Im August 2025

Selbstauskunft HÄPPI in Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns über Ihr Interesse, gemeinsam mit Ihrem Team Pilotpraxis im Projekt „HÄPPI in Hamburg“ zu werden! Für das Projekt suchen wir **insgesamt 6 Pilotpraxen**, die bereit sind, Strukturen nach dem HÄPPI-Konzept in ihren Praxen zu etablieren und mit uns neue Versorgungswege zu gehen. Teilnahmevoraussetzungen und Auswahlkriterien finden Sie in der Anlage.

Zur Erfassung aller interessierten Praxen bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen und per Mail an uns zurückzusenden: **info@haev-hamburg.de.** Ihre Angaben werden selbstverständlich wie gewohnt vertraulich behandelt, eine Weiterleitung an Dritte ist ausgeschlossen.

Die Einreichung der Selbstauskunft ist bis zum Ende des Kalenderjahres 2025 möglich. Fragebögen, die nach diesem Datum eingereicht werden, können leider nicht mehr berücksichtigt werden. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Selbstverständlich stehen wir bei Rückfragen und Beratungsbedarf zur Verfügung; sprechen Sie uns gerne an:
Fon: 040.280 58 434
info@haev-hamburg.de

Herzliche Grüße,
Ihr Projektteam HÄPPI in Hamburg

Dr. Jana Husemann (1. Vorsitz)
Maren Sommer (2. Vorsitz)
Dr. Laurens Kils-Hütten (Beisitzer)
Sophie-Anabelle Rösel (Koordinatorin Geschäftsstelle)

Selbstauskunft HÄPPI in Hamburg

1. Bei meiner Praxis handelt es sich um eine von mindestens einer Hausärztin/einem Hausarzt ***inhabergeführten Praxis*** (Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft, BAG oder MVZ)
   ☐ Ja, Praxisform: ☐ Nein

2. Der ***Hauptsitz*** meiner Praxis ist in ***Hamburg***?
   ☐ Ja, Standort: ☐ Nein, Standort:

3. Mein ***Facharzttitel*** ist
   ☐ Allgemeinmedizin
   ☐ Innere Medizin
   ☐ Innere- und Allgemeinmedizin
   ☐ Sonstige Facharztrichtung (KEINE Zusatzbezeichnung):

4. Meine Praxis ist über mich oder eine*n ärztliche*n Praxispartner*in in die ***Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V*** eingeschrieben und ***es nehmen*** in der Praxis ***Patient*innen an mindestens einem HZV-Vertrag*** teil (*Teilnahmen an ad on Verträge nach §140a SGB V werden nicht berücksichtigt)*
   ☐ Ja ☐ Nein

5. Die Praxis erfüllt folgende Strukturmerkmale
   ☐ mind. 800 Patient*innen/ Quartal inkl. Geriatrischer Versorgung
   ☐ Regelmäßige Hausbesuche
   ☐ Betreuung von Bewohner*innen in Seniorenheimen
   ☐ Qualifikation und technische Voraussetzung für Ultraschalldiagnostik
   ☐ Durchführung von kleiner Chirurgie und/oder Wundversorgung
   ☐ Angebot einer Videosprechstunde
   ☐ Online-Terminierung
   ☐ Messenger-Dienst
   ☐ sonstige digitale Angebote:

6. In der Praxis ist mind. ein*e Mitarbeiter*in mit begonnenem ODER abgeschlossenen nicht-ärztlichem akademisierten Gesundheitsfachberuf mit mindestens 19 Stunden pro Woche angestellt.
   ☐ Ja, Studium abschlossen mit Qualifikation
   ☐ PCM ☐ PA
   ☐ Sonstiger akademisierter Gesundheitsberuf

   Bitte Kopie des Studienabschlusses einreichen.

   ☐ Ja, Studium laufend mit Qualifikation
   ☐ PCM ☐ PA
   ☐ Sonstiger akademisierter Gesundheitsberuf

   Bitte Kopie des Studiennachweises einreichen.

   ☐ Ja, entsprechende Qualifikation vorhanden, aber Wochenstundenzahl <19 Stunden pro Woche. Bitte Angabe der Wochenstundenzahl gemäß Arbeitsvertrag:

   ☐ Nein, kein/e PCM / PA / Sonst. Gesundheitsfachberuf mit abgeschlossenem oder laufendem Studium in der Praxis angestellt

   ☐ Nein, kein/e PCM / PA / Sonst. Gesundheitsfachberuf mit abgeschlossenem oder laufendem Studium in der Praxis angestellt, aber Einstellung noch für 2025 geplant

7. Es erfolgt die Teilnahme an der Integrierten Versorgung Pflegeheim nach § 140a SGB V (sog. „Heimvertrag“ mit EBM-Zuschlägen z.B. für Mitbesuche)

   ☐ Ja ☐ Nein

8. Es besteht ein regelmäßiger Austausch mit mindestens einer Apotheke und/oder einem ambulanten Pflegedienst und/oder einem Pflegestützpunkt im Einzugsgebiet der Praxis
   ☐ Ja ☐ Nein

9. Es erfolgt die Vermittlung notwendiger gebietsfachärztlicher Behandlungskontakte nach individuellem Bedarf der Patient*in (sog. „Hausarztvermittlungsfall“)
   ☐ Ja ☐ Nein

10. Es besteht eine Kooperation mit dem lokalen sozialen Hilfesystem zur Adressierung patientenseitiger sozialer Unterstützungsbedarfe oder diese wird angestrebt bzw. gewünscht
   ☐ Ja ☐ Nein

11. Ich erkläre mich bereit Patient*innen zur Teilnahme an PROs (patient reported outcomes) während der Pilotphase zu motivieren
    ☐ Ja ☐ Nein

12. Ich erkläre mich zur Teilnahme an jeweils einem Kick-off-, Zwischentreffen und Abschlussworkshop bereit
    ☐ Ja ☐ Nein

13. Ich erkläre mich zur Teilnahme an formativer und summativer Evaluation durch das Institut und Poliklinik Allgemeinmedizin am UKE bereit
    ☐ Ja ☐ Nein

_____

Datum, Signatur bzw. Praxisadresse inkl. BSNR