

Stadt Bonn
Facharzt/-ärztin für
Orthopädie
Chiffre: 248/2015

Mittelbereich Köln
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: 249/2015

Raumordnungsregion Köln
Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
(hälftiger Versorgungsauftrag)
Berufsausübungsgemeinschaft
Chiffre: 250/2015

Kreis Aachen
Facharzt/-ärztin für
Augenheilkunde
(hälftiger Versorgungsauftrag)
überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
Chiffre: 251/2015

Kreis Aachen
Facharzt/-ärztin für
Augenheilkunde
(hälftiger Versorgungsauftrag)
überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
Chiffre: 252/2015

Mittelbereich Aachen
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin
-hausärztliche Versorgung-
(hälftiger Versorgungsauftrag)
Berufsausübungsgemeinschaft
Chiffre: 254/2015

Mittelbereich Düren
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Berufsausübungsgemeinschaft
Chiffre: 255/2015

Mittelbereich Düren
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Berufsausübungsgemeinschaft
Chiffre: 256/2015

Kreis Düren
Facharzt/-ärztin für
Haut- und Geschlechtskrankheiten
Berufsausübungsgemeinschaft
Chiffre: 257/2015

Kreis Düren
Facharzt/-ärztin für
Haut- und Geschlechtskrankheiten
Berufsausübungsgemeinschaft
Chiffre: 258/2015

Mittelbereich Aachen
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin
-hausärztliche Versorgung-
Chiffre: 259/2015

Raumordnungsregion Köln
Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin
-Kardiologie-
Chiffre: 260/2015

Stadt Leverkusen
Facharzt/-ärztin für
Nervenheilkunde
Chiffre: 261/2015

Mittelbereich
Bergisch Gladbach/Overath
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: 262/2015

**Bewerbungsfrist:
Bis 19.06.2015**

Mittelbereich Bonn
Arzt/Ärztin
Chiffre: 243/2015

Mittelbereich Bonn
Praktische(r) Arzt/Ärztin
Chiffre: 244/2015

Mittelbereich Köln
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: 247/2015

Ärztliche Körperschaften im Internet

Ärztelkammer Nordrhein
www.aekno.de

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein www.kvno.de

Der nachstehend abgedruckte Vertrag nach § 73a SGB V gilt ausschließlich für Vertragsärzte und Psychotherapeuten in der Modellregion des Gesundheitsnetzes Köln-Süd und tritt mit Wirkung zum 01. Juni 2015 in Kraft.

Vertrag gemäß § 73a SGB V über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
– nachfolgend „KV Nordrhein“ genannt –

und

**AOK Rheinland/Hamburg,
BKK-Landesverband Nordwest**, handelnd für die beigetretenen
Betriebskrankenkassen
**IKK classic,
Knappschaft,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau**

**sowie
den Ersatzkassen:**

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung NRW
– nachfolgend „Krankenkassen“ genannt –

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziele
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Teilnahme der Versicherten
- § 4 Teilnahme der Vertragsärzte

§ 4a	Einschreibe- und Datenprozess
§ 5	Aufgaben der KV Nordrhein
§ 6	Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte
§ 7	Aufgaben der teilnehmenden Fachärzte/ Psychotherapeuten
§ 8	Praxisnetze/Arztnetze
§ 9	Aufgaben der Krankenkassen
§ 10	Vergütung
§ 11	Abrechnung
§ 12	Lenkungsremium
§ 13	Datenschutz
§ 14	Beitritt weiterer Krankenkassen
§ 15	Wirtschaftlichkeitsprüfung
§ 16	Inkrafttreten und Kündigung
§ 17	Öffentlichkeitsarbeit
§ 18	Schlussbestimmungen

Protokollnotiz

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Übersicht der Modellregionen
Anlage 2	Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten
Anlage 3	Teilnahmeantrag Haus- und Fachärzte/ Psychotherapeuten
Anlage 4	Arztverzeichnis
Anlage 5	Basisdokumentation des Hausarztes
Anlage 6	Teilnahmeantrag Praxisnetz/Arztnetz
Anlage 7	Kriterien für die Zusammenarbeit
Anlage 8	Vertragscontrolling
Anlage 9	Vergütung und Abrechnung der teilnehmenden Haus- und Fachärzte/Psychotherapeuten
Anlage 10	Beigetretene Krankenkassen
Anlage 11	Ausschlussbestimmungen

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

Präambel

Die adäquate medizinische Versorgung von Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen stellt mit Blick auf die demographische Entwicklung mit immer mehr älteren Patienten bei gleichzeitiger Zunahme von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen das deutsche Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. In diesem Zusammenhang stellt die Tatsache, dass insbesondere aufgrund der hohen Zunahme des Krankheitsbildes Demenz und des besonderen Verlaufs chronischer Erkrankungen immer mehr Patienten ihren alltäglichen Aufgaben nicht mehr nachkommen können und eine Unterstützung durch andere Menschen benötigen, einen zentralen Ausgangspunkt dar. Aber auch das vielfach komplexe Krankheitsgeschehen, das eine besondere Abstimmung unter den Beteiligten erforderlich macht, sowie die kostenintensiven Versorgungsverläufe machen deutlich, dass ein immer größerer Bedarf an strukturellen Versorgungslösungen mit aufeinander abgestimmten ärztlichen und pflegerischen Leistungen besteht und

bei der künftigen Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen verstärkt in den Fokus neuer Versorgungsmodelle gerückt werden muss.

Vor diesem Hintergrund muss Ziel und Aufgabe einer qualifizierten, zeitgemäßen und insbesondere die Lebensqualität der Patienten in Pflegeeinrichtungen verbessernden ambulanten Versorgung durch Vertragsärzte und Pflegepersonal sein, eine qualitätsgesicherte medizinische und pflegerische Versorgung durch alle an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie einen regelmäßigen Informationsaustausch zu etablieren sowie insbesondere funktionierende Strukturen für kooperatives Zusammenwirken zu fördern. Daneben gilt es, durch Etablierung einer erweiterten Rufbereitschaft und koordinierte Vertretungsregelungen eine rechtzeitige Interventionsmöglichkeit der ambulant tätigen Haus- und Fachärzte in Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten und dadurch vermeidbare Krankenhaustransporte und -aufenthalte zu reduzieren sowie Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen. Weitere Ansätze stellen die Implementierung einer koordinierten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie durch verbesserte Dokumentation dar, um insbesondere unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden.

Dieser Vertrag dient der kooperativen und koordinierten Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein in den in Anlage 1 genannten Modellregionen. Er legt konkrete Anforderungen an die ärztliche/pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen fest, um die Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen im Sinne einer verbesserten und qualitätsgesicherten Versorgung der Patienten nachhaltig zu stärken. Inhaltliche Grundlage dieses Vertrages bildet die von den Vertragspartnern erarbeitete Rahmenempfehlung über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein.

§ 1 Ziele

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte/Psychotherapeuten verbessern durch aufeinander abgestimmte Leistungen und ein aktives Schnittstellenmanagement Qualität und Effizienz der Versorgung von Pflegeheimbewohnern nachhaltig.

- 1) Die Vertragsteilnehmer verpflichten sich zu einer engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit. Dies gilt insbesondere für den zeitnahen Austausch erforderlicher Informationen zur Optimierung der medizinischen Versorgung der Versicherten sowie des Schnittstellenmanagements.
- 2) Die Vertragsteilnehmer erklären sich bereit, gemeinsam Kommunikationsleitfäden und verbindliche Prozessabläufe bei medizinischen Notfällen zu implementieren. Die Vertragsteilnehmer streben, unter Berücksichtigung ihrer Einflussmöglichkeiten, die Erarbeitung und Etablierung

von Handlungsabläufen zu ausgewählten kritischen Bereichen der pflegerischen und medizinischen Versorgung auch im sektorenübergreifenden Zusammenhang an.

- 3) Etwaige Meinungsverschiedenheiten sollen im Sinne dieser Vereinbarung einvernehmlich beigelegt werden. Im Übrigen gelten die Regelungen des § 12.

§ 2 Geltungsbereich

- 1) Dieser Vertrag gilt für alle im Bereich der KV Nordrhein niedergelassenen Vertragsärzte

in der Region des Gesundheitsnetzes Köln-Süd
in der Region des Arztnetzes Dormagen.

Im Wege einer Vertragsanpassung können die Vertragspartner weitere Regionen bestimmen.

- 2) Als niedergelassene Vertragsärzte i. S. des Abs. 1 gelten zugelassene, in einer Praxis angestellte oder in einem MVZ tätige Haus- und Fachärzte/Psychotherapeuten.

§ 3 Teilnahme der Versicherten

- 1) An den Leistungen dieses Vertrages können die Versicherten der vertragschließenden Krankenkassen teilnehmen, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in den Modellregionen dieses Vertrages leben, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in dieser vollstationären Pflegeeinrichtung haben und von einem an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt (hausärztlich) betreut werden. Die Regelungen gelten nicht für Patienten, die sich zur Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) oder Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) im Pflegeheim aufhalten.
- 2) Die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag ist für die Versicherten freiwillig. Das Recht der Patienten auf freie Arztwahl bleibt unberührt.
- 3) Voraussetzung für die Teilnahme der Patienten an diesem Vertrag ist die schriftliche Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2. Die Aufklärung über die Teilnahme an diesem Vertrag erfolgt grundsätzlich durch den teilnehmenden Hausarzt.
- 4) Die Teilnahme der Patienten beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Die von den Patienten oder deren gesetzlichen Vertreter unterschriebenen Teilnahmeerklärungen werden vom teilnehmenden Hausarzt unverzüglich an die KV Nordrhein weitergeleitet. Die KV Nordrhein führt ein entsprechendes Patientenverzeichnis und stellt den teilnehmenden Krankenkassen die Informationen über ihre jeweils teilnehmenden Patienten regelmäßig zur Verfügung.

- 5) Die Patienten können ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der teilnehmenden Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und der dort beschriebenen Belehrung.
- 6) Die Teilnahme der Patienten endet zudem
 - a) durch Kündigung des Versicherten. Der Versicherte kann seine Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende in Textform gegenüber seiner Krankenkasse kündigen.
 - b) mit Beendigung des Vertrages (Versorgungsangebot).
 - c) mit dem Ende der Versicherung bei der jeweiligen Krankenkasse.
 - d) sobald sich der Aufenthaltsort nicht mehr in einem der teilnehmenden Pflegeheime befindet.
- 7) Die teilnehmende Krankenkasse wird die KV Nordrhein über die Kündigung/den Widerruf der Teilnahme und den Zeitpunkt ihrer Wirksamkeit unverzüglich schriftlich informieren. Die KV Nordrhein wird wiederum den behandelnden Vertragsarzt des Patienten unverzüglich über die Kündigung/den Widerruf der Teilnahme und den Zeitpunkt ihrer Wirksamkeit informieren. Bis zur Wirksamkeit der Kündigung bzw. des Widerrufs, längstens bis zu deren Bekanntgabe gegenüber dem Vertragsarzt, hat der Vertragsarzt einen Vergütungsanspruch für Behandlungen nach diesem Vertrag gegenüber der Krankenkasse des Versicherten, es sei denn, die KV Nordrhein hat den Vertragsarzt nachweislich nicht unverzüglich informiert. Die KV Nordrhein wird die erhaltenen Kündigungen in das vereinbarte historische Patientenverzeichnis aufnehmen.

§ 4 Teilnahme der Vertragsärzte

- 1) Die Teilnahme der Haus- und Fachärzte/Psychotherapeuten an dem Vertrag ist freiwillig.
- 2) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Haus- und Fachärzte/Psychotherapeuten gemäß § 2 Abs. 2, sofern sie die nachfolgend näher beschriebenen Anforderungen erfüllen.
- 3) Für eine Teilnahme bestehen folgende Anforderungen, die der KV Nordrhein gegenüber jeweils nachzuweisen sind:
 - a) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und/oder E-Mail-Adresse, wobei die Faxnummer und/oder die E-Mail-Adresse der KV Nordrhein mitgeteilt werden,
 - b) Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Anschrift der Betriebsstätte(n), Telefonnummer, Faxnummer in einem öffentlichen Verzeichnis der Leistungserbringer auf der Homepage der Krankenkassen und der KV Nordrhein.

- 4) Zur Teilnahme an dem Vertrag übersendet der Haus- bzw. Facharzt/Psychotherapeut einen ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeantrag gem. Anlage 3 an die KV Nordrhein, mit dem er sich verpflichtet, die Rechte und Pflichten des Vertrages anzuerkennen.
- 5) Über die Teilnahmeerklärung hinaus hat der antragstellende Arzt ein Konzept entsprechend Anlage 7 über die kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung einzureichen, aus dem insbesondere die Organisation der Rufbereitschaft und der regelmäßigen Visitendienste hervorgehen. Die Regelungen über die Organisation einer Rufbereitschaft mit einem Pflegeheim sollen Zeiten außerhalb der üblichen Sprechstunden/Hausbesuchszeiten (in der Regel montags bis freitags von 7:00 Uhr bis 22:00 Uhr sowie samstags, sonntags sowie an Feiertagen unter Berücksichtigung der örtlichen Strukturen) beinhalten.
- 6) Erfüllt der Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen, übersendet die KV Nordrhein dem Haus- bzw. Facharzt/Psychotherapeuten eine schriftliche Teilnahme genehmigung.
- 7) Erfüllt der Haus- bzw. Facharzt/Psychotherapeut die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Vertrag nicht mehr, beendet die KV Nordrhein nach vorheriger Anhörung des Vertragsarztes dessen Teilnahme. Gleiches gilt, wenn der Vertragsarzt gegen ihm vertraglich auferlegte wesentliche Verpflichtungen verstößt.
- 8) Die Teilnahme des Haus- bzw. Facharztes/Psychotherapeuten an dem Vertrag endet mit
 - a) dem Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - b) der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - c) dem Widerruf der Teilnahme genehmigung durch die KV Nordrhein oder
 - d) der Kündigung durch den teilnehmenden Haus- bzw. Facharzt/Psychotherapeuten.
- 9) Der Haus- bzw. Facharzt/Psychotherapeut kann seine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Über die Kündigung des Haus- bzw. Facharztes/Psychotherapeuten informiert die KV Nordrhein die teilnehmenden Krankenkassen rechtzeitig vor Wirksamkeit der Kündigung.

§ 4a

Einschreibe- und Datenprozess

- 1) Der Hausarzt organisiert die Einschreibung des Versicherten (Teilnahmeerklärung nach Anlage 2) und leitet die Teilnahmeerklärung im Original unverzüglich an die KV Nordrhein weiter. Je eine Kopie der Teilnahmeerklärung verbleibt beim Patienten und in der jeweiligen Arztpraxis. Die KV Nordrhein erstellt ein elektronisches Verzeichnis der teilnehmenden Patienten mit Zuordnung zu dem jeweils einschreibenden/koordinierenden Hausarzt, berücksich-

tigt hierbei die Zu- und Abgänge (Historisierung) und stellt dieses Verzeichnis den jeweils teilnehmenden Krankenkassen zu einem zu vereinbarenden Termin über einen bei der KV Nordrhein vorhandenen sFTP-Server zur Verfügung. Auf Anforderung stellt die KV Nordrhein der Krankenkasse die Teilnahmeerklärungen ihrer Versicherten zur Verfügung.

- 2) Die KV Nordrhein übermittelt vorab die versichertenbezogenen, ungeprüften Abrechnungsdaten. Diese umfassen:
 - a) die abgerechneten Symbolnummern aus diesem Vertrag
 - b) die abgerechneten Besuchsziffern des EBM für die teilnehmenden Versicherten unter Angabe des Behandlungstages und der erbringenden LANR (analog § 295 SGB V)

Sie werden versichertenbezogen elektronisch spätestens 6 Wochen nach Ende des Abrechnungsquartals an die Krankenkasse übermittelt. Die endgültige Abrechnung erfolgt gem. § 11 des Vertrages.

§ 5

Aufgaben der KV Nordrhein

- 1) Die KV Nordrhein führt ein elektronisches Verzeichnis der teilnehmenden Vertragsärzte („Arztverzeichnis“) entsprechend Anlage 4. Das elektronische Verzeichnis der teilnehmenden Vertragsärzte enthält aktuelle Daten zu Titel, Vorname, Name, PLZ, Ort, Straße, Telefonnummer, Fax, E-Mail, Fachgruppe, Beginn und Ende der Teilnahme, LANR, BSNR. Die KV Nordrhein stellt den Krankenkassen jeweils zu Beginn eines Quartals das Arztverzeichnis als Excel-Datei zur Verfügung. Im ersten Quartal nach Vertragsbeginn ist diese Datei wöchentlich zur Verfügung zu stellen.
- 2) Die KV Nordrhein erteilt den Vertragsärzten, die die Voraussetzungen des Vertrages erfüllen, eine Teilnahme genehmigung.
- 3) Die KV Nordrhein überprüft stichprobenhaft das Fortbestehen der Teilnahmevoraussetzungen der Vertragsärzte während der Dauer des Vertrages.
- 4) Die KV Nordrhein kann die teilnehmenden Vertragsärzte bei Bedarf bei der Errichtung eines Visiten- und Bereitschaftsdienstes zur Umsetzung des Vertrages beraten.
- 5) Die KV Nordrhein gewährleistet eine ordnungsgemäße Abrechnung und übernimmt die Vergütung gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten und die Rechnungslegung gegenüber den beteiligten Krankenkassen.

§ 6

Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

- 1) Den Hausärzten kommt im Rahmen des Versorgungskonzeptes eine zentrale Rolle zu. Sie sind erste Ansprechpart-

- ner für Patienten, deren Familie, deren Bezugspersonen oder gesetzliche Vertreter sowie der Pflegeeinrichtungen. Die teilnehmenden Hausärzte übernehmen in Abstimmung mit den beteiligten Fachärzten/Psychotherapeuten und Pflegeeinrichtungen die Koordination der medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohner und erbringen nachstehende Leistungen.
- 2) **Information der Patienten:** Der teilnehmende Hausarzt informiert seine Patienten über die Inhalte und Ziele des Vertrages und organisiert deren Einschreibung im Sinne von § 4a Abs. 1. Hierbei informiert er über die Vorteile einer Teilnahme des Patienten, insbesondere über die Freiwilligkeit der Teilnahme und das Recht der freien Arztwahl.
 - 3) **Dokumentation im Pflegeheim:** Im Interesse einer optimierten Koordination verbleibt die vom Arzt geführte patientenbezogene Basisdokumentation gemäß Anlage 5 beim Versicherten im Pflegeheim.
 - 4) **Heimbesuche:** Durchführung bedarfsgerechter regelmäßiger (d. h. mindestens einmal monatlich) nicht anlassbezogener Visiten in der stationären Pflegeeinrichtung in Kooperation und Abstimmung mit den Ansprechpartnern der Einrichtung. Diese Visiten sollen vornehmlich unmittelbar vor einem Wochenende stattfinden. Im Rahmen der nicht anlassbezogenen Besuche können auch geriatrische/neurologische Konsile stattfinden.
 - 5) **Dringender Besuch:** Die teilnehmenden Hausärzte stellen sicher, dass sie bei Anforderung durch ein Pflegeheim, in dem an diesem Vertrag teilnehmende Versicherte wohnen, am selben Tag Besuche bei Versicherten vornehmen, soweit die Indikation dies aus medizinischer Sicht erforderlich macht.
 - 6) **Bereitschaftsdienste der Hausärzte:** Die teilnehmenden Hausärzte gewährleisten auch außerhalb der Sprechstunden/Hausbesuchszeiten die medizinische Betreuung der Patienten in der Form einer Rufbereitschaft, wobei insbesondere die vor Ort gewachsenen Strukturen berücksichtigt bzw. eingebunden werden. Teilnehmende Hausärzte, die innerhalb eines Praxisnetzes/Arztnetzes gebunden sind, verpflichten sich gleichzeitig, die innerhalb des Praxisnetzes/Arztnetzes vereinbarten Regelungen über die Rufbereitschaft (telefonische Erreichbarkeit) gemäß § 4 Abs. 5 einzuhalten.
 - 7) **Räumliche Nähe:** Einhaltung einer räumlichen Nähe zu den in vollstationären Einrichtungen zu betreuenden Patienten mit einer Erreichbarkeit innerhalb eines Zeitraumes von ca. 30 Minuten.
 - 8) **Vertretungsregelungen:** Im Falle seiner Verhinderung (Urlaub, Fortbildung oder Krankheit) stellt der Vertragsarzt die Vertretung durch einen anderen geeigneten Hausarzt sicher.
 - 9) **Mitbehandlung:** Die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte sind damit einverstanden, dass ihre Patienten bei akuter Behandlungsbedürftigkeit während des Visitenendienstes von anderen teilnehmenden Vertragsärzten anlassbezogen mitbehandelt werden, sofern der Patient sein Einverständnis erklärt.
 - 10) **Geriatrisches Basisassessment:** Durchführung eines geriatrischen Basisassessments mit eingehender Anamnese und Erstellung eines Behandlungsplans einschließlich dessen halbjährlicher (bzw. nach Anlass erforderlicher) Kontrolle.
 - 11) **Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit:** Die Hausärzte berücksichtigen die einschlägigen Regelungen zur Pharmakotherapie insbesondere bei älteren chronisch kranken und multimorbiden Patienten. Zu Beginn der Teilnahme des Versicherten sind vom einschreibenden Hausarzt die Medikation zu überprüfen und ein Medikationsplan unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfsmedikation aufzustellen. Anlassbezogen, spätestens aber alle 6 Monate, hat eine Überprüfung der Medikation und des Medikationsplans stattzufinden. Die Pharmakotherapie ist durch konsequente Arzneimittelauswahl und -dosierung zu optimieren (siehe z. B. „Hausärztliche Leitlinie Multimedikation – Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten“).
 - 12) **Fortbildung:** Jeder Hausarzt nimmt mindestens einmal jährlich an einer von der Ärztekammer anerkannten Fortbildungsmaßnahme mit hausärztlichen Inhalten oder gleichwertigen Fortbildungen der Kassenärztlichen Vereinigung teil. Die Inhalte der Fortbildung umfassen insbesondere Themen der
 - Ambulanten Geriatrie,
 - Demenz,
 - Gerontopsychiatrie,
 - Palliativmedizin,
 - Patientenzentrierten Gesprächsführung,
 - Psychosozialen Betreuung und
 - Schmerztherapie.
 - 13) **Qualitätszirkel:** Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich, einmal jährlich an ärztlichen Qualitätszirkeln mit dem Ziel des kontinuierlichen Austausches über die Inhalte dieses Vertrages teilzunehmen. Die in Abs. 12 genannte Fortbildung kann auch durch die Teilnahme an diesem Qualitätszirkel nachgewiesen werden. Kooperierende Pflegeheime können teilnehmen. Gegenstand der Qualitätszirkelarbeit ist auch die Entwicklung regionaler Versorgungs- und Behandlungspfade für einzelne Krankheitsbilder.
 - 14) **Identifizierung und Einleitung von prophylaktischen Maßnahmen:** Die Hausärzte identifizieren bei den von ihnen betreuten Heimbewohnern Risiken, die zu schweren Folgeerkrankungen führen können und leiten in enger Abstimmung mit dem Pflegeheimpersonal entsprechende prophylaktische Maßnahmen ein (z. B. Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Exsikkoseprophylaxe).

- 15) **Quartalsgespräche:** Die teilnehmenden Hausärzte stellen sicher, dass regelmäßig und möglichst quartalsweise mit allen Pflegeheimen, in denen an diesem Vertrag teilnehmende Versicherte wohnen, Quartalsgespräche geführt werden. In den Quartalsgesprächen sollen Optimierungspotenziale in den medizinisch-pflegerischen Prozessen ermittelt und aufgegriffen werden, um zukünftig unnötige Krankenhausfälle zu vermeiden. An den Quartalsgesprächen nehmen der teilnehmende Hausarzt, Mitarbeiter des Pflegeheimes – vorzugsweise die Pflegedienstleitung – sowie ggf. Vertreter der KV Nordrhein und der Krankenkassen teil, deren Versicherte an diesem Vertrag teilnehmen. Quartalsgespräche können in einem allgemeinen Teil Schulungsbausteine für die Pflegefachkräfte beinhalten.
- 16) **Koordinierte Zusammenarbeit:** Die Hausärzte verpflichten sich darüber hinaus zur
- intensivierten Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal in den Einrichtungen mit dem Ziel einer bedarfsgerechten koordinierten Versorgung der Patienten,
 - Sicherstellung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit und eines kontinuierlichen Informationsaustauschs mit beteiligten Haus- und Fachärzten/Psychotherapeuten sowie den beteiligten Pflegekräften,
 - gezielten Vornahme erforderlicher Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung unter Beachtung der Qualitäts-/Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte und unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen,
 - Gewährleistung eines Dialogs und Abstimmung notwendiger Schritte mit dem stationären Sektor (Krankenhausärzte) bei Krankenhausaufenthalten der teilnehmenden Patienten, um insbesondere eine strukturierte Überleitung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu erreichen.
- § 7**
- Aufgaben der teilnehmenden Fachärzte/Psychotherapeuten**

Fachärzte, die an dem Versorgungsangebot teilnehmen, kooperieren eng mit den teilnehmenden Hausärzten und Pflegeeinrichtungen und verpflichten sich

- zur Erfüllung der in § 6 Abs. 3, 5, 8, 10, 11, 12, 14, 16 gleichsam für Fachärzte/Psychotherapeuten geltenden Aufgaben;
- zur schriftlichen Information des Hausarztes über die Diagnosestellung und Behandlungsmaßnahmen, sofern sich aufgrund der fachärztlichen Behandlung Änderungen des Befundes, der Diagnose, der Therapie oder der Medikation ergeben.

§ 8
Praxisnetze/Arztnetze

- An diesem Vertrag sind auch Zusammenschlüsse von Vertragsärzten (Haus- und Fachärzte/Psychotherapeuten) in

den Modellregionen in Form von Praxisnetzen/Arztnetzen teilnahmeberechtigt.

- Hierzu sollen die Praxisnetze/Arztnetze insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllen:
 - Die Praxisnetze/Arztnetze und ihre beteiligten Vertragsärzte sollen in räumlicher Nähe zu den in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu betreuenden Patienten liegen, um eine Erreichbarkeit innerhalb eines Zeitraumes von circa 30 Minuten zu gewährleisten.
 - Organisation einer Rufbereitschaft zur medizinischen Betreuung der Patienten auch außerhalb der Sprechstunden/Hausbesuchszeiten. Hierbei sind bereits bestehende regionale Strukturen zu berücksichtigen.
 - Die Anzahl der Vertragsärzte des Praxisnetzes/Arztnetzes soll in einem angemessenen Verhältnis zur Teilnahme der betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen bzw. zur Anzahl der betreuten Versicherten in den vollstationären Einrichtungen stehen, um eine qualifizierte Versorgung zu gewährleisten.
- Für eine koordinierte und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist es erforderlich, dass die die Versorgung durchführenden Praxisnetze/Arztnetze mit folgenden Facharztgruppen kooperieren:
 - Hausärzte
 - Ärzte für Nervenheilkunde bzw. Neurologie bzw. Psychotherapie
 - Fachärzte für Urologie
 - Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - Fachärzte für Frauen- und Geburtshilfswissenschaften
 - Fachärzte für Augenheilkunde
 - Fachärzte für Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde
- Zur Beteiligung an diesem Vertrag übersendet das Praxisnetz/Arztnetz eine ausgefüllte und unterschriebene Teilnahmeerklärung nach Anlage 6. Die Teilnahme an einem Praxisnetz/Arztnetz ersetzt nicht das Erfordernis einer gesonderten Antragstellung bzw. Teilnahmegenehmigung der einzelnen Vertragsärzte als Teilnehmer des Praxisnetzes/Arztnetzes.
- Über die in Abs. 4 genannte Teilnahmeerklärung hinaus hat das Praxisnetz/Arztnetz ein Konzept über die kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung einzureichen, aus dem insbesondere die Organisation der Rufbereitschaft und der regelmäßigen Visitedienste hervorgehen. Die Regelungen über die Organisation einer Rufbereitschaft mit einem Pflegeheim sollen Zeiten außerhalb der üblichen Sprechstunden/Hausbesuchszeiten (in der Regel montags bis freitags von 7:00 bis 22:00 Uhr sowie samstags, sonntags sowie an Feiertagen unter Berücksichtigung der örtlichen Strukturen) beinhalten. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen soll aus dem Konzept zudem auch hervorgehen, wie die Rufbereitschaft und der Visitedienst mit dem organisierten Notdienst der KV Nordrhein abgestimmt und koordiniert werden können. Für die koordinierte Zusammenarbeit innerhalb eines Praxisnetzes/Arztnetzes gelten die in Anlage 7 aufgeführten

Kriterien. Über die Teilnahme eines Praxisnetzes entscheidet der Vorstand der KV Nordrhein nach Anhörung des Lenkungsgremiums; das Praxisnetz wird über die Entscheidung informiert.

- 6) Der jeweilige teilnehmende Vertragsarzt bzw. Psychotherapeut eines Praxisnetzes/Arztnetzes erhält neben seiner Teilnahmegenehmigung gemäß § 4 Abs. 6 eine Mitteilung über die Anerkennung des jeweiligen Praxisnetzes/Arztnetzes, mit dem er gemeinsam nach § 4 Abs. 5 ein Konzept entsprechend Anlage 7 vorgelegt hat. Scheidet ein Vertragsarzt aus einem beteiligten Praxisnetz/Arztnetz aus, hat er dies unverzüglich der KV Nordrhein schriftlich mitzuteilen.
- 7) Das Praxisnetz/Arztnetz kann seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam, in dem die Kündigung bei der KV Nordrhein eingegangen ist. Mit der Kündigung der Teilnahme durch das Praxisnetz/Arztnetz wird wegen der gemeinsamen Vorlage eines Konzeptes entsprechend Anlage 7 grundsätzlich auch die Teilnahme der beteiligten Vertragsärzte/Psychotherapeuten beendet, es sei denn, sie erklären erneut ihre Teilnahme gemäß § 4 und stellen gegenüber der KV Nordrhein einen neuen Teilnahmeantrag.

§ 9

Aufgaben der Krankenkassen

- 1) Die Krankenkasse unterstützt und fördert die ärztliche Teambetreuung in Pflegeeinrichtungen und informiert ihre Versicherten über die Versorgungsziele.
- 2) Die beteiligten Krankenkassen stellen den Vertragspartnern die notwendigen Informationen für das Vertragscontrolling gemäß Anlage 8 auf elektronischem Wege bereit. Insbesondere stellen sie vorliegende Erkenntnisse über die Entwicklung der Behandlungskosten (z. B. Kosten für Medikamente und Verbandmittel, für Fahrtkosten und stationäre Behandlung) der teilnehmenden Patienten in anonymisierter Form zur Verfügung. Über die Veröffentlichung der Controlling- und Evaluationsergebnisse wird einvernehmlich im Lenkungsgremium nach § 12 entschieden.
- 3) Die jeweilige Krankenkasse informiert die KV Nordrhein unverzüglich über die Beendigung der Teilnahme eines Versicherten.
- 4) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die beteiligten/kooperierenden Pflegeheime regelmäßig (mindestens einmal im Quartal) über die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte informiert werden.

§ 10 Vergütung

- 1) Die vertragsärztlichen Leistungen nach dem EBM werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarungen mit der KV Nordrhein vergütet, soweit nach Abs. 3 keine weitergehenden Vergütungsregelungen getroffen werden.
- 2) Die Vergütung dieses Vertrages wird für die teilnehmenden Vertragsärzte in Anlage 9 geregelt. Die Vergütungen für Leistungen nach § 6 werden zusätzlich zu den vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Krankenkassen gezahlt. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen einschließlich erforderlicher Dokumentationen abgegolten.
- 3) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass sich aus diesem Vertrag Refinanzierungspotentiale ergeben und vereinbaren zur Messung dieser Potentiale ein Vertragscontrolling, Näheres regelt die Anlage 8.
- 4) Bei wesentlichen Anpassungen des EBM, Abschlüssen oder Änderungen von Sonderverträgen (z. B. Verträge nach § 119b SGB V) oder sonstigen Änderungen, die diesen Vertrag berühren, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über das weitere Vorgehen.
- 5) Hinsichtlich des Ausschlusses der Vergütung bei gleichzeitiger Teilnahme des Versicherten an anderen Verträgen gelten die Regelungen in Anlage 11.
- 6) Ansprüche auf Vergütungszuschläge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 oder 2 SGB V begründet dieser Vertrag nicht.

§ 11 Abrechnung

- 1) Die für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag festgelegten Symbolnummern (siehe Anlage 9) werden quartalsweise mit der KV Nordrhein abgerechnet.
- 2) Diese Symbolnummern werden von der KV Nordrhein kasenseitig im Formblatt 3 unter der Kontenart 400; Kapitel 90.1.10, mit einer Ausweisung der Leistung bis zur 6. Ebene erfasst und unter den in den Anlagen zu den einzelnen Handlungsfeldern genannten Symbolnummern ausgewiesen.

§ 12 Lenkungsgremium

- 1) Zur Durchführung des Vertrages, zur Klärung von Auslegungsfragen sowie Beilegung von Meinungsverschiedenheiten wird ein Lenkungsgremium gebildet. Dem Lenkungsgremium gehören insgesamt 6 Vertreter der KV Nord-

rhein einerseits sowie andererseits insgesamt 6 Vertreter der beteiligten Krankenkassen mit gleicher Stimmenzahl an (im Ergebnis 12 Vertreter). Die jeweiligen Vertreter können ihre Stimmen auf andere Vertreter übertragen. Alle Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit getroffen; sie können auch auf dem Schriftwege herbeigeführt werden. Ein Antrag ist abgelehnt, soweit er nicht mit einfacher Mehrheit angenommen wurde. Das Lenkungsgremium ist beschlussfähig, wenn mindestens jeweils zwei Vertreter der Krankenkassen einerseits und der KV Nordrhein andererseits anwesend sind. Die Vertragspartner können weitere Teilnehmer ohne Stimmrechte in das Lenkungsgremium entsenden.

- 2) Das Lenkungsgremium trifft sich mindestens zweimal im Jahr. Die Konstituierung erfolgt im ersten Quartal nach Vertragsbeginn. Die Sitzungen sollen abwechselnd bei der KV Nordrhein und einer/m am Vertrag beteiligten Krankenkasse/Krankenkassenverband stattfinden. Über den Zeitpunkt verständigen sich die Vertragspartner. Über jede Sitzung des Lenkungsgremiums erstellt die ausrichtende Institution eine Niederschrift. Sie muss die Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefassten Beschlüsse enthalten.
- 3) Auf Verlangen eines Vertragspartners ist das Lenkungsgremium einzuberufen. Jeder Vertragspartner trägt seine Kosten.
- 4) Im Lenkungsgremium
 - a) erhalten die Teilnehmer die Gelegenheit, sich über aktuelle Entwicklungen dieses Vertrages auszutauschen,
 - b) sollen Themen zu organisatorischen Fragen und zum Schnittstellenmanagement bearbeitet und Vorschläge entwickelt werden können und Empfehlungen für die praxisnahe und zielorientierte Weiterentwicklung dieser Vereinbarung erarbeitet werden, z. B. Arzneimitteltherapiesicherheit,
 - c) soll über Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsauslegung entschieden werden.
- 5) Das Lenkungsgremium berät insbesondere zu Fragen
 1. des Leistungsumfanges,
 2. der einzubindenden qualifizierten Kooperationspartner,
 3. der Qualität der Versorgung,
 4. der Vertragsauslegung und -weiterentwicklung,
 5. der Dokumentation,
 6. der Evaluation und Erfolgsbewertung,
 7. der ökonomischen und medizinischen Entwicklung,
 8. über das durch das Praxisnetz/Arztnetz vorgelegte Konzept zur Gewährleistung einer telefonischen Erreichbarkeit und Organisation eines Visitendienstes und gibt gegenüber der KV Nordrhein eine Empfehlung zur Beteiligung ab.
- 6) Das Lenkungsgremium kann Arbeitsgruppen zu den Aufgaben nach § 6 bzw. § 7 sowie zum Vertragscontrolling bilden und kann Vorschläge und Regeln zur Ermittlung von qualitativen und ökonomischen Kennzahlen erarbeiten. Je-

de der Krankenkasse ermittelt für sich die entsprechenden Zahlen. Eine kassenartenübergreifende Zusammenführung der Datenbestände findet nicht statt. Über die gemeinsame Veröffentlichung von Controlling- und Evaluationsergebnissen wird einvernehmlich im Lenkungsgremium entschieden.

§ 13 Datenschutz

- 1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die jeweils geltenden Bestimmungen zum Datenschutz einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten, insbesondere zu deren Krankheiten, der Geheimhaltungspflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
- 2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten bedarf der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung unter Hinweis auf die Verwendung seiner Daten aufgeklärt.
- 3) Eine statistische und ggf. wissenschaftliche Auswertung dieses Vertrages erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten.

§ 14 Beitritt weiterer Krankenkassen

- 1) Weitere Krankenkassen müssen ihre Teilnahme über ihren Landesverband der KV Nordrhein schriftlich anzeigen. Ein Beitritt ist nur mit Wirkung auf das der schriftlichen Anzeige folgende Quartal möglich. Die KV Nordrhein informiert die anderen Vertragspartner.
- 2) Beigetretene Kassen werden in einer Anlage zum Vertrag geführt, die durch die Vertragspartner regelmäßig aktualisiert wird (vgl. Anlage 10).

§ 15 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Sollten durch die Umsetzung dieser Rahmenempfehlung zusätzliche ärztliche Leistungen und Verordnungen durch die teilnehmenden Vertragsärzte erforderlich werden und diese zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB V führen, empfehlen die Partner, die Teilnahme des Vertragsarztes am Versorgungsangebot zu berücksichtigen.

§ 16

Inkrafttreten und Kündigung

- 1) Dieser Vertrag tritt zum 01.06.2015 in Kraft.
- 2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 30.06.2016, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem jeweils anderen Vertragspartner gekündigt werden. Kündigt nur eine Krankenkasse, so bleibt der Vertrag für die übrigen Vertragspartner bestehen.
- 3) Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Ein wichtiger Grund ist gegeben, wenn Tatsachen vorliegen, auf Grund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen beider Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn durch gesetzliche Veränderungen, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche – insbesondere aufsichtsrechtliche – Maßnahmen, einem Vertragspartner die Durchführung der vereinbarten oder vergleichbarer Maßnahmen ganz oder teilweise untersagt wird. Die durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Partei ist nicht verpflichtet, vor der Kündigung die Rechtskraft der Maßnahme oder Entscheidung abzuwarten oder dagegen Rechtsbehelfe einzulegen.

§ 17

Öffentlichkeitsarbeit

Die Vertragspartner stimmen die Eckpunkte ihrer Öffentlichkeitsarbeit miteinander ab.

§ 18

Schlussbestimmungen

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolgedessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Protokollnotiz

Während der Laufzeit des Vertrages werden die Vertragspartner gemeinsam und einheitlich entscheiden, ob der Einsatz von entlastenden Versorgungsassistentinnen zur Umsetzung des Vertrages sinnvoll erscheint.

Über den Einsatz von entlastenden Versorgungsassistentinnen in den jeweiligen Modellregionen werden die Vertragspartner im Rahmen der Sitzungen des Gemeinsamen Lenkungsgremiums beraten und hierbei ggf. auch Empfehlungen für die Umsetzung, insbesondere zu den Bereichen Grundqualifikation, Aufgabenbereich der entlastenden Versorgungsassistentinnen und Vergütung, festlegen.

Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 30.04.2015

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur. Bernhard Brautmeier
Vorsitzender Stellvertretender Vorsitzender

AOK Rheinland/Hamburg

Die Gesundheitskasse
Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST

Dr. Dirk Janssen
Stellvertretender Vorstand

IKK classic

Frank Hippler
stellv. Vorstandsvorsitzender

SVLFG

Knappschaft

Bettina am Orde
Geschäftsführung

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung NRW

Anlage 1

Übersicht der Modellregionen:

- Region des Gesundheitsnetzes Köln-Süd
- Region des Arztnetzes Dormagen

Anlage 2: Pflegeheim-Strukturvertrag

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

Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung zum Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein

Pflegeheim-Strukturvertrag

Warum wurde der Pflegeheim-Strukturvertrag geschlossen?

Die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein haben den Pflegeheim-Strukturvertrag mit dem Ziel vereinbart, die kooperative und koordinierte Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu fördern. Der Vertrag legt konkrete Anforderungen an die ärztliche/pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen fest, um die Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen im Sinne einer verbesserten und qualitätsgesicherten Versorgung der Patienten nachhaltig zu stärken.

Ihre Vorteile:

- Teilnehmer am Pflegeheim-Strukturvertrag profitieren von
- regelmäßigen, bedarfsgerechten Visiten im Pflegeheim
- einer eingehenden Anamnese (geriatrisches Basisassessment) sowie der Erstellung eines Behandlungsplans einschließlich dessen halbjährlicher (bzw. nach Anlass erforderlicher) Kontrolle
- taggleichen Besuchen der teilnehmenden Haus- und Fachärzte auf Anforderung des Pflegeheims bei entsprechender medizinischen Indikation
- einem Bereitschaftsdienst der teilnehmenden Hausärzte außerhalb derer Sprechstunden und an Wochenenden

- Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit (Überprüfen der Medikation und Aufstellen eines Medikamentenplans unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfsmedikation)
- der räumlichen Nähe der teilnehmenden Hausärzte (Erreichbarkeit in ca. 30 Minuten)
- der durch die Haus- und Fachärzte garantierten Vertretungsregelung
- einer engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit der am Vertrag beteiligten Vertragspartner (Pflegeheim, Haus- und Fachärzte)
- einem zeitnahen Austausch erforderlicher Informationen zur Optimierung der medizinischen Versorgung

Informationen zur Teilnahme

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen gemeinsam mit Ärzten und Pflegeheimen ein besonderes Leistungspaket zur Verbesserung der Versorgung an. Diese Kooperation ermöglicht eine Abstimmung der einzelnen Behandlungsprozesse, um Ihnen einen reibungslosen Ablauf und eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu garantieren. Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen das Behandlungskonzept vorgestellt. Ihr Recht auf freie Arztwahl bleibt bestehen. Die Teilnahme am Pflegeheim-Strukturvertrag ist freiwillig und für Sie kostenfrei. Sollten Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden, entstehen Ihnen hieraus keinerlei Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Teilnahme in schriftlicher Form oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse zu kündigen.

Informationen zum Datenschutz

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihrem Arzt, Pflegeheim oder Krankenhaus vermerkt sind, werden bei Bedarf nur von den teilnehmenden Ärzten und vom Medizinischen Dienst

der Krankenversicherung eingesehen. Die von Ihrem Arzt erstellte Basisdokumentation verbleibt bei Ihnen im Pflegeheim.

Ihre Krankenkasse **erhebt und speichert** die Leistungs- und Abrechnungsdaten **zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben gemäß § 284 SGB V**. Diese Daten werden zur qualitativen und ökonomischen Evaluation dieses Versorgungsvertrages von den Vertragspartnern ausschließlich anonymisiert genutzt. Statistische und ggf. wissenschaftliche Auswertungen erfolgen ausschließlich mit anonymisierten Daten.

Die elektronische Datenverarbeitung entspricht den datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung von Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form. Wie bei anderen ärztlichen Behandlungen auch, werden von Ihrer Krankenkasse die für Abrechnungszwecke gesetzlich vorgeschriebenen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt.

Sollten Sie zu diesem Prozess noch Fragen haben, steht Ihnen Ihre Krankenkasse für weitere Auskünfte jederzeit zur Verfügung.

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter www.kvno.de

Amtliche Bekanntmachungen

Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner in der Versorgung von Pflegeheimbewohnern erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Informationen zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen und verstanden. Meine Fragen in Zusammenhang hiermit wurden von meinem behandelnden Arzt beantwortet.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit kündigen und aus der Versorgung von Pflegeheimbewohnern austreten kann und die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ich bin mit der beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme an der Versorgung von Pflegeheimbewohnern einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Teilnahmeerklärung

Ja, ich möchte ab dem _____ am Pflegeheim-Strukturvertrag teilnehmen.

Widerrufsbelehrung

Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung bei meinem Hausarzt.

Datum / Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Original an KV Nordrhein – 1. Kopie für Hausarzt – 2. Kopie für die Patientin/den Patienten

Stand: 01.04.2015

Anlage 3

Teilnahmeantrag des Hausarztes/des Facharztes/Psychotherapeuten über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein

An:
KV Nordrhein
Hauptstelle Düsseldorf
- Abteilung Qualitätssicherung -
40182 Düsseldorf
Fax-Nr.0211/5970-8160

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
E-Mail:		
Angestellter Arzt:		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter www.kvno.de

Amtliche Bekanntmachungen

Ich beantrage die Teilnahme am o.g. Vertrag gemäß § 4 als

- Hausarzt
- Facharzt für _____
- Psychotherapeut

1. Die Ziele und Pflichten dieses Vertrages einschließlich Anlagen sind mir bekannt und ich verpflichte mich, diese einzuhalten.
2. Insbesondere verpflichte ich mich, die in § 6 bzw. § 7 festgelegten Anforderungen zu erfüllen sowie die in § 6 Abs. 16 beschriebene Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten.
3. Mir ist bekannt, dass Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
4. Weiterhin ist mir bekannt, dass im Falle von Vertrags-/Gesetzesverstößen erbrachte Leistungen nicht vergütet werden und weitergehende Maßnahmen bis hin zur außerordentlichen Kündigung ergriffen werden können.
5. Mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die Krankenkassen bin ich ebenso einverstanden, wie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der im Vertrag genannten Liste auf der Website der KV Nordrhein.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)

Anlage 4 Arztverzeichnis

LANR	BNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Fach- gruppe	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Telefon- Nr.	Fax-Nr.	E-Mail- Adresse	Beginn der Teil- nahme	Ende der Teil- nahme

Anlage 5 Pflegeheim-Basisdokumentation

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td style="text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Betriebstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	Betriebstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <h3 style="margin: 0;">Pflegeheim-Basisdokumentation</h3> <p style="margin: 0;">des niedergelassenen Hausarztes</p> <p style="margin: 0; text-align: right;">[Praxisstempel]</p> </div>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																					
Name, Vorname des Versicherten																					
geb. am																					
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status																					
Betriebstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum																					
<p>Dauerdiagnosen (ICD-10): _____</p> <p>kognitive Beeinträchtigung (z. B. Demenz) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Diagnose (ICD-10): _____</p> <p>Begleiterkrankungen _____</p>																					
<p>Antikoagulation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Marcumar-Pass aktualisiert und Patient mitgegeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>																					
<p>MED-Plan _____</p> <p>BTM-Medikation (Name/Wirkstoff): _____</p>																					
<p>Harnableitende Systeme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Dauerkatheter <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/></p>																					
<p>Inkontinenz: Urin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p> Stuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>																					
<p>Ernährungssonde: PEG _____ PDR _____</p> <p>Indikation:</p>																					
<p>Hilfsmittel</p> <p>Hilfsmittel <input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: center;">Art / verordnet / zu verordnen / zur Überbrückung verliehen</p>																					
<p>Information zur aktuellen Versorgung</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Pflegestufe</td> <td style="width: 20%; padding: 2px;">[] Stufe</td> <td style="width: 20%; padding: 2px;">Reanimation</td> <td style="width: 10%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 10%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">GdB</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">Betreuungsvollmacht</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">Vorsorgevollmacht</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">Patientenverfügung</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">ECOG 0-III</p>		Pflegestufe	[] Stufe	Reanimation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	GdB		Betreuungsvollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegestufe	[] Stufe	Reanimation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																	
GdB		Betreuungsvollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																	
		Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																	
		Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																	
<p>Datum _____ Unterschrift der Ärztin / des Arztes _____</p>																					

Anlage 6

**Teilnahmeantrag
des Praxisnetzes/Ärzteneetzes
zum Vertrag über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische
Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein**

An:
KV Nordrhein
Hauptstelle Düsseldorf
- Abteilung Qualitätssicherung -
40182 Düsseldorf
Fax-Nr.0211/5970-8160

Titel	Name des Praxisverbundes/Ärzteneetzes	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
E-Mail:		

Wir beantragen die Teilnahme am o.g. Vertrag gemäß § 8 als

- Praxisnetz/Ärzteneetz
- die ausgefüllte Anlage 3 der beteiligten Vertragsärzte/Psychotherapeuten haben wir beigelegt

1. Die Ziele und Pflichten dieses Vertrages einschließlich Anlage 7 sind uns bekannt und wir verpflichten uns, diese einzuhalten.
2. Insbesondere verpflichten wir uns, die in § 6 bzw. § 7 festgelegten Anforderungen zu erfüllen sowie die in § 6 Abs. 16 beschriebene Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten.
3. Uns ist bekannt, dass Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
4. Weiterhin ist uns bekannt, dass im Falle von Vertrags-/Gesetzesverstößen (§ 15) erbrachte Leistungen, nicht vergütet werden und weitergehende Maßnahmen bis hin zur außerordentlichen Kündigung ergriffen werden können.
5. Mit der Weitergabe unseres Namens und unserer Praxisanschrift an die Krankenkassen sind wir ebenso einverstanden, wie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Patienten. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der im Vertrag genannten Liste auf der Website der KV Nordrhein.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)

Anlage 7 Kriterien für eine koordinierte Zusammenarbeit

Mit der vorliegenden Vereinbarung soll das Ziel einer gleichermaßen qualitätsgesicherten, hochwertigen und effizienten Versorgung der Versicherten in Pflegeeinrichtungen durch Beteiligung von Praxisnetzen/Ärzteneetzen, die als Zusammenschlüsse von Vertragsärzten (Hausärzte, Fachärzte bzw. Psychotherapeuten) einen heimbezogenen Versorgungsauftrag koordiniert wahrnehmen, gefördert werden.

Als Kriterien für eine solche koordinierte Zusammenarbeit gelten u. a.:

- Koordination der medizinischen und pflegerischen Behandlung
- Kooperation mit den teilnehmenden Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Pflegeeinrichtungen
- Abstimmung eines regelmäßigen Visitedienstes mit festen Besuchszeiten - nach dem medizinischen Versorgungsbedarf der Versicherten - mit den Pflegeeinrichtungen
- Gewährleistung einer telefonischen Erreichbarkeit während und außerhalb der Sprechstundenzeiten, wobei insbesondere die vor Ort gewachsenen Strukturen Berücksichtigung finden sollen
- Koordination der Besuche teilnehmender Fachärzte und Psychotherapeuten durch den behandelnden Hausarzt
- Aufbau einer Vertretungsdienstregelung
- Koordinierung der Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung
- Dialog und Abstimmung mit den stationären Einrichtungen bzw. Krankenhausärzten, um eine strukturierte Überleitung zwischen dem ambulanten und stationärem Sektor zu gewährleisten
- Einbindung der Versicherten und deren Angehörigen
- Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen
- Gewährleistung eines regelmäßigen Dialoges mit den Pflegeeinrichtungen (z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen)
- Teilnahme an den Zusammenkünften des Praxisnetzes/Arztnetzes

Anlage 8 Vertragscontrolling

- 1) Die beteiligten Krankenkassen stellen den Vertragspartnern die notwendigen Informationen für das Vertragscontrolling gemäß dieser Anlage bereit. Insbesondere stellen sie vorliegende Erkenntnisse über die Entwicklung der Behandlungskosten (z. B. Kosten für Medikamente und Verbandmittel, für Fahrkosten und stationäre Behandlung) der teilnehmenden Patienten in anonymisierter Form zur Verfügung.
- 2) Das Lenkungs-gremium kann Arbeitsgruppen u. a. zum Vertragscontrolling bilden und erarbeitet Vorschläge und Regeln zur Ermittlung von qualitativen und ökonomischen

Kennzahlen. Jede Krankenkasse für sich ermittelt die entsprechenden Zahlen. Eine kassenartenübergreifende Zusammenführung der Datenbestände findet nicht statt. Über die Veröffentlichung von Controlling- und Evaluationsergebnissen wird einvernehmlich im Lenkungs-gremium entschieden (vgl. § 11 Abs. 6). Für die beigetretenen Betriebskrankenkassen verständigen sich die Vertragspartner gesondert.

- 3) Für ein erstes Controlling werden die nachfolgenden Parameter benannt.

I. Deskriptive Darstellung des Vertragsgeschehens

- Zahl der eingeschriebenen Versicherten
 - je Netz
 - je Pflegeheim
 - je Zeitraum (Quartal)
- Dauer der Einschreibung (Tag der Einschreibung bis Ausscheiden aus dem Pflegeheim)
- „Dropouts“: Kündigungen & Widerrufe

Die deskriptive Darstellung sollte im Startquartal monatlich, danach quartalsweise erfolgen.

II. Ökonomische Bewertung

- Häufigkeit der KH-Aufenthalte der eingeschriebenen Pflegeheimbewohner (KH-Aufenthalte im Quartal)
- Dauer der KH-Aufenthalte der eingeschriebenen Pflegeheimbewohner in Tagen
- Indikationen/Hauptdiagnosen

Diese Zahlen sind anonymisiert zusammenzustellen und gegenüber KV Nordrhein und den teilnehmenden Vertragsärzten regelmäßig transparent zu machen.

Als Zeitpunkt für eine Auswertung wäre 5 Monate nach Ende des jeweiligen Beobachtungsquartals wünschenswert. Vorher werden vermutlich noch nicht alle Abrechnungszahlen vorliegen. In jedem Quartal werden dann auch die letzten beiden Vorquartale erneut betrachtet, um Nachzügler zu erfassen.

Beispiel:

Das Startquartal I/2015 wird zum ersten Mal im August 2015 bewertet.

Das Quartal II/2015 wird im November 2015 bewertet. Dabei werden dann auch die Zahlen für das Quartal I/2015 aktualisiert.

- 4) Ziel ist die Erstellung einer Zeitreihe, in der quartalsweise nachgehalten wird, wie häufig KH-Aufenthalte bei Pflegeheimbewohnern vorkommen.
- 5) Daneben steht es jedem Kostenträger offen, eine Vergleichsgruppe zu bilden und diese Gruppe gegen die „Verumgruppe“ laufen zu lassen.

- 6) Kosten für Medikamente und Verbandmittel sowie für Fahrkosten werden zeitnah ermittelt. Über den Turnus verständigt sich das Lenkungsgremium.
- 7) Details und weitere Schritte werden im Lenkungsgremium beraten.

Dieser Zuschlag wird über die Symbolnummern 92412 abgerechnet.

- 6) Teilnehmende Hausärzte erhalten für die Überprüfung der Medikation und Erstellung eines Medikationsplanes unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfsmedikation eine Aufwandspauschale in Höhe von 10,00 EUR. Diese Pauschale wird über die Symbolnummern 92414 abgerechnet.
- 7) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass durch die Umsetzung dieses Vertrages Einsparungen, insbesondere im Bereich stationärer Einweisungen, Arzneimittel und Krankentransporte, mindestens in einem Umfang realisiert werden, der die gesamte Finanzierung der Leistungen nach den Abs. 1 bis 6 dieser Anlage ermöglicht. Die Vertragspartner analysieren die Entwicklung der erwarteten Einsparungen nach Ablauf des ersten Vertragsjahres jeweils quartalsweise zum frühestmöglichen Zeitpunkt. Nach Ablauf der ersten zwei Vertragsjahre beurteilen die Vertragspartner die bis dahin generierten Einsparungen. Kommen die Vertragspartner zu dem Ergebnis, dass die gesamte Finanzierung der Leistungen nach den Abs. 1 bis 6 dieser Anlage nicht durch die erwarteten Einsparungen realisiert werden, beraten sie unverzüglich über die Konsequenzen und eine Anschlussvereinbarung, wobei auch Überlegungen über die Absenkung der bisherigen Pauschalvergütungen einbezogen werden.
- 8) Die vertragsbeteiligten Krankenkassen stellen zur Finanzierung der ärztlichen Leistung nach Abs. 1 bis 6 dieser Anlage kassenindividuell einen Betrag in Höhe von max. 80,00 Euro je eingeschriebenen Versicherten durchschnittlich je Quartal zur Verfügung, was zu einer jährlichen Vergütungsobergrenze je Versichertem von 320,00 Euro führt. Die KV Nordrhein wird die nach den in Abs. 1 bis 6 in dieser Anlage beschriebenen Vergütungen kassenindividuell unter Berücksichtigung der Regelungen nach den Abs. 8 bis 10 anfordern.
- 9) Mit der in Abs. 8 beschriebenen kassenindividuellen Vergütungsobergrenze werden unterjährige Über- bzw. Unterschreitungen ausgeglichen. Die sich kassenindividuell ergebende Vergütungsobergrenze wird auf der Basis der im jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen Versicherten ermittelt. Nach Ablauf eines Vertragsjahres bewerten die Vertragspartner die Inanspruchnahme des insgesamt zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens.
- 10) Unterschreitet das für das jeweilige Abrechnungsquartal abgerechnete Vergütungsvolumen die nach Abs. 8 und 9 ermittelte kassenindividuelle Vergütungsobergrenze, wird der Differenzbetrag rechnerisch in das jeweilige Folgequartal fortgeschrieben und erhöht die kassenindividuelle Vergütungsobergrenze max. bis zu drei Quartale für das jeweilige Folgequartal. Überschreitet das für das jeweilige Abrechnungsquartal abgerechnete kassenindividuelle Vergütungsvolumen die nach Abs. 8 und 9 ermittelte kassenindividuelle Vergütungsobergrenze, erfolgt eine Verrechnung mit dem zuvor beschriebenen Übertrag für nicht ausge-

Anlage 9 Vergütung/Abrechnung

- 1) Um dem besonderen erhöhten Aufwand bei der Beratung, Behandlung und Betreuung der Patienten Rechnung zu tragen, erhalten die Haus- bzw. Fachärzte/Psychotherapeuten bei medizinisch notwendiger Behandlung einer Krankheit eine kontaktabhängige Betreuungspauschale je Behandlungsfall für das Quartal in Höhe von 20,00 EUR. Die Betreuungspauschale wird nach der Symbolnummer 92415 abgerechnet und vergütet.
- 2) Ab dem zweiten Hausbesuch nach der Gebührenordnungsposition O1410 EBM, die bei den an diesem Vertrag teilnehmenden Patienten durchgeführt werden, erhält der Haus- bzw. Facharzt/Psychotherapeuten je durchgeführtem Hausbesuch einen Pauschalzuschlag auf die Gebührenordnungsposition O1410 EBM in Höhe von 10,00 EUR. Dieser Pauschalzuschlag wird über die Symbolnummer 92410 abgerechnet und kann am selben Tag für denselben Patienten nicht neben der Symbolnummer 92411 (Dringender Besuch) abgerechnet werden.
- 3) Der Haus- bzw. Facharzt/Psychotherapeut erhält für (Mit-) Besuche eines weiteren teilnehmenden Patienten im selben Pflegeheim nach der Gebührenordnungsnummer O1413 EBM einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 5,00 EUR. Dieser pauschale Zuschlag wird über die Symbolnummer 92413 abgerechnet und kann am selben Tag für denselben Patienten nicht neben den Symbolnummern 92410 und 92411 abgerechnet werden.
- 4) Für die notwendige Betreuung der an diesem Vertrag teilnehmenden Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten und am Wochenende bei bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf bzw. im Pflegeheim erhält der Haus- bzw. Facharzt/Psychotherapeuten je angefallenen Einsatz einen Pauschalzuschlag auf die Abrechnungsziffern O1411, O1412 bzw. O1415 EBM in Höhe von 25,00 EUR. Dieser Zuschlag wird über die Symbolnummern 92411 abgerechnet.
- 5) Für die Durchführung eines geriatrischen Basisassessments mit eingehender Anamnese und Erstellung eines Behandlungsplans einschließlich dessen halbjährlicher (bzw. nach Anlass erforderlicher) Kontrolle erhält der Hausarzt einmal im Krankheitsfall einen Pauschalzuschlag auf die Gebührenordnungsnummer O3360 EBM in Höhe von 10,00 EUR.

Amtliche Bekanntmachungen

schöpfte Beträge aus bis zu drei Vorquartalen jährlich. Sollte das im jeweiligen Quartal zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen auch dann nicht ausreichen, erfolgt im Rahmen der Abrechnung gegenüber der KV Nordrhein eine entsprechende kassenindividuelle Quotierung der Vergütungen in diesem Abrechnungsquartal.

folgen würde, leisten die Krankenkassen für die Vergütungen nach diesem Vertrag maximal bis zur jahresbezogenen kassenindividuellen Vergütungsobergrenze des Vertragsjahres unter Berücksichtigung der tatsächlich abgerechneten Vergütungen entsprechende Ausgleichszahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.

11) Die Vertragspartner sind sich über den Grundsatz einig, dass die nach den Abs. 8 und 9 geltenden kassenindividuellen Vergütungsobergrenzen sich insgesamt auf ein Vertragsjahr beziehen. Stellen die Vertragspartner nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des jeweiligen Jahres kassenindividuell fest, dass in mindestens einem Quartal eine Begrenzung der Vergütung erfolgt ist, jedoch auf das Vertragsjahr bezogen keine Begrenzung der Vergütung er-

12) Die nach den Abs. 8 bis 11 aufgeführte Vergütungsobergrenze gilt gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten einheitlich, d. h. insgesamt und kassenartenübergreifend im jeweiligen Abrechnungsquartal bzw. für das Vertragsjahr.

13) Die KV Nordrhein stellt den beteiligten Krankenkassen quartalsweise die Daten gem. § 4a Abs. 1 Satz 3 zur Verfügung.

Anlage 10 Beitrittserklärung Krankenkasse

Beitrittserklärung Krankenkasse

zurücksenden an:

Fax-Nr.: _____

Beitrittserklärung

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr. Fax-Nr.: _____

KV-Abrechnungsnummer: _____

Beitritt zum: _____ (Bitte Datum einfügen!)

Hiermit erklärt die oben genannte Krankenkasse den Beitritt zum o. g. Vertrag zwischen den nordrheinischen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Die beitretende Krankenkasse lässt alle Regelungen des Vertrages uneingeschränkt gegen sich gelten.

Datum

Stempel Krankenkasse / Unterschrift Vorstand

Anlage 11 Ausschlussbestimmungen

Leistungen nach diesem Vertrag können nicht abgerechnet werden, wenn durch den Vertragsarzt für die in Frage kommenden, teilnehmenden Patienten für das gleiche Quartal bereits Leistungen aus einem der nachstehend aufgeführten Verträge erbracht werden:

1. Vertrag über die Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V
2. Vertrag über die spezialisierte ambulante Pflegeversorgung gemäß § 37b SGB V

3. Verträge über die ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, soweit sie die Versorgung von Pflegeheimpatienten beinhalten
4. Verträge über die integrierte Versorgung nach § 40a ff. SGB V, soweit die Leistungen zur Versorgung von Patienten in Pflegeheimen enthalten

Die Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen (z. B. Hausbesuche) nach diesem Vertrag ist auch bei weiteren selektivvertraglich geschlossenen Regelungen zwischen einzelnen Ärzten, Gruppen von Ärzten oder Krankenkassen ausgeschlossen.

Rheinisches Ärzteblatt

Offizielles Mitteilungsblatt der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

• Herausgeber:

Ärztekammer Nordrhein und
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

• Redaktion:

Horst Schumacher (Chefredakteur)
Dr. Heiko Schmitz (verantwort. für Beiträge der KV Nordrhein)
Karola Janke-Hoppe (Chefin vom Dienst)
Jürgen Brenn
Bülent Erdogan
Rainer Franke
Frank Naundorf
Sabine Schindler-Marlow

• Redaktionsausschuss:

Dr. med. Patricia Aden, Essen
Christa Bartels, Kreuzau
Bernhard Brautmeier, Essen
Dr. med. Sven Christian Dreyer, Düsseldorf
Martin Grauduszus, Erkrath
Dr. med. Ivo Grebe, Aachen
Rudolf Henke, Aachen
Dr. med. Dagmar Hertel, Köln
Dr. med. Rainer Holzborn, Duisburg
Dr. med. Friedrich-Wilhelm Hülskamp, Essen
Dr. med. Wolfgang Klingler, Moers
Dr. med. Matthias Krick, Moers
Dr. med. Erich Theo Merholz, Solingen
Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur., Königswinter
Dr. med. Jürgen Zastrow, Köln
Bernd Zimmer, Wuppertal

• Anschrift der Redaktion:

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf,
Postfach 30 01 42, 40401 Düsseldorf
Fernruf: 0211 4302-2010, -2011, -2020, -2013, -2012
Telefax: 0211 4302-2019
E-Mail: Rheinisches-Aerzteblatt@aekno.de
Internet: www.aekno.de

Offizielle Veröffentlichungen der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein als Herausgeber des Rheinischen Ärzteblattes sind ausdrücklich als solche gekennzeichnet (Amtliche Bekanntmachungen). Mit anderen Buchstaben oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Veröffentlichungen geben in erster Linie die Auffassung der Autoren und nicht in jedem Fall die Meinung der Schriftleitung wieder.

Bei Einsendungen von Manuskripten an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden. Die Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn ein vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für die veröffentlichten Beiträge bleiben vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Schriftleitung.

• Verlag, Vertrieb, Anzeigenverwaltung:

WWF Verlagsgesellschaft mbH,
Postfach 18 31, 48257 Greven
Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven
Tel.: 02571 9376-30, Fax: 02571 9376-55
E-Mail: verlag@wwf-medien.de, www.wwf-medien.de
Geschäftsführer: Manfred Wessels

• Druck:

WWF Druck + Medien GmbH, Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven
Tel.: 02571 9376-0, Fax: 02571 9376-50, www.wwf-medien.de

Ab Ausgabe 1/2015 ist die Anzeigenpreisliste Nr. 22 vom 1. Dezember 2014 gültig. Der Bezugspreis ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Für Nichtmitglieder beträgt der Bezugspreis jährlich 88,00 € einschließlich Zustellgebühr. Das Rheinische Ärzteblatt erscheint monatlich einmal, Anzeigenschluss ist am 10. des Vormonats.

ISSN: 0035-4481

Ärztliche Körperschaften im Internet

Ärztekammer Nordrhein

www.aekno.de

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

www.kvno.de