

- um 75% für RLV-Fälle über 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe. Bei BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten erfolgt die Minderung des für die Ärzte einer Arztgruppe zutreffenden Fallwertes für jeden über 150% der Summe der durchschnittlichen RLV-Fallzahlen aller fachgleichen Ärzte der Praxis hinausgehenden RLV-Fall.

Die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe ergibt sich dabei aus der Division der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe im Vorjahresquartal und der Anzahl der Ärzte; bei der Bestimmung der Anzahl der Ärzte ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt.

Bei angestellten Ärzten i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wird bei dem anstellenden Arzt für die Berechnung des RLV die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe vor Abstufung verdoppelt, sofern der Angestellte vollzeitig tätig ist; ansonsten nach dem Umfang seiner Beschäftigung. Die Fälle dieser angestellten Ärzte werden dem anstellenden Arzt für die Ermittlung der RLV-relevanten Arztfälle zugeordnet. Gleiches gilt für die Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden Gewichtungsfaktor multipliziert. Dieser Faktor errechnet sich im Wesentlichen aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem des Arztes dividiert durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem der jeweiligen Arztgruppe.

der **IKK classic**, Dresden

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse**, Kassel

der **Knappschaft**, Bochum

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Essen

- andererseits -

Anlagen:

- Anlage 1 Teilnahmeerklärung für Haus- und/oder Fachärzte
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung für QPÄ
- Anlage 3a/b Qualitätsindikatoren (Dokumentationen)
- Anlage 4 Vergütungsvereinbarung

Erläuterungen

- AAPV = allgemeine ambulante Palliativversorgung
- APD = Ambulanter Pflegedienst
- EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab
- G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss
- ICD-10-GM = International Code of Disease German Modification
- MMST = Mini-Mental-Status-Test
- QPA/QPÄ = qualifizierter Palliativ-Arzt/qualifizierte Palliativärzte
- SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- SGB V = Sozialgesetzbuch V

In diesem Vertrag wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit durchgehend die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind damit immer Personen beider Geschlechter gemeint.

Präambel

Eine wesentliche Aufgabe der Palliativversorgung ist es, den fließenden Übergang zwischen einer kurativen und einer palliativen Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten zu gewährleisten, um die Leiden und Schmerzen zu lindern sowie eine der Situation angemessene Lebensqualität zu sichern. Dabei ist den körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der Patienten sowie der ihnen nahe stehenden Personen zu entsprechen sowie den persönlichen, kulturellen und ggf. religiösen Werten und Überzeugungen einfühlsam zu begegnen.

In Anlehnung an die Richtlinie des G-BA geht dieser Vertrag davon aus, dass nur ein kleiner Anteil dieser Patienten eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) am Lebensende benötigt. Der überwiegende Teil der schwerstkranken und sterbenden Patienten kann vom vertrauten Haus- und/oder Facharzt oder QPA in enger Kooperation mit APD und anderen Gesundheitsberufen adäquat ambulant versorgt werden.

Strukturvertrag nach § 73a SGB V

zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

- einerseits -

und

der **AOK Rheinland/Hamburg**
Die Gesundheitskasse, Düsseldorf

Auf der Grundlage des § 73a SGB V fördert dieser Strukturvertrag die allgemeine ambulante Palliativversorgung, damit schwerstkranke und sterbende Menschen in Würde in ihrer selbst gewählten Umgebung vom Arzt ihres Vertrauens betreut werden können. Für Patienten, die am Ende ihres Lebens intensivere Versorgung benötigen, schafft dieser Strukturvertrag einen fließenden Übergang von der allgemeinen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, um eine koordinierte Betreuung ohne Brüche zu ermöglichen.

§ 1 Ziele des Vertrages

Ziel des Vertrages ist eine qualifizierte allgemeine ambulante Palliativversorgung von unheilbar kranken Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Die Versorgung nach diesem Vertrag soll ein Sterben zu Hause bzw. in selbst gewählter Umgebung ermöglichen. Ausgehend von den bestehenden und bewährten Versorgungsstrukturen und dem Engagement vieler Ärzte wird die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch die Strukturierung der Versorgungsabläufe gestärkt und die Versorgungsqualität erhöht.

Ziel ist es die teilweise entstehende Unsicherheit im Umgang mit Extremsituationen für den Patienten und seine Angehörigen zu überwinden sowie für den Patienten belastende Krankenhausaufenthalte, Einsätze von Rettungsdiensten und Krankentransporte zu vermeiden. Der Erhalt des gewohnten häuslichen Umfelds für unheilbar kranke Menschen wird durch eine optimal aufeinander abgestimmte medikamentöse Therapie unterstützt.

§ 2 Übergangsregelung für die Teilnahme der bisher an Palliativverträgen teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte sowie QPÄ

Teilnehmende Ärzte des zum 31.12.2013 beendeten Vertrages über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gemäß § 73c SGB V in Verzahnung zur Vereinbarung über die Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V i. V. m. §§ 140a ff. SGB V zwischen den Vertragsparteien: dem Hausarzt Dr. Hansen, Alsdorf, der AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse, der Innungskrankenkasse Nordrhein, der Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, der Knappschaft und der KV Nordrhein vom 22.12.2005 sind berechtigt auch an diesem Vertrag übergangslos teilzunehmen; ein erneutes Genehmigungsverfahren findet nicht statt.

§ 3 Zielgruppe „zu versorgende Patienten“

1. Die in diesem Vertrag geregelte Versorgungsstruktur dient den Bedürfnissen von schwerstkranken und sterbenden Patienten grds. mit Vollendung des 18. Lebensjahres mit einer fortschreitenden lebensbegrenzenden Erkrankung. Eine AAPV muss indiziert, möglich und vom Patienten ge-

wünscht sein. Folgende Bedingungen müssen zum Zeitpunkt der Indikationsstellung erfüllt sein:

- Kurative Behandlungen sind ausgeschöpft und nicht mehr angezeigt oder vom Patienten nicht mehr erwünscht
 - Eine stationäre Behandlung ist nicht erforderlich und führt erwartungsgemäß nicht zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten
 - Der Allgemeinzustand des Patienten ist stark reduziert, er benötigt regelmäßig eine ärztliche Behandlung und nach Einschätzung des behandelnden Arztes ist die Lebenserwartung des Patienten auf wenige Tage, Wochen oder Monate gesunken
 - Eine Vollversorgung im Rahmen der SAPV ist (noch) nicht angezeigt.
2. Die Notwendigkeit einer ambulanten Palliativversorgung kann sich insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern ergeben:
- Fortgeschrittene Krebserkrankung
 - Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
 - Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen
 - Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung
 - fortgeschrittene schwere Demenz entsprechend der S 3-Leitlinie „Demenzen mit weniger als 10 Punkten im MMST“
3. Mit der Erkrankung sind für Patienten, ihre Angehörigen und ihnen nahe stehende Personen häufig psychosoziale und ggf. religiös-spirituelle Bedürfnisse verbunden, die in der Betreuung zu berücksichtigen sind.

§ 4 Ermittlung des Patientenwillens

1. Die Bedürfnisse des Patienten stehen im Mittelpunkt dieses Versorgungskonzeptes. Die Ermittlung seines Willens bzw. seines mutmaßlichen Willens ist Kern der Beratungsgespräche nach diesem Vertrag. Vorhandene Vorsorgeverfügungen des Patienten, insbesondere eine Patientenverfügung und/oder eine Vorsorgevollmacht sind zu beachten.
2. Sofern der Patient nicht einwilligungsfähig ist, ist der Patientenwille gemäß § 1901 b BGB festzustellen. Im Weiteren sind die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis zu beachten.

§ 5 Teilnahme der Patienten

1. Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen, die zu der nach § 3 zu versorgenden Zielgruppe gehören.

- Die Teilnahme des Patienten ist freiwillig und kann jederzeit mit sofortiger Wirkung durch Erklärung gegenüber dem betreuenden Haus- und/oder Facharzt oder QPA durch den Patienten zurückgezogen werden.
- Der betreuende Haus- und/oder Facharzt hat seinem Koordinator in der Versorgungsregion (vgl. § 11) eine Mitteilung über die Aufnahme des Patienten innerhalb von drei Arbeitstagen zu übersenden. Die Mitteilung dient der Information der an diesem Vertrag teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte sowie QPÄ in der Versorgungsregion für den Fall der Übernahme der Behandlung. Hiermit soll sichergestellt werden, dass auch bei einem Wechsel des betreuenden Haus- und/oder Facharztes oder QPA dieser über Diagnose und bereits eingeleitete und ggfs. erforderliche Behandlungsschritte umfassend informiert ist.
- Die Inhalte der Mitteilung über den in der Versorgungsregion nach diesem Vertrag aufgenommenen Patienten bzw. über die Art der Übermittlung dieser Information werden zwischen den Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2013 abgestimmt, eine Umsetzung ist für den 01. April 2014 geplant. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden dabei beachtet.
- Patienten, die bereits an dem nach § 2 beendeten Vertrag teilgenommen haben, nehmen an diesem Vertrag weiterhin teil.
- Die Teilnahme an diesem Vertrag wird beendet durch:
 - Erklärung des Patienten nach Absatz 2
 - Wechsel des Versicherten zu einer nicht am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse
 - Versterben des Patienten
- Erfolgt eine additiv unterstützende Teilversorgung des Patienten im Rahmen der SAPV wird die Teilnahme des Patienten an diesem Vertrag nicht beendet.

§ 6

Teilnahmevoraussetzungen für Haus- und/oder Fachärzte als behandelnde Ärzte

- Die Teilnahme an diesem Vertrag ist für Haus- und/oder Fachärzte freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind die Haus- und/oder Fachärzte, die gegenüber der KV Nordrhein die Absolvierung einer 40-stündigen Kursweiterbildung Palliativ-Medizin (Curriculum der DGP und BÄK) nachgewiesen haben.
- Die teilnahmeinteressierten Haus- und/oder Fachärzte beantragen ihre Teilnahme gegenüber der KV Nordrhein schriftlich. Mit dem Antrag (Anlage 1) akzeptieren sie die Inhalte des Vertrages und beauftragen die KV Nordrhein mit der Durchführung des Vertrages und der Abrechnung der Zusatzvergütung.

Über die Teilnahme der Haus- und/oder Fachärzte an diesem Vertrag entscheidet die KV Nordrhein im Auftrag der teilnehmenden Krankenkassen. Über die Entscheidung erhält der Haus- und/oder Facharzt eine schriftliche Mitteilung, in der der Beginn der Vertragsteilnahme festgelegt wird. Die KV Nordrhein übermittelt den Krankenkassen monatlich eine Übersicht der teilnehmenden Ärzte entsprechend § 16 Abs. 1.

- Der Haus- und/oder Facharzt kann seine Teilnahme an dem Vertrag mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich kündigen.

§ 7

Aufgaben der teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte

- Der teilnehmende Haus- und/oder Facharzt bildet gemeinsam mit einem ambulanten palliativpflegerischen Dienst die kooperative Basis der Versorgung in der Versorgungsregion. Er kann, je nach den gegebenen Anforderungen an die Versorgung des Patienten, einen QPA oder andere in der Versorgungsregion beteiligte Kooperationspartner hinzuziehen. Dabei sollte er sich an den vorhandenen regionalen Versorgungsstrukturen orientieren.
- Der teilnehmende Haus- und/oder Facharzt übernimmt folgende Aufgaben:
 - Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen
 - Koordination bei der Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer und Versorgungsebenen
 - Betreuung und Beratung seiner Patienten sowie deren Angehörige
 - Erstellung der Dokumentation nach Anlage 3a/b, ggfs. in Absprache mit dem QPA
- Darüber hinaus nehmen die teilnahmeberechtigten Haus- und/oder Fachärzte an palliativmedizinischen Fortbildungen bzw. Qualitätszirkeln (mindestens zweimal jährlich) und multidisziplinären Fallkonferenzen teil.

§ 8

Teilnahmevoraussetzungen QPÄ

- Die Teilnahme an diesem Vertrag ist für Vertragsärzte freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind diejenigen Vertragsärzte, die die Zusatzweiterbildung „Palliativ-Medizin“ nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer abgeschlossen haben.
- Anforderungen bzw. Voraussetzungen für die Anerkennung als QPA sind:
 - Nachweis einer entsprechenden Qualifikation
 - Verpflichtung zur sektorübergreifenden Kooperation im Sinne der Integrierten Versorgung

- Verpflichtung zur Teilnahme an einer Regelung zur „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“
 - Verpflichtung zur inter- und multidisziplinären Zusammenarbeit
 - Verpflichtung zur Vernetzung in der Versorgungsregion
 - Kontinuierliche Fortbildung
 - Regelmäßige Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen
3. Die teilnahmeinteressierten Vertragsärzte beantragen ihre Teilnahme gegenüber der KV Nordrhein schriftlich. Mit dem Antrag (Anlage 2) akzeptieren sie die Inhalte des Vertrages und beauftragen die KV Nordrhein mit der Durchführung des Vertrages und der Abrechnung der Zusatzvergütung.
- Über die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Vertrag entscheidet die KV Nordrhein im Auftrag der teilnehmenden Krankenkassen. Über die Entscheidung erhält der Vertragsarzt eine schriftliche Mitteilung, in der der Beginn der Vertragsteilnahme festgelegt wird. Die KV Nordrhein übermittelt den Krankenkassen monatlich eine Übersicht der teilnehmenden Ärzte entsprechend § 16 Abs. 1.
4. Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres schriftlich kündigen.

§ 9

Aufgaben der teilnehmenden QPÄ

1. Der QPA wird auf Anforderung des behandelnden Haus- und/oder Facharztes tätig.
2. Sofern er eigene Patienten betreut, ist er als Haus- und/oder Facharzt bzw. als QPA tätig.
3. Er wird beratend und/oder mitbehandelnd in solchen Fällen tätig, bei denen spezielle palliativmedizinische Kenntnisse für die Symptomkontrolle erforderlich sind.
4. Die QPÄ in der Region kooperieren untereinander, um eine bestmögliche Erreichbarkeit in Problemfällen für Pflegekräfte, Haus- und Fachärzte und Betroffene zu bieten.

Auch durch den hohen Grad der Erreichbarkeit bei bestmöglicher Kompetenz stellen der QPA bzw. die QPÄ in der Region eine optimale Schnittstelle zwischen ambulante und stationärem Sektor dar.

5. Zu den Schwerpunktaufgaben der QPÄ gehören unter anderem:
- Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft für die nach § 3 teilnehmenden Patienten der Versorgungsregion
 - Einstellung und/oder Beratung zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle
 - Verordnen von Medikamentenapplikationen über Pumpensysteme unter besonderer Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes

- Beratung zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase
- Beurteilung und Einleitung einer palliativen Wundbehandlung
- Erstellung der Dokumentation nach Anlage 3a/b, ggfs. in Absprache mit dem Haus- und/oder Facharzt

Weitere Aufgaben können im Einzelfall sein:

- Palliativmedizinische Beratung von Patienten und Angehörigen
 - Unterstützung in der Aufklärung der Patienten, der Vermittlung „schlechter Nachrichten“ und Information über die Änderung des Therapiezieles
 - Beratung bei der Erstellung einer Patientenverfügung
 - Beratung bei ethischen Konflikten (ethisches Fallgespräch)
6. Die an diesem Vertrag teilnahmeberechtigten QPÄ nehmen an palliativmedizinischen Fortbildungen bzw. Qualitätszirkeln (mindestens zweimal jährlich) und multidisziplinären Fallkonferenzen teil.
7. Die QPÄ übernehmen im Regelfall die Leitung und Koordination des multidisziplinären Treffens in der jeweiligen Versorgungsregion nach § 11. Sie wählen hierfür aus ihrer Mitte einen verantwortlichen Kollegen (Koordinator), soweit auf regionaler Ebene nichts Abweichendes vereinbart wurde.

§ 10

Teilnahmevoraussetzung des ambulanten palliativpflegerischen Dienstes (APD) als beteiligter Kooperationspartner

1. Die Beteiligung des APD ist freiwillig. APD können Teil eines ambulanten Pflegedienstes sein.
2. Teilnehmen können APD, die den Vertrag über die ambulanten palliativpflegerischen Leistungen nach § 132a Abs. 2 SGB V mit den nordrhein-westfälischen Krankenkassen/verbänden abgeschlossen haben.

§ 11

Zusammenarbeit in der Versorgungsregion/Kooperationsregeln

1. Um die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Sinne einer integrativen qualitätsgesicherten Versorgungsregion umzusetzen, ist die Zusammenarbeit aller beteiligten Kooperationspartner erforderlich. Hierzu werden auf regionaler Ebene Kooperationen aus teilnahmeberechtigten Haus- und/oder Fachärzten und QPÄ sowie mindestens einem APD gebildet. In der Zusammenarbeit der Akteure vor Ort ist insbesondere ein guter Informationsaustausch zu praktizieren.
2. Die Versorgungsregionen sollen die gewachsenen Strukturen vor Ort berücksichtigen und hierbei hat die ambulante Versorgung den Vorrang.

3. Um die nach § 12 genannten Aufgaben und Anforderungen an die Versorgungsregionen umzusetzen, berät die KV Nordrhein die beteiligten Kooperationspartner. Die KV Nordrhein unterstützt alle beteiligten Kooperationspartner bei der Bildung von Versorgungsregionen auf regionaler Ebene und stellt ihr Know-how zur Verfügung sowie moderiert im Bedarfsfall Konferenzen in den Versorgungsregionen.
4. Sind betreuende Angehörige in die Versorgung eingebunden, gehört die Anleitung und Unterstützung dieser zu den Aufgaben des Arztes. Dabei sollte er regelmäßig auf externe Hilfsangebote hinweisen, um einer Überforderung der Angehörigen vorzubeugen. Dazu gehört ggf. auch der Hinweis auf psychotherapeutische oder psychosoziale und hospizliche Betreuungs- und Hilfsangebote für die Angehörigen.
5. Der teilnehmende Vertragsarzt und APD sind kooperativ für den Patienten in der ambulanten Versorgung tätig. In diesem Sinne arbeitet der teilnehmende Arzt orientiert am individuellen Fall nach Bedarf mit weiteren Vertragsärzten oder Vertragspsychotherapeuten zusammen. Neben der Zusammenarbeit mit (Fach-) Ärzten und ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten hinsichtlich indikationspezifischer Therapien kann sich der teilnehmende Arzt bei besonderen Fragen der Schmerztherapie oder Palliativversorgung von Fachärzten mit den entsprechenden Weiterbildungen unterstützen lassen. Die Zusammenarbeit dient ausschließlich der Verbesserung der Versorgungsqualität des Patienten. Berufsrechtliche und gesetzliche Bestimmungen, insbesondere § 128 SGB V sind zu beachten.
6. Verschlechtert sich der Gesamtzustand des Patienten so, dass ein Anspruch auf eine Teil- oder Vollversorgung im Rahmen der SAPV besteht, leitet der teilnehmende Arzt im Einverständnis mit dem Patienten den Wechsel der Versorgung des Patienten durch ein Palliative-Care-Team ein. Dabei hat er die Richtlinien des G-BA in der geltenden Fassung zu berücksichtigen. Insbesondere in folgenden Situationen sollte geprüft werden, ob Teil- bzw. Vollversorgung durch ein Palliative-Care-Team angebracht ist, d. h. ob mindestens eine
 - ausgeprägte Schmerzsymptomatik
 - ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
 - ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
 - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
 - ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Symptomatik
 - ausgeprägte urogenitale Symptomatik

vorliegt.

§ 12

Aufgaben in der Versorgungsregion

1. An die Versorgungsregionen werden folgende Koordinationsaufgaben und Anforderungen gestellt:

- Klare Benennung und Zuordnung der Koordinationsfunktionen
 - Zentrale Anlaufstelle
 - Erstellung eines örtlichen abgestimmten Notfallplanes
 - Koordinierung einer Vertretungsregelung
 - Organisation der Fallkonferenzen
 - Informationsbereitstellung zur Inanspruchnahme von Versorgungsmöglichkeiten
 - Überleitung stationäre/ambulante Betreuung
 - Organisation hospizlicher Mitbetreuung
 - Patienten- und Angehörigen-Beratung
 - Vermittlung psychosozialer und spiritueller Begleitung
 - Vermittlung Sanitätshäuser, Apotheker etc.
 - Info-Hotline für Palliativmedizin und -pflege
 - Weiterleitung Adressen, QPA-Dienstpläne, Pflegedienste (palliative care)
 - Dokumentation, Evaluation, Qualitätssicherung
2. Die Leitung und Koordinierung der Versorgungsregion übernimmt im Regelfall ein QPA, soweit auf regionaler Ebene nichts Abweichendes vereinbart wurde.

§ 13

Versorgungsqualität

1. Zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und der Ziele des Vertrages vereinbaren die Vertragspartner folgende Maßnahmen:
 - Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die in § 11 vorgesehenen Kooperationen,
 - effiziente Programmsteuerung durch die KV Nordrhein,
 - Einrichtung eines Beirates der Vertragspartner nach § 14,
 - Gewährleistung einer aktuellen Information der Ärzte zu wesentlichen Inhalten und Änderungen dieses Vertrages,
 - Regelmäßige Erstellung eines Qualitätsberichts durch die Vertragspartner,
 - Unterstützung der Vertragsärzte bei der Einhaltung der geforderten Aufgaben und Qualifikationen
2. Die KV Nordrhein hat eine Informationsplattform (zu Verträgen, Teilnehmern, APD etc.) für die teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte sowie die QPÄ auf Ihrer Webseite unter www.kvno.de eingerichtet.
3. Der teilnehmende Haus- und/oder Facharzt oder QPA erhebt zu Beginn Qualitätsindikatoren in Form einer Erstdokumentation im Rahmen der AAPV (Aufnahme/Wiederaufnahme Anlage 3a) bzw. zur Beendigung (Abschlussdokumentation Anlage 3b) der Betreuung für jeden teilnehmenden Patienten.
4. Die Dokumentationen sind entweder in Papierform oder elektronisch unter Wahrung des Datenschutzes an die KV Nordrhein zu übersenden.
5. Die Dokumentationen werden in der Regel durch den Haus- und/oder Facharzt, ggfs. in Absprache mit dem QPA innerhalb der ersten 14 Tage nach Aufnahme/Wiederaufnahme in

die AAPV (Anlage 3a) und bei Beendigung des Krankheitsfalls erstellt (Anlage 3b).

- Die Übersendung der Dokumentation nach Anlage 3a soll am Ende des Quartals der Aufnahme/Wiederaufnahme in die AAPV erfolgen, die Abschlussdokumentation nach Anlage 3b ist im Quartal der Beendigung des Krankheitsfalls zu übersenden.
- Im Hinblick auf die Ziele und Inhalte des Vertrages sind die Qualitätsindikatoren die Grundlage zur regelmäßigen Bewertung sowie ggf. der Weiterentwicklung des Versorgungskonzeptes durch die Vertragspartner.
- Die Dokumentationen nach Anlage 3a/b werden als Basis für die Erstellung des jährlichen Qualitätsberichts genutzt.

§ 14 Beirat

- Zur Umsetzung und Durchführung dieses Vertrages wird ein Beirat bei der KV Nordrhein gebildet.
- Dem Beirat gehören
 - zwei Vertreter der KV Nordrhein,
 - ein an der Hausarztzentrierten Versorgung mit der KV Nordrhein teilnehmender Hausarzt,
 - ein QPA sowie
 - vier Vertreter der Krankenkassen an.

Darüber hinaus wird ein kooptierter Vertreter des APD in beratender Funktion den Beirat begleiten.

- Entscheidungen werden im Konsens getroffen. Über die Sitzverteilung auf Krankenkassenseite verständigen sich die Krankenkassen.
- Der bei der KV Nordrhein errichtete Beirat zur Begleitung dieses Vertrages wird bei Bedarf Anpassungen des Vertrages an die regionalen und überregionalen Versorgungsbedürfnisse empfehlen.
- Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Beirat einzuberufen; der Beirat tagt mindestens einmal jährlich.
- Zu den Aufgaben des Beirates gehören unter anderem
 - Unterstützung zur Strukturierung der Versorgungsabläufe
 - die Begleitung des Vertrages sowie Empfehlungen zu Vertragserweiterungen
 - die Koordination und Begleitung der Arbeit der Qualitätszirkel, Fallkonferenzen, Konferenzen in der Versorgungsregion sowie Unterstützung zur Lösung von Problemfeldern
 - die Festlegung von Korrekturmechanismen bei erkennbaren Fehlsteuerungen
 - die Empfehlung an die vertragsteilnehmenden Krankenkassen zum Abschluss eines Kooperationsvertrages
 - Bewertung des jährlichen Qualitätsberichts

§ 15 Wirtschaftlichkeitsgebot

Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und zusätzliche Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln durch die Ärzte erforderlich werden und dies zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB V führen, gelten die gesetzlichen Regelungen entsprechend und unverändert fort. Praxisbesonderheiten sind bei umfangreicher Palliativtätigkeit entsprechend den bestehenden Regelungen zu berücksichtigen. Die teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte verpflichten sich, eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Versorgung vorzunehmen, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamen Bundesausschuss orientiert.

§ 16 Verzeichnis der vertragsteilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte, QPÄ und APD in der jeweiligen Versorgungsregion

- Über die teilnehmenden und ausscheidenden Haus- und/oder Fachärzte oder QPÄ unter besonderer Berücksichtigung der Koordinatoren führt die KV Nordrhein eine elektronische Datei. Die KV Nordrhein stellt die aktuelle Fassung dieser Datei den teilnehmenden Krankenkassen monatlich auf ihrem bei ihr eingerichteten SFTP Server zur Verfügung.
- Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen APD führen die Krankenkassen ein gemeinsames Verzeichnis. Die Krankenkassen stellen die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses der KV Nordrhein monatlich in elektronischer Form zur Verfügung.
- Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen weiteren Kooperationspartner dieses Vertrages führen die Krankenkassen ein einheitliches Verzeichnis. Die Krankenkassen stellen die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses der KV Nordrhein monatlich in elektronischer Form zur Verfügung.
- Die KV Nordrhein wird die Verzeichnisse nach Abs. 2 und 3 in geeigneter Form den teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzten sowie QPÄ zur Verfügung stellen.

§ 17 Beitritt weiterer Krankenkassen

- Weitere Krankenkassen können nur beitreten, wenn alle Vertragsparteien dem Beitritt schriftlich zustimmen.
- Jede Krankenkasse nach Absatz 1 kann ihre Teilnahme schriftlich gegenüber allen Vertragsparteien und den an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

§ 18

Vergütung und Rechnungslegung

1. Die Vergütungen für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen sowie die Anforderungen an die Rechnungslegung ergeben sich aus Anlage 4 und erfolgen seitens der Krankenkassen gegenüber der KV Nordrhein außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
2. Die in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen gemäß Absatz 1 regeln die über die Regelversorgung hinausgehenden Leistungen der AAPV.

§ 19

Vertragsverletzung

1. Verstößt ein Haus- und/oder Facharzt oder QPA nach diesem Vertrag gegen gesetzliche und/oder berufsrechtliche Verpflichtungen und/oder gegen die Inhalte dieses Vertrages, können neben möglichen gesetzlichen und/oder berufsrechtlichen Maßnahmen folgende Maßnahmen ergriffen werden:
 - Aufforderung durch die KV Nordrhein bzw. die Vertragspartner, die vertraglichen Pflichten einzuhalten
 - Keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen gemäß § 18 in Verbindung mit Anlage 4
 - Widerruf der Teilnahmegenehmigung, wobei die Vertragsärzte nach diesem Absatz sich für diesen Fall damit einverstanden erklären, nach dem Widerruf keinerlei Leistungen nach diesem Vertrag gegenüber den Vertragspartnern abzurechnen bzw. eine Vergütung hierfür zu verlangen
2. Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen bleibt unberührt.

§ 20

Inkrafttreten / Kündigung

1. Der Vertrag tritt zum 01.01.2014 in Kraft und ersetzt den bisherigen Vertrag vom 22.12.2005.
2. Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten schriftlich zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden.
3. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
4. Soweit die Vergütungen nach diesem Vertrag durch Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der Vergütungsregelung. Falls eine Anpassung nicht möglich ist, besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht für die Vertragspartner.

§ 21

Schlussbestimmungen

1. Die Anlagen 1 bis 4 sind Bestandteil dieses Vertrages.
2. Sofern durch gesetzliche Änderungen oder Richtlinien die Inhalte dieses Vertrages ganz oder teilweise Gegenstand der Regelversorgung werden, vereinbaren die Vertragspartner eine Anpassung dieses Vertrages.
3. Ist eine Anpassung einvernehmlich nicht vereinbar, kann der Vertrag außerordentlich mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.
4. Mündliche Nebenabreden zu diesem Vertrag sind nicht getroffen worden. Änderungen und/oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich dieser Schriftformklausel sowie ihrer Aufhebung bedürfen der Schriftform.

§ 22

Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder der Vertrag unvollständig sein, so wird er in seinen übrigen Inhalten davon nicht berührt. Die unwirksame oder fehlende Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck unwirksamer Bestimmungen in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

Düsseldorf, Kassel, Bochum, den 04.12.2013

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bernhard Brautmeier
Vorstand

AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse

Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Frank Krenz

IKK classic

Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

Knappschaft

Bettina am Orde
Direktorin

IKK-Landesverband NORDWEST

Ass. jur. Dietmar Kämper
Geschäftsbereichsleitung

Anlage 1



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen
gemäß des Strukturvertrages über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung
nach § 73a SGB V zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST**

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag als

HAUSARZT

FACHARZT

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.	Fax Nr.	E-Mail:
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		

Ich habe einen 40-stündigen Kurs zur Weiterbildung in der Palliativmedizin absolviert.
(Nachweis liegt bei.)

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung bekannt, insbesondere:

- dass meine Teilnahme freiwillig ist
- dass mit schriftlicher Mitteilung der KV Nordrhein der Beginn meiner Vertragsteilnahme festgelegt wird
- dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann
- welche vertraglichen Aufgaben ich als Haus- und/oder Facharzt gemäß § 7 zu erfüllen habe
- dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte; abrechnungsfähig sind nur Leistungen für die eine gesicherte ICD Diagnose (ICD-10-GM) besteht.

2. Ich werde an multidisziplinären Fallkonferenzen sowie an einem Qualitätszirkel/Fortbildungen teilnehmen, in welchem das Thema „Palliativmedizin“ berücksichtigt wird. Pro Kalenderjahr sind mindestens zwei Qualitätszirkelsitzungen zu absolvieren.

3. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen sowie an die teilnehmenden Patienten einverstanden.

4. Ich beauftrage die KV Nordrhein mit der Durchführung des o. g. Vertrages.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.

Ort/Datum	Unterschrift	Stempel Arzt/Berufsausübungsgemeinschaft
-----------	--------------	--

Anlage 2



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen
gemäß des Strukturvertrages über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung
nach § 73a SGB V zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST**

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag als

Qualifizierter Palliativ-Arzt

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.	Fax Nr.	E-Mail:
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		

Ich habe die Zusatzweiterbildung „Palliativ-Medizin“ nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer abgeschlossen.

(Nachweis liegt bei.)

1. Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung bekannt, insbesondere:

- dass meine Teilnahme freiwillig ist
- dass mit schriftlicher Mitteilung der KV Nordrhein der Beginn meiner Vertragsteilnahme festgelegt wird
- dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann
- welche vertraglichen Aufgaben ich als qualifizierter Palliativ-Arzt gemäß § 9 zu erfüllen habe
- dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte; abrechnungsfähig sind nur Leistungen für die eine gesicherte ICD Diagnose (ICD-10-GM) besteht.

2. Ich verpflichte mich u. a.:

- an palliativmedizinischen Fortbildungen bzw. multidisziplinären Fallkonferenzen sowie an einem Qualitätszirkel teilzunehmen, in welchem das Thema „Palliativmedizin“ berücksichtigt wird
- an einer Regelung zur „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ teilzunehmen
- zur regelmäßigen Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zur standardisierten Dokumentation

3. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen sowie an die teilnehmenden Patienten einverstanden.

4. Ich beauftrage die KV Nordrhein mit der Durchführung des o. g. Vertrages.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.

Ort/Datum	Unterschrift	Stempel Arzt/Berufsausübungsgemeinschaft
-----------	--------------	--

Anlage 3 a

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

Qualitätsindikatoren – Erstdokumentation im Rahmen der AAPV

zum Strukturvertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung
nach § 73a SGB V zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Aufnahme in die AAPV	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Datum der Aufnahme <input type="checkbox"/> Erstaufnahme <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme
2	Betreuungsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes wohnen <input type="checkbox"/> Pflege/- Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz
3	Patient betreut als	<input type="checkbox"/> Haus-/Facharzt <input type="checkbox"/> QPA
4	Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen
5	Hauptdiagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Erstdiagnose (nur Monat und Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ICD-10)
6	Beteiligte der AAPV Versorgung	<input type="checkbox"/> QPA <input type="checkbox"/> Palliativpflegedienst <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/psychosoziale Fachdienste <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Hospizbegleitung <input type="checkbox"/> SAPV-Teilversorgung/Beratung PCT
7	Schmerztherapie erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Art der Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Analgetika WHO -Stufen 1 ○ / 2 ○ / 3 ○ <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstige
9	Applikationsform Medikation	<input type="checkbox"/> oral/PEG <input type="checkbox"/> transdermal <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe
10	Wundtherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anlage 3 b

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

Qualitätsindikatoren – Abschlussdokumentation AAPV

zum Strukturvertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung nach § 73a SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Beendigung der AAPV- Versorgung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Datum der Beendigung Grund der Beendigung: <input type="checkbox"/> Überleitung in Regelversorgung <input type="checkbox"/> Überleitung in die SAPV-Vollversorgung <input type="checkbox"/> Ausscheiden/Tod
2	Sterbedatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nicht bekannt
3	Sterbeort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes wohnen <input type="checkbox"/> Pflege-/ Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation) <input type="checkbox"/> nicht bekannt
4	Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen

Anlage 4

Vergütungsvereinbarung

§ 1

Vergütungsvoraussetzungen

1. Abrechnungsfähig sind nur Leistungen, für die eine gesicherte ICD-Diagnose gemäß des jeweils gültigen Kataloges für Diagnosen (ICD-10-GM) vorliegt und die vertragsgemäß erbracht worden sind.

2. Die Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen (z. B. Hausbesuche, Wegegelder) nach diesem Vertrag und weiterer Sonderverträge (z. B. Hausarztzentrierte Versorgung, Integrierte Versorgung, Pflegeheime) ist unzulässig.
3. Die EBM-Nummern 03370, 03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372 und 04373 sind neben der Vergütung dieses Vertrages nicht abrechnungsfähig, wenn für den Patienten bereits Leistungen dieses Vertrages erbracht wurden.
4. Die Vergütungen nach dieser Anlage werden von den teilnehmenden Krankenkassen als Einzelleistung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert.

§ 2

Vergütungsregelungen für behandelnde Haus- und/oder Fachärzte

1. Für die nach diesem Vertrag vorgesehene Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie die Betreuung und Beratung der Patienten und deren Angehörigen erhält der Haus- und/oder Facharzt eine Vergütungspauschale in Höhe von 50,00 Euro je Behandlungsquartal und Behandlungsfall, die über die Symbolnummer 92110 abgerechnet wird.
2. Für jeden Hausbesuch nach den EBM-Nummern 01410 oder 01413 erhalten die teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte einen zusätzlichen Pauschalzuschlag in Höhe von 35,00 Euro. Hierfür wird zusätzlich die Symbolnummer 92111 abgerechnet.

Für jeden Dringlichkeitsbesuch nach den EBM-Nummern 01411, 01412 oder 01415 erhalten die teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte einen zusätzlichen Pauschalzuschlag in Höhe von 35,00 Euro. Hierfür wird zusätzlich die Symbolnummer 92102 abgerechnet.
3. Jeder Dringlichkeitsbesuch nach den EBM-Nummern 01411, 01412 oder 01415 wird mit einem Punktwert von 14,451 CT vergütet. Die Vergütung des erhöhten Punktwerts erfolgt gleichfalls als Einzelleistung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
4. Sofern der Haus- und/oder Facharzt die Überleitung des Patienten in die ambulante Versorgung mit dem behandelnden Krankenhausarzt bzw. verantwortlichen Arzt der Palliativ-Station oder Hospiz-Einrichtung telefonisch abgestimmt hat, erhält er 18,00 Euro. Die Pauschale wird über die Symbolnummer 92113 abgerechnet.
5. Für das telefonische Konsil mit einem mitbehandelnden QPA oder anderen Kooperationspartnern erfolgt eine Vergütung in Höhe von 18,00 Euro je Telefonat. Die Pauschale wird über die Symbolnummer 92118 abgerechnet.
6. Der betreuende Haus- und/oder Facharzt hat seinem Koordinator eine Mitteilung über die Aufnahme des Patienten innerhalb von drei Arbeitstagen zu übersenden. Die Mitteilung dient der Information der an diesem Vertrag teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte sowie QPÄ in der Versorgungsregion für den Fall der Übernahme der Behandlung. Hiermit soll sichergestellt werden, dass auch bei einem Wechsel des betreuenden Haus- und/oder Facharztes oder QPA dieser über Diagnose und bereits eingeleitete und ggfs. erforderliche Behandlungsschritte umfassend informiert ist. Datenschutz- und berufsrechtliche Bestimmungen werden dabei beachtet.

Die Abrechnung der Mitteilung nach SNR 92120 ist in Abhängigkeit des § 5 Abs. 1 des Vertrages frühestens ab 01.04.2014 möglich.

7. Für die Erstellung der Dokumentationen nach Anlage 3a/b und Übermittlung zur Auswertung an die KV Nordrhein durch den betreuenden Haus- und/oder Facharzt kann je Patient und je Dokumentation (Erst- sowie Abschlussdokumentation) eine Aufwandspauschale von 5,00 Euro nach der Symbolnummer 92121/92122 abgerechnet werden. Je Patient werden eine Erst- und eine Abschlussdokumentation erstellt und honoriert. Es bedarf daher der Abstimmung zwischen Haus- und/oder Facharzt und dem QPA.
8. Im Rahmen der additiv unterstützenden Teilversorgung (SAPV) sind Leistungen dieses Vertrages entsprechend Anlage 4 sowie des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch den betreuenden Haus- und/oder Facharzt weiterhin abrechnungsfähig; dies gilt nicht für die EBM-Nummern 03370, 03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372 und 04373, wenn für den Patienten bereits Leistungen nach diesem Vertrag erbracht wurden.
9. Im Rahmen der SAPV-Vollversorgung durch ein Palliative-Care-Team sind Leistungen dieses Vertrages durch den betreuenden Haus- und/oder Facharzt nicht abrechnungsfähig. Leistungen des betreuenden Haus- und/oder Facharztes nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab sind weiterhin abrechnungsfähig, dies gilt nicht für die EBM-Nummern 03370, 00371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372 und 04373.

Zusätzlich zu den EBM-Nummern/Symbolnummern können die gefahrenen Kilometer (Hin- und Rückweg) zu den Besuchsorten berechnet werden.

Vergütung für den Haus-/Facharzt

Symbolnummer (SNR)	Legende	Vergütung	i.V. mit EBM-Nr.
92102	Zusätzliche Aufwandspauschale für Dringlichkeitsbesuche nach den EBM-Nr. 01411, 01412 oder 01415	35,00 €	01411 01412 01415
92110	Koordination, Betreuung und Beratung des Patienten/der Angehörigen	50,00 €	–
92111	Zusätzliche Aufwandspauschale für Hausbesuche nach EBM-Nr. 01410 oder 01413	35,00 €	01410 01413
92113	Telefonische Krankenhausüberleitung	18,00 €	–
92118	Konsil mit dem QPA oder weiteren Kooperationspartnern	18,00 €	–
92120	Mitteilung an den Koordinator, einmalig im Krankheitsfall	5,00 €	–

Symbolnummer (SNR)	Legende	Vergütung	i.V. mit EBM-Nr.
92121	Erstellung und Versand der Erstdokumentation nach Anlage 3a (wenn keine Dokumentation durch den QPA erfolgt)	5,00 €	-
92122	Erstellung und Versand der Abschlussdokumentation nach Anlage 3b (wenn keine Dokumentation durch den QPA erfolgt)	5,00 €	-

§3 Vergütungsregelung für QPÄ

1. Der QPA erhält für ein Konsilium am Bett des Kranken mit dem behandelnden Haus- und/oder Facharzt oder dem APD oder anderen Kooperationspartnern je angefallenem Einsatz eine Pauschale von 45,00 Euro nach der Symbolnummer 92114.
 2. Für jeden Hausbesuch nach der EBM-Nr. 01410 oder 01413 kann zusätzlich die Symbolnummer 92111 in Höhe von 35,00 Euro abgerechnet werden.
 3. Für jeden Dringlichkeitsbesuch nach den EBM-Nummern 01411, 01412 oder 01415 erhalten die teilnehmenden QPÄ einen zusätzlichen Pauschalzuschlag in Höhe von 35,00 Euro. Hierfür wird zusätzlich die Symbolnummer 92102 abgerechnet.
 4. Jeder Dringlichkeitsbesuch nach den EBM-Nummern 01411, 01412 oder 01415 wird mit einem Punktwert von 14,451 CT vergütet. Die Vergütung des erhöhten Punktwerts erfolgt gleichfalls als Einzelleistung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
 5. Für die Überleitung des Patienten in die ambulante Versorgung und die damit einhergehende telefonische Abstimmung mit dem behandelnden Krankenhausarzt bzw. verantwortlichen Arzt in der Palliativ-Station oder Hospiz-Einrichtung, erhält der QPA eine Pauschale je Aufenthalt des Patienten in Höhe von 18,00 Euro. Die Pauschale wird über die Symbolnummer 92113 abgerechnet.
 6. Die QPÄ erhalten je Patient im Behandlungsfall (Quartal) eine Bereitschaftspauschale für das Vorhalten einer ständigen Erreichbarkeit (Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit) in Höhe von 100,00 Euro. Diese Bereitschaftspauschale wird nach der Symbolnummer 92115 abgerechnet. Eine Vergütung erfolgt nur in den Behandlungsfällen, in denen am gleichen Tag zusätzlich eine Leistung dieses Vertrages oder nach dem EBM erbracht wurde. Hiermit wird sichergestellt, dass der Patient abgesehen von z. B. Urlaubs- oder Krankheitszeiten immer seinen QPA erreichen kann.
 7. Für die telefonische Beratung des Patienten oder der Angehörigen bzw. für das telefonische Konsil mit einem mitbehandelnden Haus- und/oder Facharzt oder anderen Kooperationspartnern erfolgt eine Vergütung in Höhe von 18,00 Euro je Telefonat. Die Pauschale wird über die Symbolnummer 92116 abgerechnet.
 8. Der betreuende QPA im Rahmen seiner Tätigkeit als Haus- und/oder Facharzt hat seinem Koordinator eine Mitteilung über die Aufnahme der eigenen Patienten innerhalb von drei Arbeitstagen zu übersenden. Die Mitteilung dient der Information der an diesem Vertrag teilnehmenden Haus- und/oder Fachärzte sowie QPÄ in der Versorgungsregion für den Fall der Übernahme der Behandlung. Hiermit soll sichergestellt werden, dass auch bei einem Wechsel des betreuenden Haus- und/oder Facharztes oder QPA dieser über Diagnose und bereits eingeleitete und ggfs. erforderliche Behandlungsschritte umfassend informiert ist. Datenschutz- und berufsrechtliche Bestimmungen werden dabei beachtet.

Die Abrechnung der Mitteilung nach SNR 92120 ist in Abhängigkeit zu § 5 Abs. 1 des Vertrages frühestens ab 01.04.2014 möglich.
 9. Für die Erstellung der Dokumentationen nach Anlage 3a/b und Übermittlung zur Auswertung an die KV Nordrhein durch den betreuenden QPA kann je Patient und je Dokumentation (Erst- und Abschlussdokumentation) eine Aufwandspauschale von 5,00 Euro nach der Symbolnummer 92121/92122 abgerechnet werden. Je Patient werden eine Erst- und eine Abschlussdokumentation erstellt und honoriert. Es bedarf daher der Abstimmung zwischen QPA und Haus- und/oder Facharzt.
 10. Im Rahmen der additiv unterstützenden Teilversorgung (SAPV) sind Leistungen dieses Vertrages nach Anlage 4 sowie des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch den betreuenden QPA (auch im Rahmen der Betreuung eigener Patienten als Haus- und/oder Facharzt) weiterhin abrechnungsfähig; dies gilt nicht für die EBM-Nummern 03370, 03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372 und 04373 wenn für den Patienten bereits Leistungen nach diesem Vertrag erbracht wurden.
 11. Im Rahmen der SAPV-Vollversorgung durch ein Palliative-Care-Team sind Leistungen dieses Vertrages durch den betreuenden QPA (auch im Rahmen der Betreuung eigener Patienten als Haus- und/oder Facharzt) nicht abrechnungsfähig. Leistungen des betreuenden QPA (auch im Rahmen der Betreuung eigener Patienten als Haus- und/oder Facharzt) nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab sind weiterhin abrechnungsfähig, dies gilt nicht für die EBM-Nummern 03370, 03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372 und 04373.
- Zusätzlich zu den EBM-Nummern/Symbolnummern können die gefahrenen Kilometer (Hin- und Rückweg) zu den Besuchsorten berechnet werden.

Vergütung für den Qualifizierten Palliativarzt

Symbolnummer (SNR)	Legende	Vergütung	i.V. mit EBM-Nr.
92102	Zusätzliche Aufwands- pauschale für Dringlichkeits- besuche nach den EBM-Nr. 01411, 01412 oder 01415	35,00 €	01411 01412 01415
92111	Zusätzliche Aufwands- pauschale für Hausbesuche nach EBM-Nr. 01410 oder 01413	35,00 €	01410 01413
92113	Telefonische Krankenhaus- überleitung	18,00 €	–
92114	Zusätzliche Aufwands- pauschale für das Konsilium am Bett des Kranken	45,00 €	–
92115	Bereitschaftspauschale, nur abrechnungsfähig i. V. mit einer anderen Leistung des Vertrages oder einer EBM-Ziffer, max. 4-mal im Krankheitsfall	100,00 €	–
92116	Telefonisches Konsil	18,00 €	–
92120	Mitteilung an den Koordinator, einmalig im Krankheitsfall	5,00 €	–
92121	Erstellung und Versand der Erstdokumentation nach Anlage 3a (wenn keine Dokumentation durch den Haus- und/oder Facharzt erfolgt)	5,00 €	–
92122	Erstellung und Versand der Abschlussdokumentation nach Anlage 3b (wenn keine Dokumentation durch den Haus- und/oder Facharzt erfolgt)	5,00 €	–

§ 4

Vergütungsregelung für die Koordinatortätigkeit

- Für die Koordination der Zusammenarbeit nach § 12 der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte der jeweiligen Versorgungsregion kann einmalig im Krankheitsfall je Patient durch den Koordinator eine Pauschale in Höhe von 55,00 Euro nach der Symbolnummer 92117 abgerechnet werden. Die Pauschale ist nur abrechnungsfähig, wenn in der Versorgungsregion, welche der Koordinator leitet, die Voraus-

setzungen und Aufgaben nach dem Inhalt des Vertrages nachweislich erfüllt und die Tätigkeit gegenüber der KV Nordrhein vorab angezeigt wird.

- Die Abrechnung der Koordinationspauschale nach SNR 92117 ist in Abhängigkeit zu § 5 Abs. 1 des Vertrages frühestens ab 01.04.2014 möglich.

Vergütung für den Koordinator

Symbolnummer (SNR)	Legende	Ver-gütung
92117	Koordinationspauschale für die Versor- gungsregion, einmalig im Krankheitsfall	55,00 €

§ 5

Kostendeckung, Beitragssatzstabilität

- Die Vertragspartner beachten den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 73a SGB V in Verbindung mit § 71 Abs. 1 SGB V.
- Diese Vergütungsvereinbarung ist so gestaltet, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind. Anhand der vertraglich vereinbarten Leistungen zur AAPV, gehen die Vertragspartner davon aus, dass mittels entsprechender Auswertungen, Einsparungen in den Bereichen Krankenhausaufenthalte, Kosten für Rettungstransporte oder Krankentransporte generiert werden können. Mit den Vertragsinhalten erhalten Versicherte eine Versorgung, die eine Lücke in der Regelversorgung schließt, wobei Versicherte durch die AAPV eine umfangreiche ambulante Versorgung erfahren, deren Schweregrad noch nicht der gesetzlich verankerten Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, jedoch deutlich dem über den Anforderungen der Regelversorgung entspricht.

§ 6

Rechnungslegung

- Die erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der regulären Abrechnung über die KV Nordrhein abzurechnen. Die KV Nordrhein erhebt von den teilnehmenden Ärzten einen Verwaltungskostenbeitrag auf die vereinbarten Vergütungspauschalen nach dieser Anlage entsprechend der Satzung der KV Nordrhein in der jeweils gültigen Fassung.
- Der Datenaustausch zum Abrechnungsverfahren erfolgt auf der Grundlage des Vertrages über den Datenträgeraustausch auf Datenträgern. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KV Nordrhein.

3. Hinsichtlich der Abrechnung der KV Nordrhein, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung u.a. gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages. Die KV Nordrhein rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen ab. Die Gebühren-Nummern werden im KT-Viewer unter Kontenart 400, Pseudokapitel 92, Abschnitt 14 unter Angabe der Häufigkeit ausgewiesen.

Düsseldorf, Kassel, Bochum, den 04.12.2013

**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**
Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**
Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

**Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**
Frank Krenz

IKK classic
Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

Knappschaft
Bettina am Orde
Direktorin

BKK-Landesverband NORDWEST
Ass. jur. Dietmar Kämper
Geschäftsbereichsleitung

**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**
Bernhard Brautmeier
Vorstand

Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand
-nachstehend KV Nordrhein genannt-

und der

HEK - Hanseatische Krankenkasse, Hamburg
vertreten durch den Vorstand
-nachstehend HEK genannt-

Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter.

Präambel

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs aber auch die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

Mit diesem Vertrag verfolgen die HEK und die KV Nordrhein vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personenkreise (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen.

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren ergänzend zur Hautkrebsvorsorge im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bei Versicherten im Alter von 18 bis 34 Jahren durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen
- den Informationsstand einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Ärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebserkrankungen zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

Die Auflichtmikroskopie unterstützt den Arzt im Rahmen der Hautkrebsvorsorge-Untersuchung bei der Unterscheidung zwischen einer harmlosen und gefährlichen Hautveränderung.

§ 1 Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag findet Anwendung für die nach § 3 berechtigten Vertragsärzte im Bereich der KV Nordrhein.

§ 2 Anspruchsberechtigter Personenkreis

- (1) Anspruchsberechtigt sind alle zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der HEK versicherten Personen – unabhängig von ihrem Wohnort – ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres.