



**Engagiert für Gesundheit.**

**Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein**

## **Qualitäts- und Anpassungsvereinbarung zum Betreuungsstrukturvertrag zum 1. Januar 2017**

**zwischen**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und  
der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH**

# **Qualitäts- und Anpassungsvereinbarung des Strukturvertrages gemäß § 73a SGB V**

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

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

vertreten durch den Vorstand

– nachfolgend KV Nordrhein genannt –

und

**der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH**

– nachfolgend KKH genannt –

Ergänzend zu dem Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V vom 15.07.2015 mit Wirkung ab 01.07.2015 vereinbaren die Vertragspartner gemäß § 1 Abs. 2 und § 6 Abs. 4 dieses Vertrages nachfolgend aufgeführte Anpassungen mit Wirkung ab 01.01.2017. Im Übrigen gelten die bisherigen Bestimmungen unverändert fort.

1. In der Präambel werden im ersten Satz nach dem Wort „fachärztlichen“ die Wörter „sowie psychotherapeutischen“ neu aufgenommen.
2. § 1 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:  
„Sofern ein Anpassungsbedarf aufgrund von Änderungen der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (ICD-10-GM) durch das DIMDI besteht, verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich auf eine Änderung der Anlage 2 im Schriftverkehr und setzen diese Änderungen um.“
3. In § 1 Abs. 3 Satz 2 werden nach dem Wort „Facharzt“ die Wörter „sowie Psychotherapeuten“ neu aufgenommen.
4. In § 2 Abs. 2 werden die Wörter „Haus- oder Fachärzten“ ersetzt durch „Ärzten“.
5. In § 2 Abs. 5 Satz 2 wird nach dem Wort „teilnehmen“ folgender Zusatz neu aufgenommen:  
„sowie für gem. § 95 Abs. 10 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Psychotherapeuten.“
6. § 4 Abs. 1 Satz 2 wird durch die nachstehende Formulierung ersetzt:  
„Im Rahmen der Quartalsabrechnung haben die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 (Patienten, die im häuslichen Umfeld leben) bzw. 91324P (Patienten, die in einem Pflegeheim leben) zu kennzeichnen.“
7. Anhang 1 wird als neue Anlage 2 des Vertrages aufgenommen und ersetzt die bisherige Fassung der Anlage 2 des Vertrages.

8. In Anlage 3 wird unter Pkt. 4. Satz 3 wie folgt ersetzt:  
„Im Rahmen der Quartalsabrechnung kennzeichnen die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Abrechnungsfälle mit der Symbolnummer 91324 (Patienten, die im häuslichen Umfeld leben) bzw. 91324P (Patienten, die in einem Pflegeheim leben) und erhalten die Vergütungen nach den Symbolnummern 91400 bis 91402 sowie 91319 (gültig ab 01.04.2017) auf der Basis der gesicherten und endstelligen Diagnosen nach ICD-10-GM der jeweils geltenden Fassung gem. der Anlage 2 durch die von der KV Nordrhein vorgenommenen Zuordnungen.“
9. In Anlage 4 werden unter III. 1. nach „91324“ die Wörter „(Patienten, die im häuslichen Umfeld leben) bzw. 91324P (Patienten, die in einem Pflegeheim leben)“ ergänzt.
10. In Anlage 5 werden in dem unter Pkt. 2. aufgeführten Abs. nach „91324“ die Wörter „(Patienten, die im häuslichen Umfeld leben) bzw. 91324P (Patienten, die in einem Pflegeheim leben)“ ergänzt.

Abweichend von dem aufgeführten Inkrafttreten zu den Punkten 1. – 10. dieser Qualitäts- und Anpassungsvereinbarung verständigen sich die Vertragspartner mit Wirkung ab 01.04.2017 auf die nachfolgend aufgeführten Anpassungen. Im Übrigen gelten die bisherigen Bestimmungen unverändert fort.

11. Im Anlagenverzeichnis wird nach Anlage 5 folgender Text neu aufgenommen:  
„Anlage 6 Übersicht der Diagnosegruppen von Begleiterkrankungen bei Diabetes mellitus bzw. COPD“
12. In § 1 Abs. 1 wird der Klammerzusatz „(Anlage 2)“ wie folgt ersetzt:  
„(Anlage 2 sowie Anlage 6)“
13. In § 1 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „der Anlage 2“ wie folgt ersetzt:  
„der Anlagen 2 und 6“

14. In § 1 wird nach Abs. 4 folgender Abs. 5 neu aufgenommen:  
„Die Versorgung von Begleiterkrankungen bestimmter chronischer Krankheiten, wie Diabetes mellitus und COPD, stehen ebenfalls im Fokus.“
15. In § 1 Abs. 5 wird die Ziffer „5“ ersetzt durch die Ziffer „6“.
16. In § 2 Abs. 5 Satz 3 wird die Ziffer „5“ ersetzt durch die Ziffer „6“.
17. In § 3 wird nach Abs. 4 ein neuer Abs. 5 aufgenommen:  
„Diabetes mellitus und COPD haben eine erhebliche gesundheitliche und gesellschaftliche Bedeutung, insbesondere im Zusammenhang mit der Erkrankungshäufigkeit, einer erhöhten Sterblichkeit sowie Folgeerkrankungen. Daher soll die frühzeitige Diagnostik und Versorgung von Begleiterkrankungen bei den chronischen Krankheiten Diabetes mellitus und COPD in den Mittelpunkt gerückt werden. Das Ziel soll sein, die Ausprägung und Spätfolgen der Begleiterkrankungen zu vermeiden und somit eine Beeinträchtigung der Lebensqualität möglichst lange zu verhindern. Insbesondere soll auch eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik von Diabetes mellitus und COPD sowie auch der damit einhergehenden Begleiterkrankungen behoben und die frühzeitige Behandlung dieser Erkrankungen eingeleitet werden. Diagnostik und Behandlung werden von den Ärzten durch eine der krankheitsschwere angepasste, intensivere Beratung der Patienten ergänzt. Diese zielt auf eine bessere Aufklärung und Motivation der Betroffenen sowie Verbesserung der Adhärenz z. B. im Hinblick auf eine gesündere Lebensweise und Arzneimittel Therapietreue ab.“
18. In § 3 wird in Abs. 7 (8 neu) die Ziffer „4“ ersetzt durch die Ziffer „5“.
19. In § 4 Abs. 1 Satz 3 wird die Ziffer „5“ ersetzt durch die Ziffer „6“.

20. In § 4 Abs. 1 wird Satz 4 wie folgt neu gefasst:  
 „Voraussetzung für die Vergütung nach Anlage 3 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 bzw. der in Anlage 6 aufgeführten Kombinationen von Diagnosen behandelt, dokumentiert und in der Folge gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelt wurden.“
21. In § 4 Abs. 4 wird die Ziffer „5“ ersetzt durch die Ziffer „6“.
22. In § 5 Abs. 1 wird in Satz 1 die Ziffer „5“ ersetzt durch die Ziffer „6“.
23. In § 5 Abs. 6 werden die Wörter „und 5“ ersetzt durch die Wörter „bis 6“.
24. In Anlage 3 wird die unter Punkt 4. aufgeführte Tabelle wie folgt ersetzt:

	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	3,00 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 oder mehr unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 2	9,00 EUR	91402
Kontaktabhängige Aufwandspauschale „Diabetes mellitus/COPD“ für den besonderen Betreuungs- und Koordinierungsaufwand bei Begleiterkrankungen von Diabetes mellitus bzw. COPD, gültig bei erstmaliger Dokumentation mind. einer Kombination vollständig gesicherter Diagnosen (aus der jeweiligen Diagnosegruppe) gemäß Anlage 6	8,50 EUR	91319

25. In Anlage 3 werden unter Pkt. 4. in Satz 2 und 4 die Symbolnummern „91400 bis 91403“ wie folgt ersetzt:  
„91400 bis 91402 sowie 91319“
26. In Anlage 3 Punkt 4. Satz 3 werden die Wörter „gem. der Anlage 2“ wie folgt ersetzt:  
„gem. der Anlagen 2 und 6“
27. In Anlage 3 wird folgender Pkt. 5. neu aufgenommen:  
„Voraussetzung für eine Vergütung der Symbolnummer 91319 ( kontaktabhängige Aufwandspauschale „Diabetes mellitus/COPD“ für den besonderen Betreuung- und Koordinierungsaufwand bei Begleiterkrankungen von Diabetes mellitus bzw. COPD, gültig bei erstmaliger Dokumentation mind. einer Kombination vollständig gesicherter Diagnosen aus den Diagnosegruppen gemäß Anlage 6) ist, dass in den letzten vier Quartalen vor dem Behandlungsfall des behandelnden Arztes die jeweiligen Kombinationen aus der jeweiligen Diagnosegruppe aus der Anlage 6 (z. B. E11.20G und N18.1G) nicht gesichert und vollständig dokumentiert und abgerechnet wurden.“
28. Anhang 2 wird als Anlage 6 des Vertrages neu aufgenommen.

Diese Qualitäts- und Anpassungsvereinbarung zum Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V tritt am 01.01. bzw. 01.04.2017 in Kraft. Abweichend von § 8 Abs. 1 Satz 2 des Strukturvertrages gemäß 73a SGB V kann der angepasste Strukturvertrag dieser Qualitäts- und Anpassungsvereinbarung in der Fassung ab dem 01.01.2017 erstmalig zum 31.03.2018 gekündigt werden.

Zur besseren Lesbarkeit und Handhabbarkeit vereinbaren die Vertragspartner eine Lesefassung des angepassten Strukturvertrages in der Fassung ab dem 01.01.2017 bzw. 01.04.2017.

## **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Regelungslücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die, soweit rechtlich möglich, 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:**

Die Vertragspartner werden zeitnah überprüfen, inwiefern eine Anpassung der Anlage 1 des Vertrages (Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung) erforderlich ist. Sofern die Anlage 1 angepasst werden muss, wird dies zeitnah erfolgen.

**Düsseldorf, Hannover, den 15.02.2017**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König M. san.  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**Kaufmännische Krankenkasse - KKH**

---

Klaus Böttcher  
Hauptabteilungsleiter