entstehung und Fortschreiten (Progression) kann durch geeignete Maßnahmen vermindert werden
- chron. Niereninsuffizienz hat vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit und führt zu einer erhöhten Gesamtmortalität
- in Deutschland ca. 80 000 Patienten in Behandlung mit Häm- oder Peritonealdialyse



Nephrologievertrag

Anhang 1a Empfehlungen zum Ablauf der Beratung zum Rauchstopp sowie zu Bewegung und Ernährung

Inhaltsverzeichnis/Übersicht

Inhalt

Beratung zur krankheitsspezifischen nicht-medikamentösen Therapie gem. Anl 12	4
Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI	4
Vorbereitung für das Arztgespräch durch die EFA.....	6
Nicht-medikamentöse Beratung durch den Arzt	6
Rauchstopp	6
Bewegung.....	12
Gewichtsoptimierung	15
Nach dem Arztgespräch, Übergabe des Patienten an die EFA	19

Beratung zur krankheitsspezifischen nicht-medikamentösen Therapie gem. Anl 12

Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI

Nach der Anmeldung des Patienten übergibt die EFA die Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI zum Ausfüllen im Wartezimmer (auch als Vorbereitung zur Bio-Psycho-Sozialen Anamnese gem. Anlage 12):^{1 2}

Von Patient/in auszufüllen

1. Haben Sie in den letzten 30 Tagen geraucht oder gedampft (Zigaretten, Zigarren, Shisha, E-Zig, Verdampfer)? Ja Nein

2. Wieviel Zeit verbringen Sie in einer normalen Woche mit **anstrengender** körperlicher Aktivität, bei der Sie **schnell und intensiv** atmen müssen, wie beispielsweise rennen, Aerobic oder Ballsportarten?

Minuten

3. Wieviel Zeit verbringen Sie in einer normalen Woche mit **moderater** körperlicher Aktivität, die Ihre Herzfrequenz erhöht und Sie etwas schneller atmen lässt, wie beispielsweise Walking, Fahrradfahren oder Gartenarbeit?

Minuten

4. Wieviel wiegen Sie kg und wie groß sind Sie m ?

Von Arzt / EFA auszufüllen

Ergebnis aus Frage 2&3: anstrengende körperliche Aktivität x 2 + moderate körperliche Aktivität (Zeitwert verdoppeln da anstrengender als moderate Intensität) =

Minuten (Ziel 150min pro Woche)

BMI (kg/m)² :

Erläuterung:

- Frage 1 dient der Abfrage des Raucherstatus und ist ausschlaggebend diesen anzusprechen

¹ Vorbild der Inhalte ist das PAP-S Göteborg <https://www.eupap.org/>

² ACSM

https://www.exerciseismedicine.org/assets/page_documents/EIM%20Rx%20series_COPD.pdf (Stand 28.01.2020)

- Die Fragen 2 & 3 beschäftigen sich mit der regelmäßigen körperlichen Aktivität der Patienten um deren Ergebnisse in Frage 4 zu addieren. Das wöchentliche Ziel sollten mittelfristig 150 Minuten körperliche Aktivität gem. WHO, ACSM und CDC sein.
- Frage 5 beschäftigt sich mit dem BMI der Patienten. Der BMI wird nach folgender **Formel** berechnet: Körpergewicht (in kg) geteilt durch Größe (in m) zum Quadrat. Ein nicht übermäßig sportlicher Mensch hat ab einem BMI von 25 Übergewicht, ab einem BMI von 30 Adipositas. Der BMI soll hier als Anhaltspunkt dienen den Patienten beispielsweise eine zusätzliche Ernährungsberatung zu empfehlen, auch um einer möglichen Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp vorzubeugen.³

Bei Rauchern soll zusätzlich der Heaviness of smoking index (HSI) (siehe Rückseite des Fragebogens) ausgefüllt werden oder der Fagerström Test zur Zigarettenabhängigkeit (FTCD).

Auf Grundlage eines dieser zwei Werte lässt sich der Grad der Nikotin-Abhängigkeit einschätzen und erleichtert somit auch die Entscheidung, welche der Stufen 1-3 zur Entwöhnung für den jeweiligen Raucher anzuraten sind und ob eine Medikationsempfehlung erfolgen sollte. Auch dient der Test als Werkzeug um den Rauchenden ihre Abhängigkeit vor Augen zu führen.

Heaviness of smoking index (HSI) (Von Patient/in auszufüllen)

Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Aufwachen?

- | | | |
|---------------------|-----------------------|----------|
| Innerhalb von 5 min | <input type="radio"/> | 3 Punkte |
| Nach 6 – 30 min | <input type="radio"/> | 2 Punkte |
| Nach 31 – 60 min | <input type="radio"/> | 1 Punkt |
| Später als 60 min | <input type="radio"/> | 0 Punkte |

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

- | | | |
|---------|-----------------------|----------|
| ≤10 | <input type="radio"/> | 0 Punkte |
| 11 – 20 | <input type="radio"/> | 1 Punkt |

Auswertung:

Abhängigkeit Niedrig 0 – 1 Punkte
 Mittel 2 – 4 Punkte
 Hoch 5 – 6 Punkte

³ <https://www.bzfe.de/inhalt/bmi-rechner-5423.php> (Stand 28.01.2020)

Nach dem Abschluss der Beratung soll die durchgeführte Rauchstoppberatungsmaßnahme dokumentiert werden (z.B. als Kästchen auf der Rückseite des Fragebogens)⁴

Raucher ja / nein

Anweisung zum Nikotinstopp gegeben ja / nein

Vorbereitung für das Arztgespräch durch die EFA

- Nach dem Ausfüllen des Fragebogens bereitet die EFA die Patienten für den Arztkontakt vor.
- Im Rahmen des Arztkontakts wird die ausgefüllte „Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI“ an den Arzt durch die EFA übergeben.

Die Werte des Fragebogens sollten in die Patientenakte eingetragen und die Bögen eingescannt werden.

Das Auftragen eines Stickers, Symbols o.ä. auf Kartei kann als Erinnerungsfunktion dienen, beim nächsten Besuch wieder nach dem Rauchstatus zu fragen.

Nicht-medikamentöse Beratung durch den Arzt

Der Arzt berät die Patienten nun indikationsabhängig gemäß den Risikofaktoren bzw. Ursachen der Erkrankung zum Rauchstopp/zur Bewegung/zur Gewichtsoptimierung.

Rauchstopp

- *Bereits bei mäßigen Rauchern (starker Raucher = mehr als 20 Stück/Tag) schreitet die Nephropathie doppelt so schnell fort wie bei Nichtrauchern.⁵*
- *Rauchen setzt die glomeruläre Filtrationsrate der Nieren um bis zu 30% herab und hat zudem eine inflammatorische Wirkung.⁶ Rauchen ist also ein unabhängiges Risiko zur Entwicklung und Progression einer chronische Niereninsuffizienz.*
- *Rauchen erhöht das relative Risiko für chronische Niereninsuffizienz um 50%.⁷*
- *Die Beratung zum Rauchstopp durch den Arzt erhöht die Rauchstoppraten signifikant.⁸*

⁴ QiSA Asthma/COPD S.42

⁵ <https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/folgeerkrankungen/diabetes-und-nieren/index.html> (Stand 28.05.2019)

⁶ Michael, E., H. u.a. (2016): Cigarette Smoking and Chronic Kidney Disease in African Americans in the Jackson Heart Study. JAHA, June 13, 2016 Vol 5, Issue 6

⁷ Laecke, S., Biesen, W. (2017): Smoking and chronic kidney disease: seeing the signs through the smoke? Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 32, Issue 3, March 2017, Pages 403–405

⁸ GOLD Guidelines 2020 S. 41 https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf

Kurze Beratung gemäß 5A⁹

<u>A1</u>	<u>Ask</u>	<u>Rauchstatus erfragen</u>
<u>A2</u>	<u>Advice</u>	<u>Ratschlag zum Rauchstopp</u> <u>Ggf. Feedback erhobener Befunde</u>
<u>A3</u>	<u>Assess willingness</u>	<u>Was denken Sie selbst über das Rauchen?</u>
<u>A4</u>	<u>Assist</u>	<u>Informationsmaterial</u> <u>Unterstützende Maßnahmen/ Weiterverweisen</u> <u>Medikamente</u>
<u>A5</u>	<u>Arrange follow up</u>	<u>Thema beim nächsten Kontakt wieder aufgreifen</u>

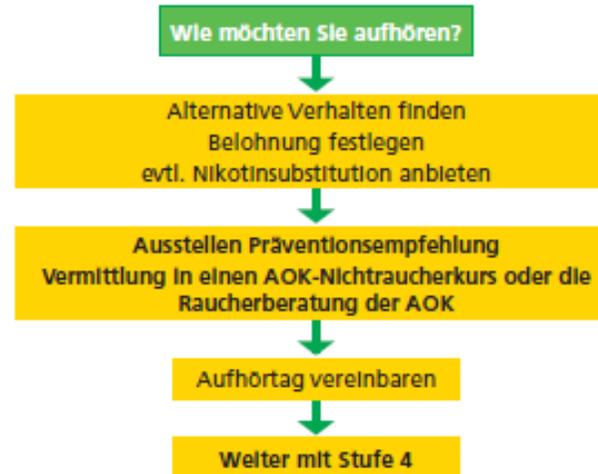
⁹ S.o.

Oder gemäß DMP Flyer Curaplan 4-Stufen-Konzept

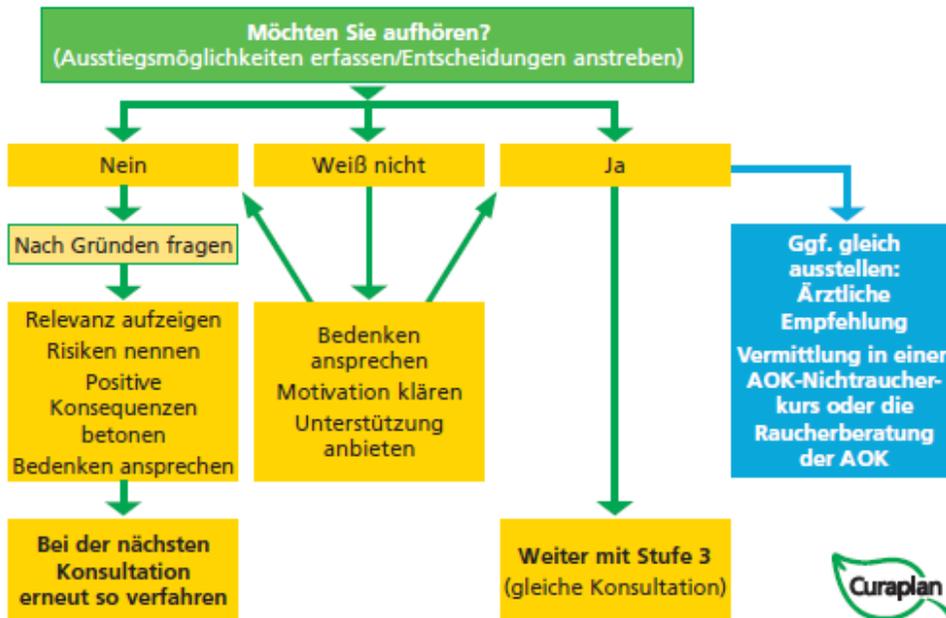
Stufe 1 ▶ Patienten auf das Rauchen ansprechen



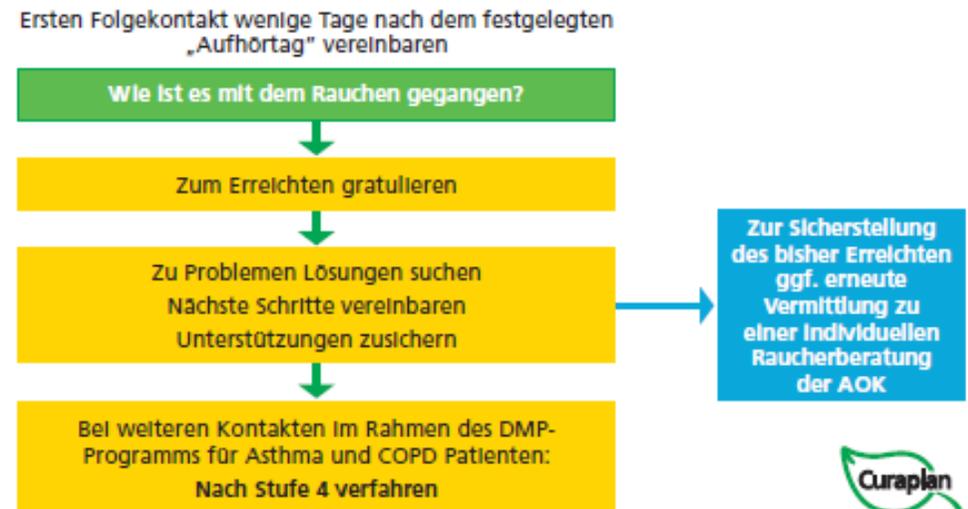
Stufe 3 ▶ Das Aufhören vorbereiten



Stufe 2 ▶ Entscheidungen anstreben



Stufe 4 ▶ Folgekontakte durchführen



Beispielablauf

Alle hier aufgeführten Gesprächsbeispiele stammen aus dem Rauchberatungskonzept von Dr. Alexander Rupp, Stuttgart und sollen der praxisnahen Vermittlung der Motivierenden Gesprächsführung dienen.

A1: Ask

Abfragen Rauchstatus sowie Bewegung/ Gewicht bzw. BMI im Wartezimmer über Fragebogen Lebensstil

Beispielgespräch:

Arzt (A): „Sie haben im Aufnahmebogen angegeben, dass Sie rauchen.“ (A1: Rauchstatus erheben)

Patient (P): „Ja, so ca. 20 Zigaretten pro Tag.“

A2: Advice

Klarer unmissverständlicher ärztl. Rat zu Verhaltensänderung (Rauchen, Bewegung, Ernährung (R, B, E)), am besten verbunden mit Untersuchungsergebnissen (Lungenfunktion, Diffusion, Röntgen) und Anamneseergebnissen (z.B. Fagerström, HSI)

Beispielgespräch:

A: „Mit dem heutigen Befund ... (z. B. Lungenfunktion, Zuckerwerte, Cholesterinwerte, Carotisduplex, Fagerström etc.) (Befunde als Feedback nutzen) möchte ich Ihnen dringend raten, das Rauchen aufzuhören/ sich mehr zu bewegen/ Gewicht abzunehmen (A2: Ratschlag zum Aufhören geben), da sich die Werte sonst aller Wahrscheinlichkeit nach in den nächsten Jahren verschlechtern werden.“

A3: Assess willingness

Offene Frage an den Patienten zur Veränderungsbereitschaft, z. B. „Was denken Sie denn selbst über... das Aufhören (mehr Bewegung, Gewichtsabnahme).“

Ggf. auch Abfragen der Gründe, die ihn am stärksten dazu motivieren (Negative Seiten des bisherigen Verhaltens, Positive Seiten der Verhaltensänderung).

Beispielgespräch:

A: „Dass der Rat aufzuhören von mir als Arzt kommen wird, war Ihnen vermutlich bereits im Vorfeld klar. Mich würde interessieren, was Sie selbst über das Rauchen denken?“ (A3: Aufhörungsbereitschaft mit einer offenen Frage eruieren)

P: „Ich weiß, es tut mir nicht gut, und eigentlich würde ich gerne aufhören, aber ich hab es schon so oft versucht, ich schaff das nicht.“

A: „Sie wollten schon öfters aufhören, aber es hat mehrere Male nicht geklappt. Ich höre aber heraus, dass Sie prinzipiell aufhören möchten (Reflexion). Wie stehen Sie denn zu einem Aufhörversuch, wenn Ihnen jemand helfen könnte, die Schwierigkeiten zu lösen, die bisher im Weg standen (offene Frage)?“

P: „Das könnte ich mir eigentlich schon vorstellen, aber ich weiß nicht wie.“

Häufig genannte Hindernisse & Hürden „Ich würde gerne aufhören, aber...“	Beratungsansatz/Lösungsmöglichkeit
<p>„...ich hab's schon so oft nicht geschafft.“ „...ich weiß, dass ich es sowieso nicht schaffe.“</p>	<p>Viele Raucher benötigen mehrere Versuche. Ohne erneuten Versuch wird das Ziel nicht erreicht werden. Was hat bei früheren Versuchen gut funktioniert, was hat nicht funktioniert? Was müsste bei einem erneuten Versuch anders sein, um Erfolg zu haben? Mit professioneller Unterstützung oder z. B. Begleitung innerhalb eines Entwöhnungskurses kann der nächste Aufhörversuch erfolgreich verlaufen.</p>
<p>„...ich bin dann immer total nervös und unruhig.“ „...ich werde dann immer unausstehlich.“</p>	<p>Nervosität, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen bis zu Aggressivität oder auch trauriger Verstimmung sind typische Entzugssymptome, die die meisten Rauchenden nach Aufhörversuchen kennen. Sind diese zu stark ausgeprägt, sollte über medikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten des Rauchstoppversuches informiert werden. Diese helfen in den ersten Wochen, die Entzugssymptome zu lindern und ermöglichen für viele Rauchende überhaupt erst den Ausstieg.</p>
<p>„...ich habe Angst zuviel Gewicht zuzunehmen.“</p>	<p>Der Stoffwechsel benötigt nach dem Rauchstopp eine gewisse Zeit, sich umzustellen. Eine Gewichtszunahme wird zwar häufig berichtet ist aber kein zwingendes Muss. Mit der richtigen (ausgewogenen und gesunden) Ernährung und einer Steigerung der körperlichen Aktivität z. B. durch längere Spaziergänge kann einer Gewichtszunahme erfolgreich entgegengewirkt werden.</p>
<p>„...ich weiß überhaupt nicht, was ich stattdessen mit mir anfangen soll.“</p>	<p>Es gibt eine fast unermessliche Zahl von alternativen Verhaltensweisen für die Situationen, in denen bislang geraucht wurde. Ablenkung und Aktivität helfen, die meist nur kurzen Rauchimpulse zu überstehen. Mit der Zeit werden die Abstände zwischen den Impulsen immer länger und die Impulse immer schwächer so dass ein neues Verhaltensmuster gelernt wird. Kaffeetrinken oder Freude/Ärger aushalten geht dann plötzlich wieder ohne Rauchen.</p>

A4: Assist

Unterstützung zum Rauchstopp anbieten und vereinbarte unterstützende Maßnahme (z.B. Kontaktadresse), auszugebende Patienteninformation und ggf. Einladung zu intensiver Beratung für den Patienten ggf. schriftlich festhalten.

Informationsmaterialien Rauchstopp u.a. z.B.

Kostenlose Materialien zum Drucken oder Bestellen

- BZgA & DKFZ <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/>
- BZgA <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/>
- ÄZQ <https://www.patienten-information.de/themen/lunge/lunge>
- DKFZ <https://www.dkfz.de/de/rauchertelefon>

Unterstützende Maßnahmen zum Rauchstopp beispielsweise

- BZgA Rauchentwöhnung Telefonberatung **0 800 8 31 31 31**
- Suchtberatung u.a. z.B. <https://www.awo.org/suchtberatung>
- Selbsthilfebücher u.a. z.B. A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher
- Online-Schulungen u.a. z.B. www.nichtraucherhelden.de
- Kostenfreie zertifizierte Rauchfrei Kurse (IFT www.rauchfrei-programm.de / BÄK www.bundesaerztekammer.de / BDP www.pneumologenverband.de)
- AOK Präventionsberater: Beratung zu AOK Gesundheitsangeboten wie: Ernährungsberatung, Bewegungskurse, AOK Rauchstopp für in DMPs eingeschriebene Patienten
- Bosch BKK Patientenbegleitung als Präventionsberater: Berät zu Präventionsangeboten Rauchstopp-Angebote (analog und digital) sowie Präventionsmaßnahmen

Beispielgespräch:

A: „Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Sie beim Rauchstopp unterstützen. Bei Bedarf an intensiverer Unterstützung arbeiten wir mit XY zusammen. Hätten Sie etwas dagegen, wenn wir Ihre Kontaktdaten an „XY“ weitergeben, die würden sich dann mal unverbindlich mit Ihnen in Verbindung setzen?“

Bei fehlender Einwilligung offene Frage ob er sich selbst melden möchte. Aufforderung: bitte melden Sie sich innerhalb der nächsten Woche bei XY, unsere EFA könnte Sie bei Bedarf anschließend telefonisch kontaktieren ob alles funktioniert hat“ (A4: Assist = Unterstützen)

P: „Ja gerne, ich kann mir auf jeden Fall anhören, was die so anbieten.“

A5: Arrange

FollowUp vereinbaren zur Überprüfung der vereinbarten Maßnahmen, dazu Übergabe an die EFA

Das Follow-up kann z.B. beinhalten:

Erfragen der Erlaubnis zum Aufgreifen der Rauchstoppthematik beim nächsten Gespräch.
Telefonkontakt durch EFA (oder Präventionsberater AOK/BoschBKK).

Beispielgespräch

A: „Unsere Arzhelferin/EFA Erläutert Ihnen noch unsere besprochenen Informationsblätter und sucht Ihnen den Kontakt zu/meldet Sie bei XY.“

Bewegung

Menschen mit chronischer Niereninsuffizienz ohne Dialysetherapie wird eine aerobe Bewegungstherapie/körperliche Aktivität empfohlen.

- Wöchentliche Trainingszeit von mindestens 150 Minuten, die auf drei Trainingseinheiten pro Woche verteilt werden sollten.
- Moderate Belastung (Sprechen sollte möglich sein¹⁰): 30 Minuten an den meisten Tagen/Woche, mindestens 10 Minuten-Einheiten oder
- Anstrengende Intensität: 20 Minuten/Einheiten an 3 Tagen/Woche
- Krafttraining: 2 nicht aufeinander folgende Tage/Woche, 8-10 Übungen der großen Muskelgruppen, 10-15 Wiederholungen/Übung
- Übungen zur Beweglichkeit: 2 Tage/Woche, 10 Minuten/Tag, bei Fallneigung Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts
- Die motivationale Beratung gemäß der 5A ist auch in der Bewegungsberatung hilfreich

Ohne Dialyse		
Moderate Intensität	An meisten Tagen pro Woche ca. 30min Min. 10min Einheiten	z.B. Walking, Wandern, Schwimmen oder Radfahren
Anstrengende Intensität	>3x pro Woche, 20min	s.o.
Krafttraining	2x pro Woche an nicht aufeinanderfolgenden Tagen	z.B. 8-10 Übungen der großen Muskelgruppen, 10-15 Wiederholungen/Übung
Übungen zur Beweglichkeit	>2 Tage/Woche >10min/Tag	Bei Fallneigung Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts
Mit Dialyse		
Während der Dialyse	Bis zu 2 Stunden, beaufsichtigt	Fahrradergometer, Koordinationsübungen und Übungen zu Steigerung der Muskelkraft und Beweglichkeit
Nicht-Dialyse-Tag	Bewegungstherapie, anpassen an körperliches Leistungsniveau	s.o.
Allgemein		
Steigern der Alltagsaktivität	z.B. Einführung eines 15-minütigen Spaziergangs nach jeder Hauptmahlzeit	Treppensteigen, Gartenarbeit, zügiges Spazierengehen
Motivation zur Verhaltensänderung	Überlastung vermeiden Kleine, langfristige Schritte Einbindung soziales Umfeld	Unterstützung durch Bewegungstagebücher, Schrittzähler, ggf. Apps oder soziale Netzwerke, objektivierbare Erfolge wie die Messung des Blutzuckers vor und nach Belastung

Patienteninformationen und Angebote zu körperlicher Aktivität z.B.

Was?	Wie?	Wo?
DMP Diabetes Typ 2	Eine Veränderung des Lebensstils erfordert einen umfassenden interdisziplinären Ansatz sowie die aktive Einbindung des Patienten, wie es beispielsweise im Disease-Management-Programm für chronisch kranke Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg angeboten wird. Siehe z.B. AOK Curaplan.	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/dmp/dm2/index.html
DMP KHK	Ziel der Disease-Management-Programme ist die Optimierung der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen durch verbesserte Kontinuität der Betreuung und strukturierte Koordination der Behandlungsabläufe.	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/faq/khk/
Diabetes-Sportgruppen vor Ort	Analog zum erfolgreichen Konzept der Koronarsportgruppen (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.) existieren inzwischen bundesweit Diabetessportgruppen (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Sport der DDG)	http://diabetes-sport.de
Koronar-Sportgruppen vor Ort		https://www.dgpr.de/herzgruppen/herzgruppenverzeichnisse-nach-bundeslaendern/
Rezept für Bewegung des DOSB	Deutsch Olympischer Sportbund Rezept für Bewegung	https://www.dosb.de Suchworte Rezept für Bewegung
10-Jahres-Risiko für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis ermitteln	z.B. durch SCORE-Charts der "European Association of Preventive Cardiology"	http://www.heartscore.org/de_DE/access
Selbsthilfe-gruppen vor Ort	Die NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. informiert und hilft bei der Suche nach Selbsthilfegruppen z.B. Der Bundesverband Niere e.V. stellt kostenlose Infomaterialien zur Verfügung	https://www.nakos.de https://www.bundesverband-niere.de/angebot/downloads
Patienteninformationen	Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hat ein Portal für Patientenzentrierte Gesundheitsinformationen geschaffen	https://www.gesundheitsinformation.de/chronische-nierenerkrankung.2606.de.html

	(im Link z.B. zur chronischen Niereninsuffizienz) 	
Patienten-leitlinie Nierenerkrankungen bei Diabetes	Die Patientenzentrierte Form der NVL 	https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/dm-nierenerkrankungen-vers1.0-pll.pdf
Infomaterialien	Die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) bietet kostenlose Infomaterialien zu verschiedensten Themen wie Suchtprävention (Alkohol, Nikotin etc.), Ernährung/Bewegung/Stressregulation, Gesundheit im Alter u.v.m.	https://www.bzga.de/infomaterialien/ 
Patienteninformationen	KfH Nierenzentren: Patientenratgeber Wissen kompakt	https://www.kfh.de/infomaterial/patientenratgeber/
Patienteninformationen	Nierenstiftung Bewegung, Ernährung, Stressabbau	https://www.nierenstiftung.de/fuer-ihre-gesundheit/praevention/tipps/
AOK Gesundheitsangebote	Bewegungsangebote, Sportgruppen, etc.	Über den AOK Präventionsberater https://www.mediverbund-ag.de/file/1993 oder die Broschüre Gesundheitsangebote https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/
AOK Bewegungsberatung	Beratung zu körperlicher Aktivität vor Ort	Anmelden über örtliches AOK Kundencenter oder Gesundheitszentrum
Adipositas therapie	Aktuelle Leitlinie & Patientenleitlinie	www.awmf.org

Gewichtsoptimierung

Ernährungsformen wie die bekannte **mediterrane Ernährung** aus dem spanischen Raum oder auch die schwedischen Ernährungsrichtlinien gehen mit einer **Verringerung von chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen** wie beispielsweise Übergewicht/Adipositas, Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen einher. Vor allem die Die mediterrane Ernährung ist nachweislich geeignet, das kardiovaskuläre Risiko um 30% zu reduzieren.¹¹ Diese besteht vor allem aus regelmäßigem Verzehr von

- Gemüse, Obst,
- Vollkornprodukten,
- Fisch,
- Nüssen,
- Beeren,
- Samen,
- pflanzlichen Ölen
- und im Gegenzug wenig rotem, verarbeiteten Fleisch, Salz, Zucker und Alkohol.¹²



Zusammenfassende Ernährungsempfehlungen gem. Anh 1

Allgemein			
Reduktion kardiovaskuläres Risiko (bis zu 30%)	kaloriengerecht, ballaststoffreich (>20g/Tag), zucker- und fettarm mit einem geringen Anteil an gesättigten Fettsäuren (<10% der Kalorien) und <Cholesterin (<300mg/Tag), dafür aber reich an ungesättigten Fetten und an Omega-3-Fettsäuren	Mediterrane Ernährung	 
Erhöhte Triglyzeride	Einschränkung des Alkoholkonsums, Reduktion tierischer Fette, Gewichtsreduktion und Steigerung der körperlichen Aktivität sowie die Zufuhr von Omega 3 reichen Ölen wie beispielsweise Fischöl	hohe Zufuhr gesättigter und/oder Trans-Fettsäuren erhöhen das LDL und sollten daher vermieden werden	
Diabetes Typ 2	Kenntnisse zur Kohlenhydratauswahl und zur ausgewogenen Fettzusammensetzung vermitteln	ballaststoffreiche Nahrungsmittel mit niedrigem glykämischen Index	
Salzzufuhr	4,5-6g/Tag		

¹¹ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

¹² [WHO \(2018\): HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 58, S. 25.](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/365285/hen-58-eng.pdf)
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/365285/hen-58-eng.pdf (Stand 11.12.2018)
[adobestock](#)

Gemäß Stadium			
	Prädialyse (CKD Stadien 3-4)	Hämodialyse (CKD Stadium 5D)	Peritonealdialyse (CKD Stadium 5D)
Protein (g/kg KG)	0,8-1,0 (CKD Stadium 3) 0,8-1,2 (nephrotisches Syndrom) 0,8-1,2 (CKD Stadium 4)	>1,2	1,2-1,4 1,5 (Peritonitis)
Kalorien (kcal/kg KG)	35 (<60 Jahre) 30-35 (>60 Jahre)	35 (<60 Jahre) 30-35 (>60 Jahre)	35 (<60 Jahre) 30-35 (>60 Jahre) Dialysatkalorien mit eingerechnet
	Prädialyse (CKD Stadien 3-4)	Hämodialyse (CKD Stadium 5D)	Peritonealdialyse (CKD Stadium 5D)
Flüssigkeit (ml/d)	Selten Einschränkungen	Urinmenge +500	Urinmenge +500
Natrium (mmol/d)	60-100	60-100	60-100
Kalium (mmol/d)	50-70 Reduktion bei Hyperkaliämieineigung (>5,5 mmol/l)	50-70 Reduktion bei Hyperkaliämieineigung (>5,5 mmol/l)	50-70 Hyperkaliämie tritt seltener auf
Phosphat (g/d)	0,8-1,0	0,8-1,0	0,8-1,0
Kalzium	Ab dem KDIGO-Stadium 3 sollten nicht mehr als 2g Kalzium zugeführt werden	Nicht mehr als 2g Kalzium/d zuführen	Nicht mehr als 2g Kalzium/d zuführen

- Unter <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/LS-10-Regeln-der-Ernaehrung.pdf> finden sich zudem die 10 Regeln der DGE

In leichter Sprache




Gesund essen und trinken 10 Regeln

1. Essen Sie verschiedene Lebensmittel.
Zum Beispiel:
 - Gemüse
 - Vollkorn-Brot
 - Joghurt
 Essen Sie nicht jeden Tag das Gleiche.
 
2. Essen Sie jeden Tag Gemüse und Obst.
Essen Sie 3 Mal Gemüse und 2 Mal Obst am Tag.
Gemüse und Obst sind gesund.
 
3. Essen Sie Vollkorn-Produkte.
Zum Beispiel:
 - Vollkorn-Brot
 - Vollkorn-Nudeln
 Vollkorn-Produkte machen lange satt.
Vollkorn-Produkte sind gesünder.
 
4. Essen Sie jeden Tag Milch-Produkte.
Zum Beispiel: Käse und Joghurt.
Fisch und Fleisch brauchen wir nicht jeden Tag.
Nur 1 bis 2 Mal in der Woche.
Und dann nicht so viel davon.
 
5. Essen Sie gesunde Fette.
Es gibt Fette von Pflanzen.
zum Beispiel: Raps Öl und Margarine.
Und es gibt Fette von Tieren.
zum Beispiel: Butter und Schmalz.
Fette von Pflanzen sind gesünder.
 

- Oder <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/>



10 Regeln als PDF

Kostenfreier Abdruck
 Die hier veröffentlichten Texte der 10 Regeln der DGE stehen honorarfrei zum Abdruck in unveränderter Form zu Verfügung. Quellenangabe: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn. Das Infoblatt der 10 Regeln darf nicht abgedruckt werden.

Weitere Patienteninformationen und Angebote z.B. u.a.

Was?	Wie?	Wo?
DMP Diabetes Typ 2	Eine Veränderung des Lebensstils erfordert einen umfassenden interdisziplinären Ansatz sowie die aktive Einbindung des Patienten, wie es beispielsweise im Disease-Management-Programm für chronisch kranke Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg angeboten wird siehe z.B. AOK Curaplan	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/dmp/dm2/index.html
DMP KHK	Ziel der Disease-Management-Programme ist die Optimierung der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen durch verbesserte Kontinuität der Betreuung und strukturierte Koordination der Behandlungsabläufe.	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/fag/khk/
10-Jahres-Risiko für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis ermitteln	z.B. durch SCORE-Charts der "European Association of Preventive Cardiology"	http://www.heartscore.org/de_DE/access
Selbsthilfegruppen vor Ort	Die NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. informiert und hilft bei der Suche nach Selbsthilfegruppen	https://www.nakos.de
	Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie bietet kostenlose Patientenbroschüren z.B. zu	https://www.dgfn.eu/patientenbroschueren.html

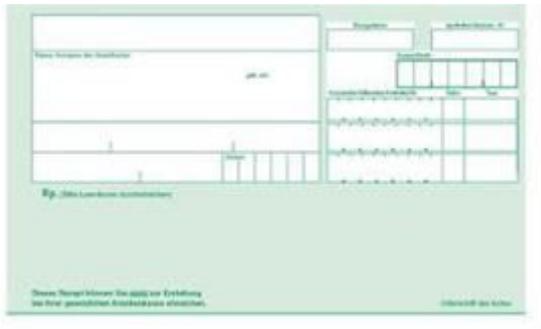
<p>Patientenbroschüren</p>	<p>Schwangerschaft, Nierenersatztherapie, Übergewicht etc.</p>  <p>Faltblatt Übergewicht geht an die Nieren – und das gleich dreifach! Das Faltblatt zum Weltnerientag 2017.</p> <p>Download</p>	
<p>Patienteninformationen</p>	<p>Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hat ein Portal für Patientenzentrierte Gesundheitsinformationen geschaffen (im Link z.B. zur chronischen Niereninsuffizienz)</p> 	<p>https://www.gesundheitsinformation.de/chronische-nierenerkrankung.2606.de.html</p> 
<p>Patientenleitlinie Nierenerkrankungen bei Diabetes</p>	<p>Die Patientenzentrierte Form der NVL</p> 	<p>https://www.patienteninformation.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/dm-nierenerkrankungen-vers1.0-pll.pdf</p>
<p>Infomaterialien</p>	<p>Die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) bietet kostenlose Infomaterialien zu verschiedensten Themen wie Suchtprävention (Alkohol, Nikotin etc.), Ernährung/Bewegung/Stressregulation, Gesundheit im Alter u.v.m.</p>	<p>https://www.bzga.de/infomaterialien/</p> 
<p>Patienteninformationen</p>	<p>KfH Nierenzentren: Patientenratgeber Wissen kompakt</p>	<p>https://www.kfh.de/infomaterial/patientenratgeber/</p>
<p>Patienteninformationen</p>	<p>Nierenstiftung Bewegung, Ernährung, Stressabbau</p>	<p>https://www.nierenstiftung.de/fuer-ihre-gesundheit/praevention/tipps/</p>
<p>Patienteninformationen</p>	<p>Österreichische Gesellschaft für Nephrologie Empfehlung zu Ernährung</p>	<p>https://www.nephrologie.at/patienteninformation/diaetempfehlung-bei-dialyse/</p>
<p>AOK Gesundheitsangebote</p>	<p>Ernährungsberatung, Kochgruppen etc.</p>	<p>Über den AOK Präventionsberater https://www.mediverbund-ag.de/file/1993 oder die Broschüre Gesundheitsangebote https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/</p>
<p>AOK Ernährungsberatung</p>	<p>Ob Sie sich für eine ausgewogene Ernährung interessieren, Ihr Gewicht reduzieren möchten, an einer Allergie leiden oder chronisch krank sind: Die Ernährungsexperten der AOK helfen weiter – mit persönlicher Beratung und vielen praktischen Tipps.</p>	<p>Anmelden über örtliches AOK Kundencenter oder Gesundheitszentrum</p>
<p>Adipositas-therapie</p>	<p>Aktuelle Leitlinie & Patientenleitlinie</p>	<p>www.awmf.org</p>

Unterstützung durch den Präventionsberater

Bei ausreichenden kognitiven Ressourcen und entsprechender Mobilität, sowie Unterstützung durch das soziale Umfeld, erhalten die Versicherten beim Arzt eine ärztliche Empfehlung z.B. als „grünes Rezept“ mit dem zutreffenden ICD Schlüssel gemäß DIMDI <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>

Rezept unter <https://pro-gruenes-rezept.de/>

und einen Informationsflyer mit den Kontaktdaten des Ansprechpartners direkt ausgehändigt.



Bei fehlender Selbstständigkeit zur Eigenorganisation leitet der Arzt die Empfehlung an die jeweiligen Ansprechpartner in den AOK Gesundheitszentren weiter. Dieser nimmt anschließend Kontakt zum Versicherten auf.

Ziel des persönlichen Gesprächs zwischen den AOK-Präventionsberatern und den Kunden sollte die diagnosebezogene und an der Empfehlung des Arztes orientierte Vermittlung in entsprechende AOK-Angebote sowie die Informationsvermittlung sein.

Nach dem Arztgespräch, Übergabe des Patienten an die EFA

- Nach der ärztlichen Beratung vereinbart die EFA mit dem Patienten einen FollowUp-Termin, um die zwischen Arzt und Patient vereinbarten Maßnahmen zu überprüfen
- sie bespricht mit den Patienten, ob das FollowUp als telefonischer Kontakt oder (perspektivisch) eine Videosprechstunde erwünscht ist.

Telefonischer Kontakt erwünscht: Ja Nein
Videosprechstunde erwünscht: Ja Nein

Wenn im telefonischen (oder Video-) Kontakt zusätzliche Hilfe nötig ist: motivieren zu vereinbarten Maßnahmen und ggf. mit dem Arzt nach Alternativen suchen und/oder einen Termin beim HA/ FA/ Präventionsberater/ Patientenbegleitung/ Sozialer Dienst vorschlagen.

- Die EFA übergibt dem Patienten die mit dem Arzt vereinbarten evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und bespricht die vereinbarten Maßnahmen
 - zum Rauchstopp
 - zur Bewegung
 - zur Ernährung
- Die EFA unterstützt den Patienten bei der Kontaktaufnahme mit den vereinbarten Unterstützungsangeboten und meldet den Patienten wenn möglich und vom Patienten das Einverständnis hierfür vorliegt dort direkt an

Anschließend informiert sie den Hausarzt über die getroffenen Maßnahmen.

Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg

Biopsychosoziale Versorgung

Inhalt

1. Hintergrund.....	2
2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK.....	2
3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK	3
4. Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen	3
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 Akteuren	8
6.1 Strukturierte Zuweisung.....	9
6.2 Dokumenteneinsatz	10
7. Rechtsgrundlagen.....	10
7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V	10
7.2 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V	11
8. Formulare für die Facharztpraxis.....	12

1. Hintergrund

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 ableiten zwischen Umwelt, genetischer Veranlagung und psychosozialen bzw. biologischen Faktoren.

Biologisch-genetische und psychosoziale Faktoren können mithin eine Erkrankung ursächlich bedingen, den Verlauf bestimmen oder als Folge erscheinen.

Das biopsychosoziale Bedingungsgefüge wird insbesondere bei bedrohlichen oder komplexen Diagnosen und instabilen Versorgungssituationen wie bei Berufstätigen mit einer Nierenersatztherapie, älteren Versicherten mit einer Nierenersatztherapie und einer drohenden/bestehenden Pflegebedürftigkeit oder onkologischen Erkrankung angesprochen und Bedarf hierbei häufig Unterstützung.

2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK

Im Sozialen Dienst der AOK (SD)⁴ 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 für die 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.

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 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden der Soziale Dienst der AOK mit SD abgekürzt

Der/dem Versicherten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Gestaltung in einer oft unübersichtlichen und intransparenten Versorgungslandschaft des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Komplexe und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe stehen dabei im Vordergrund (vgl. Kapitel 4).

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 erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden.

Die Arztpraxis erhält von dem SD Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von berufstätigen Versicherten mit einem Nierenersatzverfahren, drohender/bestehender Pflegebedürftigkeit oder onkologischen Erkrankung, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden. 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 Arztpraxis erreicht der SD frühzeitig potentielle Risikopatientinnen und -patienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen in die Wege leiten.

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 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.

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 **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- / Nachbarschaftsprobleme
- 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 im Berufsleben mit Nierenersatzverfahren, mit drohender/bestehender Pflegebedürftigkeit oder onkologischen Erkrankung durch den SD kann – in enger Absprache mit den jeweils Beteiligten – demnach Folgendes umfassen:

- 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
- Umgang mit Tod und Sterben.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die generellen, gesetzlichen Rechtsgrundlagen⁵.

Die 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

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

Rahmen dieses Unterstützungsmanagements kann sich auch ein direkter Beratungsbedarf für den Versicherten durch den SD ergeben.

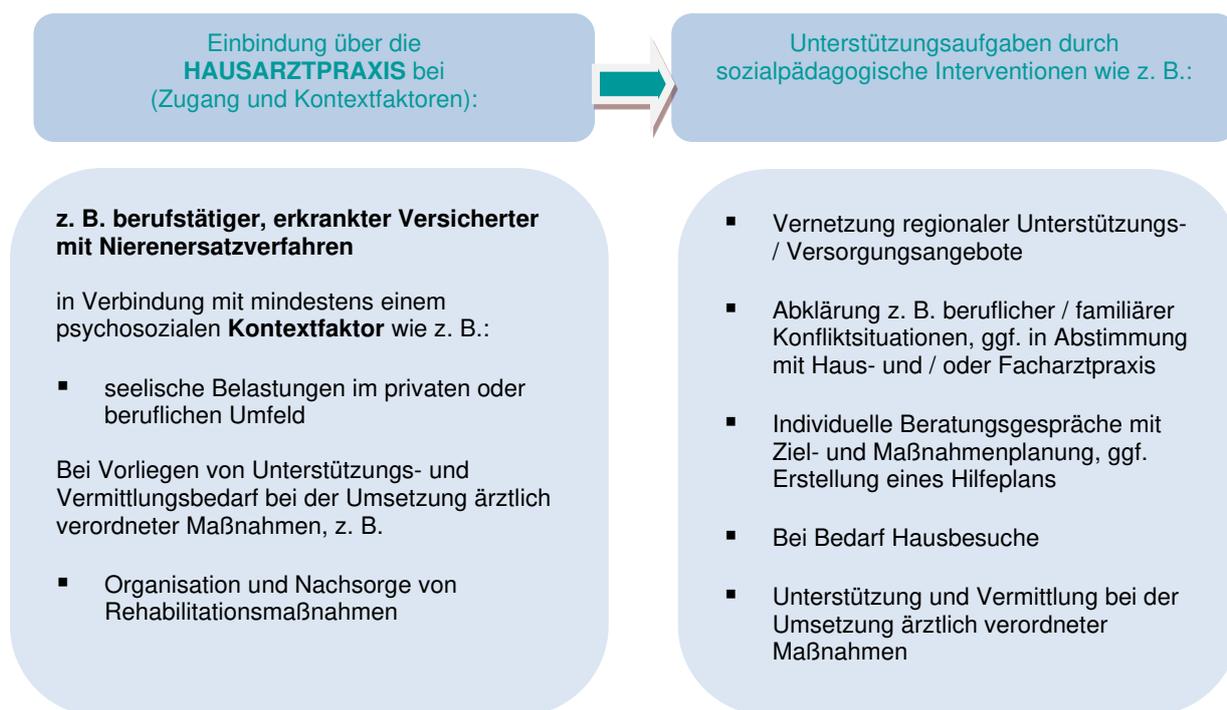


Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD

Kontextfaktoren und Zugang im Überblick:

- Bei erkennbarer Veränderungsbereitschaft der/des Patientin/Patienten nach biopsychosozialer Beratung und gemeinsamer Entscheidungsfindung durch die nephrologische Facharztpraxis und die Hausarztpraxis und Versicherte, bei welchen eine instabile Versorgungssituation neben einer Nierenersatztherapie (während einer Berufstätigkeit), onkologischen Erkrankung oder drohender/bestehender Pflegebedürftigkeit besteht und mindestens ein psychosozialer Kontextfaktor vorliegt: *Soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen*
- Hausarztpraxis als Lotse und Koordinatorin: In der Regel Zugang zum SD über Hausarztpraxis.
- Bei Patientinnen/Patienten im präterminalen und terminalen Stadium der Niereninsuffizienz kann im Rahmen des biopsychosozialen Versorgungskonzepts ggf. auch der SD über den nephrologische Facharztpraxis einbezogen werden. Es besteht dazu die gegenseitige zeitnahe Informationspflicht zwischen Haus- und Facharztpraxis (in schriftlicher Form).

5. Sozialpädagogische 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 näher in den Blick:

- soziale & familiäre Teilhabe
- gesellschaftliche & berufliche Teilhabe
- haushalterische Versorgung / Wohnumfeld
- Verfassung / Konstitution
- medizinische Versorgung.

5.2 Einzelfallberatung

Der SD erkennt im Rahmen der Einzelfallberatung mögliche psychische und soziale Belastungen sowie Einschränkungen, bringen diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigen 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 der/des Versicherten selbst⁷.

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

- Individuell und ganzheitlich
- Ressourcen- und lösungsorientiert
- Bezieht Versicherte und ihr soziales Umfeld mit ein.

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 :

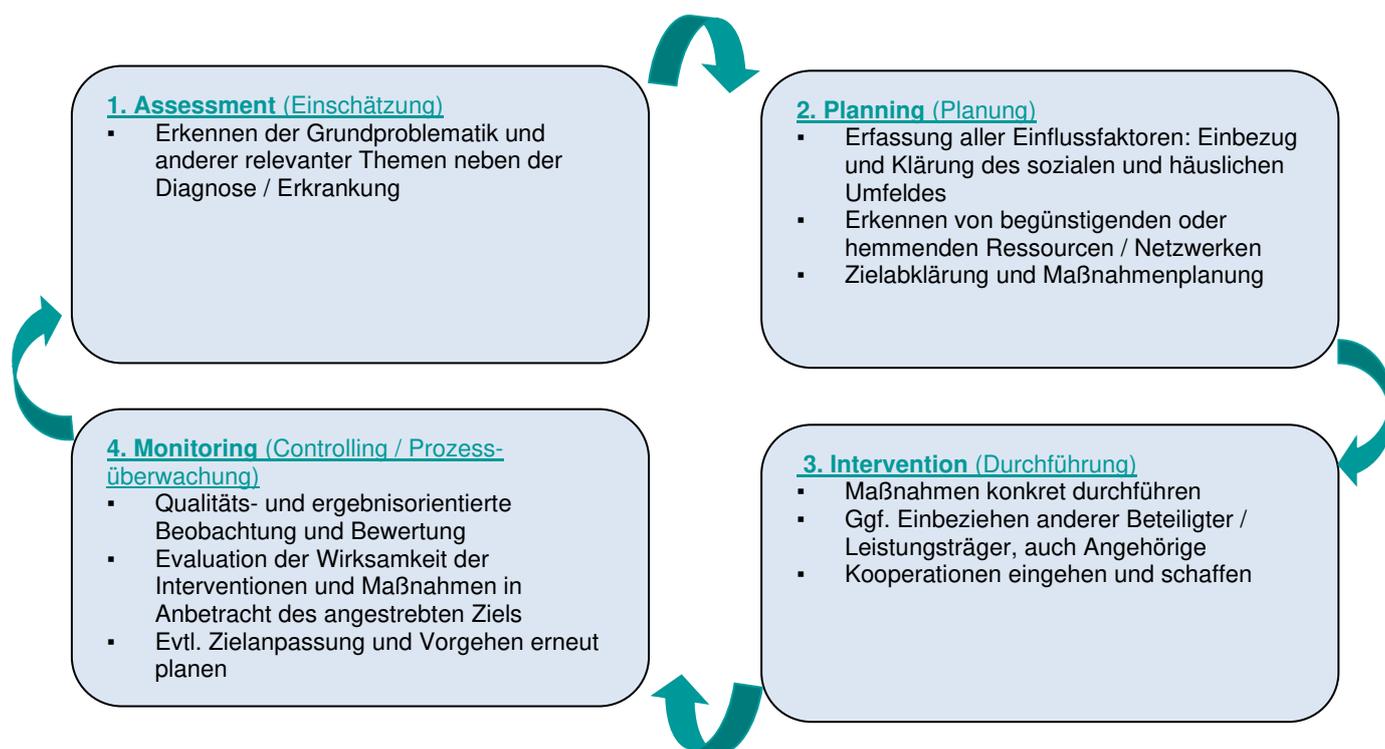


Abb. 2: Kernmerkmale des Case Managements im SD / in der PBG im Überblick

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/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

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.

örtlichen bzw. überörtlichen Hilfesystemen. Der SD bewegt sich mit ihrem 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 durch strukturierte Bedarfsarbeit und regionale Netzwerkarbeit bei multikomplexen Problemlagen neben den medizinischen Determinanten die sozialen Determinanten gemeinsam mit der/dem Versicherten in den Blick nimmt. Im Rahmen des Case Managements kooperiert der SD im Einzelfall z. B. mit folgenden **Netzwerkpartnern**:

- Haus- und Facharztpraxen
- Psychotherapiepraxen
- Psychologische Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Soziale Leistungsträger 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

In der Regel erfolgt die Kommunikation zwischen SD und der Hausarztpraxis (vgl. 6.1). Dadurch wird die Rolle der Hausarztpraxis als Lotse und Koordinatorin in der interdisziplinären Versorgung deutlich:

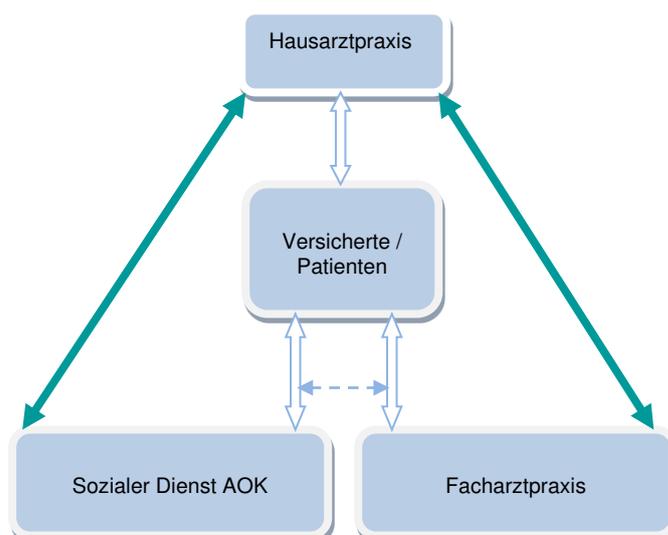


Abb. 3: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

Anmerkung: Bei 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).

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD wird zeitnah mittels Beratungsbogen über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch die behandelnde Hausarztpraxis informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen¹⁰:

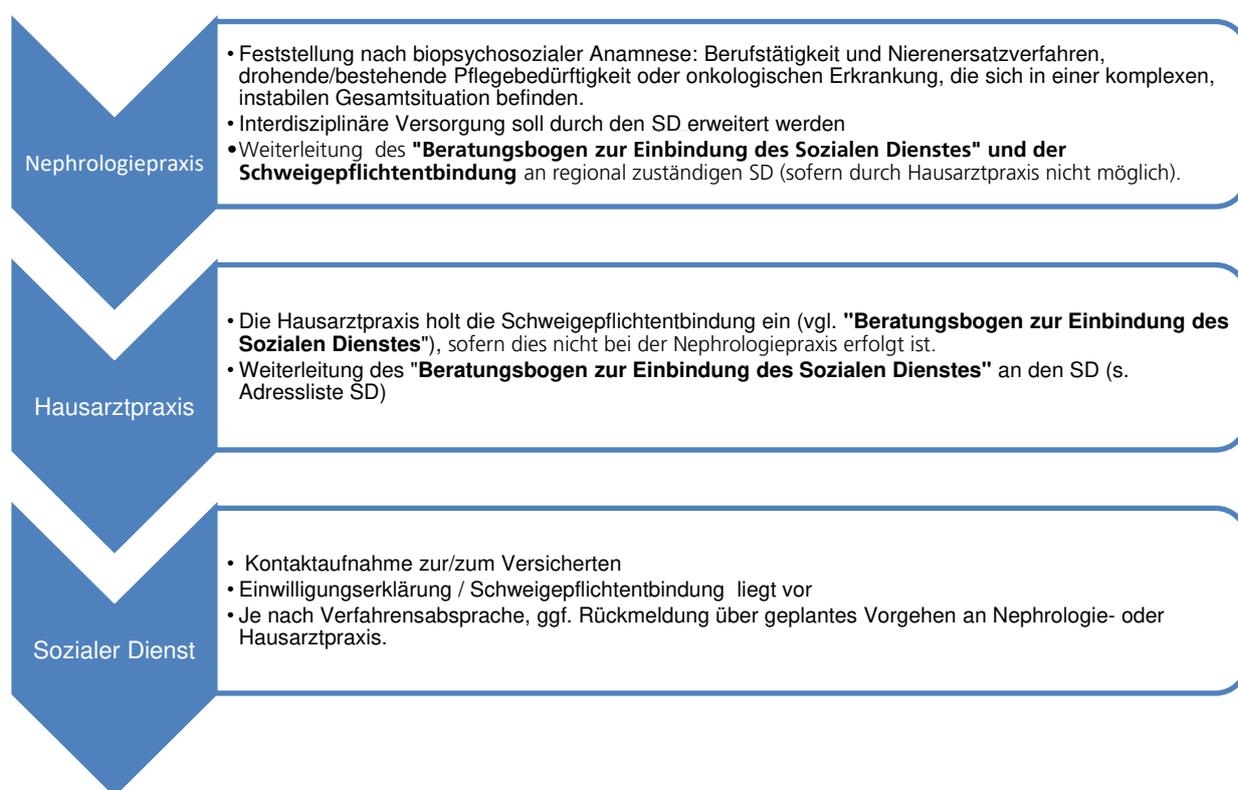


Abb. 4: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

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 berufstätige Versicherte mit einem Nierenersatzverfahren, mit einer drohenden/bestehenden Pflegebedürftigkeit oder onkologischen Erkrankung, die sich in einer komplexen, instabilen Gesamtsituation befinden in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen, weitere Facharztpraxen über die gewählte Hausarztpraxis einschalten.

¹⁰ Im strukturiertem Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

Bei Patientinnen und 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).

6.2 Dokumenteneinsatz

Die Facharztpraxis informiert i. d. R. die Hausarztpraxis mittels Befundbericht über seine Empfehlung zur Einbindung des SD (vgl. Kapitel 4 und 6.1).

Der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ (vgl. Kapitel 8) 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.

Hintergrundinformation für die Facharztpraxis:

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.

Die Hausarztpraxis holt im Vorfeld der Einschaltung das Einverständnis zur Kooperation der/des Versicherten ein. Der SD steht unter besonderer Schweigepflicht, so dass ein Austausch zwischen ihnen und Hausarztpraxis nur nach Einwilligung und Schweigepflichtentbindung der/des Versicherten erfolgen kann.

Liegt diese Schweigepflichtentbindung seitens der/des Versicherten vor, gibt der SD eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die Hausarztpraxis, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes“ entsprechend angekreuzt ist.

Der o. g. Beratungsbogen steht in Verbindung mit der „**Information für die Hausarzt-/ Facharzt und Psychotherapiepraxis**“. Diese entspricht einer Schnellinformation über den Beratungsservice des SD und steht der Hausarzt-/ Facharzt- und Psychotherapiepraxis als Übersicht zur Verfügung (s. Kapitel 8).

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 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V

In seinen Grundzügen basiert [§ 140a SGB V](#) auf sektorenübergreifenden Versorgungsformen für eine optimierte Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und 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.

Auf der Grundlage des § 140a SGB V setzt die AOK Baden-Württemberg zusätzlich im Bereich Nierenersatzverfahren, onkologische Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit auf Versorgungsaufträge, die flächendeckend zur verbesserten Versorgung dieser Patientinnen und Patienten beitragen. Zur Überbrückung von Schnittstellen wird neben der fachspezifischen Sicherstellung der Versorgung u. a. die engmaschige Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Vertragspartnern gefördert und dabei die Kompetenz des SD genutzt.

8. Formulare für die Facharztpraxis

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

In welchen Fällen ist es sinnvoll, den SD einzubinden?

Die Einbindung des SD ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI <http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege73c.html> und HÄVG <https://www.hausaerzterverband.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



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 www.aok-bw.de/datenschutz_rechte. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung.

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



Sozialer Dienst der AOK:
Kontaktlisten siehe
Adressliste

Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V

<p>Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch</p> <p><input type="checkbox"/> 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: _____</p> <p><input type="checkbox"/> PNP-Praxis: interdisziplinäre Versorgungsplanung bei Kindern, Jugendlichen, behinderten Menschen (<i>Modul Psychotherapie</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung</p> <p><input type="checkbox"/> F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren</p> <p><input type="checkbox"/> F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom</p>	
<p>Vereinbartes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf in der Praxis durch SD wird gewünscht.</p> <p><input type="checkbox"/> Anruf bei dem / der Patient/in oder Erziehungsberechtigten durch SD wird gewünscht.</p> <p>Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr unter Telefon / Handy _____</p>	
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>_____ Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter</p>	<p>_____ Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in</p>