

Amtliche Bekanntmachungen

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

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o.g. Vertrag.

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und Internetadresse an die Krankenkasse sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an interessierte Versicherte der TK einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)



der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH
– nachfolgend KKH genannt –

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
vertreten durch den Vorstand
– nachfolgend KV Nordrhein genannt –

Inhaltsverzeichnis

- Präambel
- § 1 Ziele
- § 2 Geltungsbereich

Strukturvertrag

gemäß § 73 a SGB V

zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Strukturvertrag)

zwischen

- § 3 Umsetzung der Ziele
- § 4 Leistungsvergütung
- § 5 Rechnungslegung
- § 6 Begleitung des Vertrages
- § 7 Datenschutz
- § 8 Inkrafttreten, Kündigung
- § 9 Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung
- Anlage 2 Übersicht der Indikationsgruppen/Diagnosen
- Anlage 3 Leistungsvergütung für die Betreuung von Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf
- Anlage 4 Leistungsvergütung für Haus- und Pflegeheimbesuche
- Anlage 5 Leistungsvergütung für das Überleitungsmanagement

Anmerkung:

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

Präambel

Die Vertragspartner streben die Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der KV Nordrhein zunächst im haus- und fachärztlichen Bereich an. Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Herausforderung in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein wird der nachfolgende Vertrag zwischen KKH und KV Nordrhein geschlossen. Ziel ist es hierbei, insbesondere dem besonderen Betreuungsaufwand für Patienten mit schwierigen und langwierigen Erkrankungen Rechnung zu tragen. Mit diesem Vertrag kommen die Vertragspartner ihrer gesetzlichen Verpflichtung und Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung und nicht zuletzt auch ihrer sozialen Verantwortung nach und unterstützen nachhaltig die Stabilisierung der vertragsärztlichen Versorgung in der Region Nordrhein.

§ 1 Ziele

- (1) In Behandlung befindliche Patienten mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Krankheiten (Anlage 2) benötigen eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität. Zur Optimierung der Versorgung dieser Patienten soll zunächst die Rolle der haus- und fachärztlichen Grundversorgung im Versorgungsmanagement gestärkt werden.
- (2) Die Vertragspartner werden regelmäßig überprüfen, inwieweit die in Anlage 2 aufgeführten Indikationsgruppen geeignet sind, den tatsächlichen Aufwand in der haus- und fachärztlichen Versorgung abzubilden. Soweit ein Anpassungsbedarf besteht, werden die Vertragspartner diesen einvernehmlich umsetzen. § 8 bleibt unberührt.

- (3) Darüber hinaus streben die Vertragspartner die Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld sowie in Pflegeheimen an. Dies erfolgt durch eine gezielte Förderung von Besuchsleistungen durch den behandelnden Haus- und Facharzt (nachfolgend Arzt bzw. Ärzte genannt), wodurch eine qualifizierte ambulante Versorgung vor Ort während und außerhalb der Sprechstunden ermöglicht wird. Insbesondere durch die Vermeidung von Krankentransporten und Krankenhauseinweisungen sollen zudem Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen und Doppeluntersuchungen vermieden werden.
- (4) Die Überleitung der Patienten von der stationären in die ambulante Versorgung soll durch die Abstimmung der Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus optimiert werden. Dem Arzt kommt hier eine zentrale Rolle zu.
- (5) Die Anlagen 1 bis 5 in ihrer jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Strukturvertrag findet seine Anwendung im Bezirk der KV Nordrhein und gilt für alle Versicherten der KKH mit Wohnort in Nordrhein.
- (2) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Versicherte der KKH erklären gemäß Anlage 1 gegenüber den teilnehmenden Haus- oder Fachärzten schriftlich ihre Teilnahme und aktive Mitwirkung, insbesondere die Wahrnehmung vereinbarter Behandlungstermine und willigen in die Behandlung nach diesem Vertrag und die mit der Behandlung im Zusammenhang stehende Datenübermittlung ein. Die unterschriebene Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung des Patienten verbleibt in der Patientenakte des teilnehmenden Arztes. Über die Inhalte informiert der Arzt auf der Basis der Teilnahmeerklärung und Versicherteninformation gemäß Anlage 1 dieses Vertrages, die dem Versicherten ausgehändigt wird. Hierbei wird die KKH die teilnehmenden Ärzte durch geeignete Maßnahmen unterstützen.
- (3) Versicherte haben das Recht, ihre Teilnahme am Vertrag ohne Angabe von Gründen jederzeit innerhalb von 2 Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1 zu widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich gegenüber der KKH zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die KKH wird dem teilnehmenden Arzt des Versicherten unverzüglich über den Widerruf der Teilnahme und den Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens informieren. Bis zur Wirksamkeit des Widerrufs, längstens bis zu ihrer Bekanntgabe, hat der Arzt für den Fall, dass die KKH ihn nicht rechtzeitig informiert hat, einen Vergütungsanspruch für die Behandlungen nach diesem Vertrag.
- (4) Die Teilnahme an dem Vertrag kann schriftlich und mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KKH

gekündigt werden. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Im Kündigungsfall informiert die KKH den behandelnden Arzt. Die Teilnahme des Versicherten an dem Vertrag endet zudem mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V. Ein Vergütungsanspruch des Arzt besteht bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung bzw. bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses oder des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V, längstens bis zur Bekanntgabe, soweit die KKH den Arzt nicht rechtzeitig über die Kündigung oder das Ende des Versicherungsverhältnisses informiert hat.

- (5) Zur Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag sind die Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1 a SGB V sowie die in § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentren berechtigt. Gleiches gilt für Ärzte die an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V teilnehmen. Die Ärzte nehmen an diesem Vertrag durch Erbringung der nach § 3 näher beschriebenen und nach § 4 in Verbindung mit den Anlagen 3 bis 5 gekennzeichneten Leistungen teil. Im Übrigen gelten für die Rechte und Pflichten der teilnehmenden Ärzte die bindenden, satzungsrechtlichen Bestimmungen der KV Nordrhein.

§ 3 Umsetzung der Ziele

- (1) Zur verbesserten Versorgung von Patienten erfolgt die umfassende, abgestimmte, engmaschige und kontinuierliche Betreuung von Patienten mit gesicherten chronischen Diagnosen gemäß Anlage 2 durch die in § 2 Abs. 5 genannten Ärzte. Hierdurch soll den besonderen Belangen chronisch kranker Menschen in verstärktem Maße Rechnung getragen werden (§ 2a SGB V).
- (2) Zur Erhöhung der Beratungs- und Behandlungsintensität stellen die teilnehmenden Ärzte unter Berücksichtigung des § 4 und der Anlage 3 über den Umfang der vertragsärztlichen Regelversorgung hinaus ein patientenorientiertes Dienstleistungsangebot, bessere Kooperation, konsequente Patientenbegleitung und ein umfassendes Qualitätsmanagement für Patienten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 zur Verfügung. Primäres Ziel ist die kontinuierliche medizinische Betreuung durch den vom Patienten frei gewählten Arzt, der die medizinische Versorgung koordiniert und über die weitere Behandlung, einschließlich der notwendigen Überweisung zu anderen Vertragsärzten, entscheidet. Die teilnehmenden Ärzte übernehmen hierzu folgende Aufgaben:
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
 - die Aufklärung und Motivation der Patienten, präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen,
 - Beobachtung des individuellen Rehabilitationsbedarfes und Einleitung eventuell erforderlicher Schritte.

- (3) Ein besonderer Fokus fällt auf die Intensivierung der persönlichen ärztlichen Beratung („sprechende Medizin“), die vor allem bei multimorbiden Patienten einen erhöhten Zeitaufwand mit sich bringt, jedoch entscheidend dafür ist, dass die betreffenden Patienten jeweils notwendige Verhaltensänderungen umsetzen und aktiv mitwirken, um den Behandlungserfolg zu sichern (§ 1 SGB V). Dieser erhöhte Zeitaufwand ist individuell dem Bedarf des multimorbiden Patienten anzupassen.

- (4) Das Zusatzangebot umfasst außerdem ein Praxismanagement, das den besonderen Anforderungen von chronisch kranken Patienten durch einen besonderen Fokus auf die Organisation von Sprechstunden und das Angebot von Hausbesuchen legt. Hierzu soll die Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen verbessert werden, indem Doppeluntersuchungen oder stationäre Aufenthalte vermieden werden (Anlage 4). Die Ärzte übernehmen auch bei den Patienten in Pflegeheimen bzw. im häuslichen Umfeld die Steuerung der Behandlungsabläufe und leiten ggf. erforderliche Maßnahmen (wie z. B. diagnostische, therapeutische und pflegerische) ein. Wesentliches weiteres Element des Zusatzangebotes ist die Koordination der leitliniengerechten und strukturierten Behandlung der Patienten über die Sektorengrenzen hinaus. Dies gilt insbesondere für das Überleitungsmanagement entsprechend Anlage 5.

- (5) Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, viermal jährlich an einem Qualitätszirkel mit dem Ziel des kontinuierlichen Austausches über die Therapie in der Versorgungsgemeinschaft teilzunehmen. Hierzu zählen auch Qualitätszirkel, die aufgrund anderer vertraglicher Verpflichtungen oder freiwillig besucht werden, die Umsetzung soll durch einen ärztlichen Qualitätszirkelmoderator begleitet werden. Die Teilnahmedokumentation und -kontrolle sind durch die KV Nordrhein sicherzustellen.

- (6) Die Vertragspartner entwickeln Konzepte, die gezielt die Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in den Fokus der Betrachtung stellen. Hierdurch soll dem Grundsatz der Eigenverantwortung im Sinne der Nutzung von Vorsorgeangeboten (§ 1 SGB V) stärker Rechnung getragen werden.

- (7) Die Vertragspartner nutzen die aus diesem Vertrag gewonnenen Erkenntnisse für die Entwicklung weiterer Angebote, die den besonderen Bedürfnissen der Patienten im Sinne der Absätze 1 bis 4 entsprechen. Mit dem Strukturvertrag kommen die Vertragspartner ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des § 73a SGB V nach.

§ 4 Leistungsvergütung

- (1) Die Abrechnung und Vergütung nach diesem Vertrag setzt voraus, dass der Patient seine Teilnahme und aktive Mit-

wirkung gemäß § 2 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage 1 schriftlich erklärt hat und die Behandlung in den jeweiligen Abrechnungsquartalen durch den teilnehmenden Arzt gemäß § 3 erfolgte. Im Rahmen der Quartalsabrechnung haben die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 zu kennzeichnen. Das Nähere über die Abrechnung und Vergütung der in § 3 genannten Leistungen regeln die Anlagen 3 bis 5. Voraussetzung für die Vergütung nach Anlage 3 ist, dass für die teilnehmenden Patienten für das jeweilige Abrechnungsquartal entsprechende gesicherte und endstellige Diagnosen nach ICD-10-GM in der jeweils geltenden Fassung aus dem in Anlage 2 festgelegten Katalog behandelt, dokumentiert und in der Folge gemäß § 295 Absatz 1 SGB V übermittelt wurden. Die KV Nordrhein und die KKH überprüfen die vertragsgemäße Abrechnung im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach § 106 a SGB V.

- (2) Leistungen nach diesem Vertrag können im Behandlungsfall durch einen teilnehmenden Hausarzt nicht abgerechnet werden, wenn der Versicherte bei diesem gleichzeitig zur Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V der KKH eingeschrieben ist.
- (3) Leistungen nach diesem Vertrag können im Behandlungsfall nicht neben vergleichbaren Leistungen aus folgenden Verträgen abgerechnet werden:
 - Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Versicherten im häuslichen Umfeld
 - Vertrag gemäß § 73a SGB V über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein.

Die näheren Bestimmungen hierzu sind in Anlage 4 aufgeführt.

- (4) Die Vergütung der in den Anlagen 3 bis 5 genannten Leistungen erfolgt außerhalb des Regelleistungsvolumens und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gegenüber den teilnehmenden Ärzten und wird im Quartalskonto (Honorarbescheid) gesondert ausgewiesen.
- (5) Im Übrigen wird das Abrechnungsverfahren für Leistungen aus diesem Vertrag, insbesondere Ablauf und Inhalte der Abrechnung, Zahlungstermine, sachliche und rechnerische Berichtigung, entsprechend dem allgemeinen technischen und organisatorischen Ablauf innerhalb der KV Nordrhein nach Maßgabe der jeweils gültigen Bestimmungen durchgeführt.
- (6) Die KV Nordrhein erhebt von den teilnehmenden Ärzten für die Durchführung der Abrechnung einen Verwaltungs-kostenbeitrag entsprechend ihrer Satzung in der jeweils aktuellen Fassung.

§ 5 Rechnungslegung

- (1) Die Vergütungen für Leistungen gemäß § 3 in Verbindung mit den Anlagen 3 bis 5 werden quartalsweise durch die KV Nordrhein außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung angefordert und durch die KKH gemäß der vereinbarten Regelungen des für das jeweilige Kalenderjahr gültigen Vertrages über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Geltungsbereich Nordrhein gemäß § 87 a SGB V gezahlt.
- (2) Die Mittel für die Vergütung der Leistungen nach diesem Vertrag werden von der KV Nordrhein im Rahmen der Rechnungslegung für die vertragsärztlichen Leistungen angefordert. Die gezahlten Vergütungen werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 400, Kapitel 91.21, ausgewiesen. Für den Zahlungsverkehr gelten die vereinbarten Regelungen des für das jeweilige Kalenderjahr gültigen Vertrages über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Geltungsbereich Nordrhein gemäß § 87 a SGB V.
- (3) Soweit unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Abrechnungsprüfung Vergütungen nicht vertragskonform abgerechnet wurden, ist die KKH berechtigt, die zu Unrecht gezahlten Beträge mit der jeweils nächsten Abrechnung aufzurechnen. Soweit die Aufrechnung nicht möglich ist, erfolgt eine Rückzahlung der zu Unrecht gezahlten Beträge innerhalb eines Monats nach Aufforderung durch die KKH. Entsprechendes gilt gegenüber den teilnehmenden Ärzten mit der Maßgabe, dass die KV Nordrhein die von der KKH beanstandeten Vergütungen zurückfordert.
- (4) Abweichend von § 5 Abs. 3 erfolgen etwaige Rückforderungen aufgrund des Abrechnungsausschlusses gemäß § 4 Abs. 2 - ohne Beteiligung der KV Nordrhein - durch die KKH direkt gegenüber den betroffenen Ärzten.
- (5) Zu den Rechnungsunterlagen/Abrechnungen gelten insbesondere die Regelungen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband über den Datenaustausch auf Datenträgern einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.
- (6) Ergänzend zu den in Abs. 5 genannten Abrechnungsunterlagen erhält die KKH quartalsweise einen gesonderten Nachweis über die insgesamt vergüteten Betreuungspauschalen gemäß Anlage 3 getrennt nach Indikationsgruppen gemäß Anlage 2 sowie der Leistungsvergütungen gemäß der Anlagen 4 und 5 des Vertrages.

§ 6 Begleitung des Vertrages

- (1) Die KKH und die KV Nordrhein tauschen sich unter Berücksichtigung der in der Präambel genannten gesetzlichen Verpflichtungen einmal im Quartal über die Umsetzung sowie

die Auswirkungen dieses Vertrages im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsstruktur sowie über die Inanspruchnahme des Zusatzangebotes durch die Patienten der KKH aus. Zu diesem Austausch gehören auch Angaben oder Einschätzungen zum Ausmaß der Inanspruchnahme des Zusatzangebotes durch die nach § 2 Abs. 1 erfassten Patienten. Die Vertragspartner werden mindestens halbjährlich die in Anlage 2 aufgeführten Krankheitsbilder überprüfen und bei Bedarf ändern.

- (2) Die Vertragspartner behalten sich eine Evaluation, hinsichtlich der angestrebten Zielsetzung der Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld sowie in Pflegeheimen, vor. Über die näheren Einzelheiten der Evaluation werden die Vertragspartner eine einvernehmliche Regelung treffen. Um zusätzlichen Dokumentationsaufwand für eine mögliche Evaluation zu vermeiden, soll weitestgehend auf verfügbare Daten der Vertragspartner zurückgegriffen werden.
- (3) Die Vertragspartner werden regelmäßig überprüfen, inwieweit die in § 1 Absatz 3 beschriebene Zielsetzung erreicht und insbesondere die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der Entwicklungen der Krankentransporte und Krankenhauseinweisungen erzielt werden konnten.
- (4) Unter Berücksichtigung der Akzeptanz und des Entwicklungsstandes des Zusatzangebotes dieses Vertrages sowie unter Beachtung der Ergebnisse aus den quartalsweisen Gesprächen zur Umsetzung dieses Vertrages streben die Vertragspartner die qualitative und quantitative Weiterentwicklung des Vertrages an.

§ 7 Datenschutz

Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB X und die ärztliche Schweigepflicht - einzuhalten.

§ 8 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.07.2015 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals, erstmals zum 30.06.2016, gekündigt werden.
- (2) Unbeschadet von Absatz 1 kann dieser Vertrag von jedem Vertragspartner ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor bei

- a. einer Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörde, die die Fortsetzung dieses Vertrages untersagt oder derart wesentliche Änderungen dieses Vertrages verlangt, dass eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zumutbar ist oder
- b. einer groben Verletzung der Vertragspflichten.

(3) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

§ 9 Salvatorische Klausel

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.

Düsseldorf, Hannover, den 15.07.2015

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Klaus Böttcher
Hauptabteilungsleiter

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Anlage 1 Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung

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



Anlage 1

Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung zum Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Strukturvertrag) zwischen der Kaufmännischen Krankenkasse KKH und der KV Nordrhein

Strukturvertrag: Was ist das?

Die Kaufmännische Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein haben den Strukturvertrag vereinbart, um dem besonderen Betreuungsaufwand für Patientinnen und Patienten mit schwierigen und langwierigen Erkrankungen Rechnung zu tragen. In Behandlung befindliche Patienten mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Krankheiten benötigen erfahrungsgemäß eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität. Darüber hinaus soll die ärztliche Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld bzw. in Pflegeheimen verbessert und die Überleitung von der stationären in die ambulante Versorgung optimiert werden. Zur Optimierung der Versorgung dieser Patienten soll die Rolle der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung im Versorgungsmanagement gestärkt werden.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Ihr gewählter Arzt ist Ihr erster Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Primäres Ziel ist die kontinuierliche medizinische Betreuung durch den von Ihnen frei gewählten Arzt, der die medizinische Versorgung koordiniert und über die weitere Behandlung einschließlich der notwendigen Überweisung zu Fachärzten entscheidet.
- Der gewählte Arzt soll daher nur aus triftigem Grund gewechselt werden.
- Für den Erfolg Ihrer Behandlung ist Ihre Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung entscheidend.
- Vereinbarte Behandlungstermine sollten Sie immer wahrnehmen.
- Die Teilnahme an diesem Vertrag ist für Sie freiwillig.

Ihre Vorteile:

- Als Teilnehmer am Strukturvertrag wird Ihnen Ihr gewählter Haus- bzw. Facharzt
- eine umfassende, abgestimmte, engmaschige und kontinuierliche Betreuung zukommen lassen.
 - über den Umfang der vertragsärztlichen Regelversorgung hinaus ein patientenorientiertes Dienstleistungsangebot, bessere Kooperation, konsequente Patientenbegleitung und ein umfassendes Qualitätsmanagement zur Verfügung stellen.
 - eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität zukommen lassen, indem er
 - Ihre diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen koordiniert,
 - Sie aufklärt und Sie motiviert, präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen.
 - Ihren individuellen Rehabilitationsbedarf beobachtet und eventuell erforderliche Schritte einleitet.

Das Zusatzangebot umfasst außerdem ein Praxismanagement, das den besonderen Anforderungen von chronisch kranken Patienten durch einen besonderen Fokus auf die Organisation von Sprechstunden legt. Des Weiteren soll die Versorgung der Patienten im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen u.a. durch Hausbesuche verbessert werden. Das Angebot von Hausbesuchen erstreckt sich bei bestehenden oder absehbar schwierigen Krankheitsverläufen auch auf Zeiten außerhalb

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

Amtliche Bekanntmachungen

der Sprechstundenzeiten sowie auf Wochenenden, und zwar auch dann, wenn Sie in einem Alten- und Pflegeheim leben. Wesentliches weiteres Element des Zusatzangebotes ist die Koordination der leitliniengerechten und strukturierten Behandlung der Patienten über die Sektorengrenzen hinaus. Dies gilt insbesondere für das Überleitungsmanagement und umfasst bei Berufstätigen auch die Wiedereingliederung in das Berufsleben.

Versichertenbefragung

Für die Kaufmännische Krankenkasse KKH und Ihren Haus- bzw. Facharzt ist es wichtig, wie zufrieden Sie mit dem Strukturvertrag sind, insbesondere wie Sie das Zusatzangebot des Arztes beurteilen.

Dies ist Grundlage für Entscheidungen über weiterführende Maßnahmen. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind daher Versichertenbefragungen vorgesehen, über die Sie bei Durchführung gesondert informiert werden. Die Teilnahme an der Versichertenbefragung ist selbstverständlich freiwillig und wird anonym durchgeführt.

Widerrufsbelehrung

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

Kündigung der Teilnahme

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KKH kündigen kann; bei Vorliegen eines wichtigen Grundes kann ich zudem jederzeit mit sofortiger Wirkung kündigen.

Informationen zum Datenschutz

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die erforderlichen Daten im Rahmen des Strukturvertrages von Ihrem behandelnden Haus- bzw. Facharzt in der Praxis weitergeleitet und von der KV Nordrhein und der Kaufmännischen Krankenkasse KKH ausgewertet werden. Die Auswertung dient dazu, festzustellen, wie der Strukturvertrag von den Haus- und Fachärzten und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein umgesetzt wurde und wie hoch die Behandlungsqualität ist. Daraus können sich Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Vertrages sowie zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld sowie in Pflegeheimen ergeben. Hierzu werden ggf. auch Befragungen zur Zufriedenheit durchgeführt. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt anonymisiert. Wenn die Evaluation oder die Teilnahme an dem Strukturvertrag beendet ist, werden die Daten gelöscht. Ihre Daten werden nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften unter besonderer Berücksichtigung des zweiten Kapitels des Sozialgesetzbuches – Zehntes Buch (SGB X) – gemäß der §§ 80 SGB X bzw. 11 BDSG behandelt und ausschließlich im Rahmen des Strukturvertrages erhoben, verarbeitet und genutzt.

Teilnahmeerklärung

Ja, ich möchte ab dem _____ an dem Angebot des Strukturvertrages teilnehmen und habe die beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zur Kenntnis genommen.

Als meinen Haus- bzw. Facharzt wähle ich _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Die unterschriebene Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung des Patienten verbleibt in der Patientenakte des teilnehmenden Arztes.

**Anlage 2
zum Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V
zur Weiterentwicklung der Strukturen
für Patienten mit erhöhtem
Versorgungsbedarf
Derzeitiger Stand Version 1.0**

Indikations- gruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
Krankheiten der Atmung und der Atmungsorgane – Indikationsgruppe 1	
J43.0	McLeod-Syndrom
J43.1	Panlobuläres Emphysem
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem
J43.8	Sonstiges Emphysem
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet
J44.0-	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege mit einem FEV1-Wert < 35 % des Sollwertes
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege mit einem FEV1-Wert \geq 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege mit einem FEV1-Wert \geq 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege mit einem FEV1-Wert \geq 70 % des Sollwertes
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.1-	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet mit einem FEV1-Wert < 35 % des Sollwertes
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet mit einem FEV1-Wert \geq 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet mit einem FEV1-Wert \geq 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet mit einem FEV1-Wert \geq 70 % des Sollwertes

Indikations- gruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.8-	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit FEV1 \geq 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.82	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit FEV1 \geq 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.83	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit FEV1 \geq 70 % des Sollwertes
J44.89	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.9-	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet
J44.90	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.91	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet FEV1 \geq 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.92	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet FEV1 \geq 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.93	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet FEV1 \geq 70 % des Sollwertes
J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet FEV1 nicht näher bezeichnet
J47	Bronchiektasen
J96.1-	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert vom Typ I [hypoxisch]
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert vom Typ II [hyperkapnisch]
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, Typ nicht näher bezeichnet
J96.9-	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
J96.90	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet vom Typ I [hypoxisch]
J96.91	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet vom Typ II [hyperkapnisch]
J96.99	Respiratorische Insuffizienz, Typ nicht näher bezeichnet
J98.2	Interstitielles Emphysem
J98.3	Kompensatorisches Emphysem
Adipositas – Indikationsgruppe 2	
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr mit Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr mit Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.11	Arzneimittelinduzierte Adipositas mit Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas mit Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.21	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation mit Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation mit Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.81	Sonstige Adipositas mit Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.82	Sonstige Adipositas mit Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.91	Adipositas, nicht näher bezeichnet, mit Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet, mit Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
Affektive Störungen (auch depressiv/ manisch/ bipolar) – Indikationsgruppe 3	
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F34.0	Zyklothymia
F34.1	Dysthymia
Affektive Störungen (auch depressiv/ manisch/ bipolar) – Indikationsgruppe 4	
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische Verhaltensstörungen
F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Anlage 3 Leistungsvergütung für die Betreuung von Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf

1. Um dem besonderen erhöhten Aufwand bei der Beratung, Behandlung und Betreuung der Patienten Rechnung zu tragen, erhalten die Ärzte bei medizinisch notwendiger Behandlung einer Krankheit aus dem in Anlage 2 festgelegten Katalog eine kontaktabhängige Betreuungspauschale je Behandlungsfall.
2. Die zutreffende Betreuungspauschale gemäß Absatz 4 ergibt sich in Abhängigkeit von der Anzahl der Indikationsgruppen gemäß Anlage 2, für die jeweils mindestens eine codierte gesicherte Diagnose gemäß Anlage 2 dokumentiert ist und damit dem Umfang des erhöhten ärztlichen Aufwandes im jeweiligen Behandlungsfall entspricht.
3. Voraussetzung für die Vergütung ist, dass für die teilnehmenden Patienten für das jeweilige Abrechnungsquartal entsprechend gesicherte und endstellige Diagnosen nach ICD-10-GM in der jeweils geltenden Fassung aus dem in Anlage 2 festgelegten Katalog behandelt, dokumentiert und in der Folge gemäß § 295 Absatz 1 SGB V übermittelt wurden. Die KV Nordrhein und die KKH überprüfen die vertragsgemäße Abrechnung im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V.
4. Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag erhält der Arzt eine Vergütung in folgender Höhe:

	Betrag	Symbol-Nr.
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 1 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens einer Diagnose einer Indikationsgruppe gemäß Anlage 2	4,00 EUR	91400
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 2 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus zwei unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 2	6,00 EUR	91401
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 3 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus drei unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 2	8,00 EUR	91402

	Betrag	Symbol-Nr.
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 4 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus vier oder mehr unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 2	12,00 EUR	91403

Die Abrechnung und Vergütung nach den Symbolnummern 91400 bis 91403 setzt voraus, dass der Patient seine Teilnahme gemäß § 2 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage 1 schriftlich erklärt hat und die Behandlung, bezogen auf die in Anlage 2 genannten Indikationsgruppen, in den jeweiligen Abrechnungsquartalen durch den teilnehmenden Arzt gemäß § 3 erfolgte. Im Rahmen der Quartalsabrechnung haben die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Abrechnungsfälle mit der Symbolnummer 91324 zu kennzeichnen.

Eine Abrechnung der Symbolnummern 91400 bis 91403 kann nicht erfolgen, wenn eine Behandlung gemäß § 3 im jeweiligen Behandlungsquartal nicht erfolgte.

Anlage 4 Leistungsvergütung für Haus- und Pflegeheimbesuche

I. Hausbesuche

1. Für Hausbesuche nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM, die bei den an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Patienten durchgeführt werden, erhält der Arzt je durchgeführtem Hausbesuch bei einer Entfernung bis einschließlich 10 km einen Pauschalzuschlag auf die Gebührenordnungsposition 01410 EBM in Höhe von 15,00 €. Dieser Pauschalzuschlag wird über die Symbolnummer 91325 vergütet und kann am selben Tag für denselben Patienten nicht neben der Symbolnummer 91326 abgerechnet werden.
2. Sofern die Entfernung je Hausbesuch nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM mehr als 10 km beträgt, erhöht sich der Pauschalzuschlag gemäß Absatz 1 auf 17,50 € je bei an diesem Vertrag teilnehmenden Patienten durchgeführtem Hausbesuch nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM. Der Pauschalzuschlag wird über die Symbolnummer 91326 vergütet und kann am selben Tag für denselben Patienten nicht neben der Symbolnummer 91325 abgerechnet werden.
3. Für die notwendige Betreuung der an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Patienten außerhalb der Sprech-

stundenzeiten und am Wochenende bei bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf bzw. im Pflegeheim erhält der Arzt je angefallenen Einsatz einen Pauschalzuschlag auf die Abrechnungsziffern O1411, O1412 bzw. O1415 EBM in Höhe von 40,00 €. Dieser Zuschlag wird über die Symbolnummern 91327 (bei der O1411 EBM), 91328 (bei der O1412 EBM) oder 91329 (bei der O1415 EBM) abgerechnet.

II. Pflegeheimbesuche

1. Für die Betreuung von an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Patienten in Pflegeheimen nach der Gebührenordnungsposition O1410 EBM, die durch die teilnehmenden Ärzte durchgeführt werden, erhalten diese je durchgeführten Pflegeheimbesuch bei einer Entfernung bis einschließlich 10 km eine Pauschale in Höhe von 15,00 €, die mit der Symbolnummer 91330 abgerechnet werden.
2. Sofern die Entfernung für die Betreuung von diesen Patienten in Pflegeheimen nach der Gebührenordnungsposition O1410 EBM mehr als 10 km beträgt erhalten die teilnehmenden Ärzte je durchgeführten Pflegeheimbesuch 17,50 € unter Angabe der Symbolnummer 91331. Die Symbolnummern 91330 und 91331 können nicht neben den Symbolnummern 91325 und 91326 abgerechnet werden.
3. Für die Betreuung eines weiteren Patienten in einem Pflegeheim nach der Gebührenordnungsposition O1413 EBM erhält der teilnehmende Arzt je weiteren durchgeführten Besuch eine Pauschale in Höhe von 12,50 €, die mit der Symbolnummer 91337 abgerechnet werden kann.

III. Abrechnungsregelungen

1. Die Abrechnung und Vergütung nach den Symbolnummern 91325 bis 91331 und 91337 setzt voraus, dass im Rahmen der Quartalsabrechnung die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen.
2. Leistungen nach dieser Anlage können nicht neben folgenden Leistungen aus folgenden Verträgen abgerechnet werden:
 - Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Versicherten im häuslichen Umfeld nach den Symbolnummern 91101, 91112 sowie den Gebührenordnungspositionen O1410B, O1411B, O1412B, O1413B und O1415B,
 - Vertrag gemäß § 73a SGB V über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein nach den Symbolnummern 92410, 92411 sowie 92413.

Im Übrigen verbleibt es bei den für die vertragsärztliche Vergütung geltenden Grundsätzen.

Anlage 5 Leistungsvergütung für das Überleitungsmanagement

1. Für die besondere Betreuung der an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Patienten im persönlichen Kontakt während eines Krankenhausaufenthaltes und den laufenden Austausch mit dem behandelnden Krankenhausarzt erhält der Arzt eine Überleitungspauschale von 40,00 € je Krankenhausaufenthalt. Voraussetzung ist, dass der Arzt den Patienten mindestens einmal unmittelbar vor der Entlassung aus der stationären Behandlung (maximal eine Woche) persönlich besucht und die Überleitung in die ambulante Versorgung – bei Berufstätigen insbesondere die frühzeitige Wiedereingliederung in das Berufsleben – mit dem behandelnden Krankenhausarzt abstimmt. Die Pauschale wird über die Symbolnummer 91332 abgerechnet.
2. Das Überleitungsmanagement gemäß Absatz 1 kann auch telefonisch anstelle des persönlichen Besuches im Krankenhaus erbracht werden. Hierfür wird je Krankenhausaufenthalt des Patienten ein Betrag von 18,00 € nach der Symbolnummer 91333 vergütet. Die Symbolnummern 91332 und 91333 sind nur einmal je Krankenhausaufenthalt abrechnungsfähig und können nicht parallel abgerechnet werden.

Die Vergütung und Abrechnung nach den Symbolnummern 91332 und 91333 setzt voraus, dass im Rahmen der Quartalsabrechnung die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen.



Strukturvertrag

gemäß § 73 a SGB V

zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Strukturvertrag)

zwischen

der Techniker Krankenkasse
– nachfolgend TK genannt –